



REGISTRO OFICIAL®

ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Administración del Sr. Ec. Rafael Correa Delgado
Presidente Constitucional de la República

EDICIÓN ESPECIAL

Año IV - Nº 963

Quito, lunes 20 de
marzo de 2017

Valor: US\$ 5,00 + IVA



Ministerio
de Salud Pública

ING. HUGO DEL POZO BARREZUETA
DIRECTOR

Quito: Avenida 12 de Octubre
N23-99 y Wilson
Segundo Piso

Oficinas centrales y ventas:
Telf. 3941-800
Ext.: 2301 - 2305

Distribución (Almacén):
Mañosca Nº 201 y Av. 10 de Agosto
Telf. 243-0110

Sucursal Guayaquil:
Av. 9 de Octubre Nº 1616 y Av. Del Ejército
esquina, Edificio del Colegio de Abogados
del Guayas, primer piso. Telf. 252-7107

Suscripción anual:
US\$ 400 + IVA para la ciudad de Quito
US\$ 450 + IVA para el resto del país

Impreso en Editora Nacional

164 páginas

www регистрациоn официаl.gob.ec

**Al servicio del país
desde el 1º de julio de 1895**

SUMARIO:

Págs.

FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDOS:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

0006-2017 Apruébese y autorícese la publicación del Manual “Asesoría en Salud Sexual y Reproductiva”	2
0007-2017 Apruébese y autorícese la publicación de la Guía de Práctica Clínica “Tratamiento del Dolor Oncológico en Adultos”	56

No. 0006-2017

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Considerando:

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3 numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en ella y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;

Que, la citada Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, dispone que: *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”;*

Que, en el artículo 66, de la Norma Fundamental ecuatoriana, se reconoce y garantizará a las personas: “9. El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras”; y “10. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener”;

Que, la Norma Suprema, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, siendo responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que, la Ley Orgánica de Salud en el artículo 4, prescribe que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;

Que, la invocada Ley Orgánica de Salud, en el artículo 6 numeral 6, establece como responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: “6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la

obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera”;

Que, mediante Decreto Ejecutivo No. 1293 del 06 de enero de 2017, el Presidente Constitucional de la República, nombró a la doctora Verónica Espinosa Serrano como Ministra de Salud Pública;

Que, con Acuerdo Ministerial No. 00004520, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 18 de 31 de marzo de 2014, se expidió el *“Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Proceso del Ministerio de Salud Pública”* mismo que establece como misión de la Dirección Nacional de Normatización: *“Desarrollar y definir todas las normas, manuales, protocolos, guías y otras normativas relacionadas a la gestión de la salud, a fin de que el Ministerio ejerza la rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud, garantizando la calidad y excelencia en los servicios; y, asegurando la actualización, inclusión y socialización de la normativa entre los actores involucrados”*; y,

Que, la asesoría sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos a mujeres y hombres usuarios del Sistema Nacional de Salud, aporta en la toma de decisiones libres e informadas para el ejercicio, promoción, exigibilidad y garantía de los referidos derechos, por lo que es necesario proporcionar a los profesionales de la salud, lineamientos para brindar una adecuada asesoría en salud sexual y reproductiva.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTICULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

Acuerda:

Art. 1.- Aprobar y autorizar la publicación del Manual **“Asesoría en Salud Sexual y Reproductiva”**.

Art. 2.- Disponer que el Manual **“Asesoría en Salud Sexual y Reproductiva”**, sea aplicada a nivel nacional, como una normativa de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud.

Art. 3.- Publicar el Manual **“Asesoría en Salud Sexual y Reproductiva”**, en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN FINAL.-

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, Dirección Nacional de Hospitales; a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, y a la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad a través de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

DADO EN LA CIUDAD DE QUITO, DISTRITO METROPOLITANO, a 21 de febrero de 2017.

f.) Dra. María Verónica Espinosa Serrano, Ministra de Salud Pública.

Es fiel copia del documento que consta en el archivo de la Dirección Nacional de Secretaría General al que me remito en caso necesario. Lo certifico en.- Quito a, 21 de febrero de 2017.- Secretaría General.- Ministerio de Salud Pública..

Asesoría en salud sexual y reproductiva

Manual

2017

Patria!



Ministerio
de Salud Pública



Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Asesoría en salud sexual y reproductiva. Manual. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP; 2017- pp 53; tabs: gra: 18x 25 cm.
ISBNXXXXXX

- | | |
|-----------------------|-------------|
| 1. Salud sexual | 3. Manual |
| 2. Salud reproductiva | 4. Asesoría |

Ministerio de Salud Pública
Av. República de El Salvador N 36-64 y Suecia.
Quito – Ecuador
Teléfono: (593) 23814 400
www.salud.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Normatización-MSP

Este manual constituye la herramienta operativa para los profesionales de la salud, que trabajan brindando asesoría en salud sexual y reproductiva, con el fin de garantizar decisiones libres, informadas y voluntarias en referencia a su salud para mejorar su calidad de vida. De esta manera contribuyendo con el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, considerando el enfoque de género e interculturalidad.

Publicado en..... 2017

ISBN XXXXXXXX



Esta obra está bajo la licencia del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Como citar esta obra: Ministerio de Salud Pública. Asesoría en salud sexual y reproductiva. Manual. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Promoción de la Salud; 2017. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Impreso por:

Corrección de estilo:

Impreso en Ecuador – Printed in Ecuador

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Dra. Verónica Espinosa, Ministra de Salud Pública.
Dr. Fernando Cornejo, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud.
Dra. Jakeline Calle, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud
Lcda. Consuelo Santamaría, Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad.
MSc. Carlos Cisneros, Director Nacional de Promoción de la Salud.
Dra. Martha Gordón, Directora Nacional de Normatización.

Equipo de trabajo

Lcda. María Isabel Cordero, consultora
Lcda. Verónica Vera, consultora
Obst. Marivel Illapa, analista, Dirección Nacional Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, Quito

Equipo de validación

Mgs. Adriana Pavón, Directora Nacional de Promoción de la Salud (2016).
Psic. Mayra Granja, analista, Programa Nacional del VIH/Sida/ITS
Psic. Rebeca Naranjo, analista, Dirección Nacional Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, Quito
Psic. Norma Oña, especialista, Dirección Nacional Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, Quito
Soc. Ana Aulestia, analista, Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión
Obst. Marcela Masabanda, analista, Dirección Nacional Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, Quito
Obst. Dayana Campoverde, especialista, Promoción de la Salud e Igualdad-Zona 1
Obst. Paulina Osorio, analista, Salud sexual y reproductiva distrital - Zona 3
Obst. Ivonne Tacoaman, analista, Promoción de la Salud e Igualdad - Zona 4
Obst. Javier Casierri, analista, Salud Sexual y Reproductiva - Zona 5
Obst. Erendira Betancourt, Dirección Provisión y Calidad Servicios de Salud - Zona 9
Obst. Carolina Puetate, analista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
Obst. Adriana Orejuela, analista, Provisión de Servicios de Salud – GIDMM
Obst. Ana Cristina Arellano Haro, analista, Dirección Nacional de Hospitales
MSc. Ana Lucía Bucheli B, coordinadora, Dirección Nacional Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, Quito
Dra. Marcia Elena Álvarez, Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA
Dra. Soledad Guayasamín, Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA
Dra. Zoila Salazar, especialista, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud
Dr. Vinicio Yáñez, educador de la salud, Quito.
Dra. Marcia Brito, médica, Quito.
Dra. Jenny Pabón, analista, Dirección Nacional de Normatización, Quito
Dra. Ximena Raza, magíster en salud pública, Coordinadora de DNN, Quito
Md. Cristina Pareja, analista, Dirección Nacional de Normatización, Quito

Contenido

Presentación.....
1. Introducción
2. Antecedentes y justificación.....
3. Objetivo general
4. Objetivos específicos
5. Alcance
Capítulo 1
¿Qué debe saber para brindar asesoría en salud sexual y reproductiva?
1.1. Enfoques de la asesoría en salud sexual y reproductiva
1.1.1. Enfoque de derechos
1.1.2. Enfoque de género en la atención en salud
1.1.3. Enfoque de sexualidad integral
1.1.4. Enfoque de interculturalidad
1.1.5. Enfoque intergeneracional
1.2 Marco conceptual clave en asesoría en salud sexual y reproductiva.....
1.2.1. Asesoría
1.2.2. Consentimiento informado
1.2.3. Derechos sexuales y derechos reproductivos
1.2.4. Educación
1.2.5. Identidad de género e Identidad sexual
1.2.6. Información
1.2.7. Salud.....
1.2.8. Salud sexual y reproductiva
1.2.9. Sexualidad
1.2.10. Orientación sexual.....
1.2.11. Violencia basada en género
Capítulo 2
Asesoría en salud sexual y reproductiva
2.1. ¿Qué es la asesoría en salud sexual y reproductiva?
2.2. ¿Qué <i>no</i> es la asesoría en salud sexual y reproductiva?
2.3. Beneficios de la asesoría en salud sexual y salud reproductiva.....
2.4. Aspectos relevantes para brindar asesoría en salud sexual y reproductiva.....
2.5. Principios de la asesoría en salud sexual y salud reproductiva.....
Capítulo 3



¿Qué se necesita para brindar asesoría en salud sexual y reproductiva?
3.1. El espacio de la asesoría como un elemento clave
3.2. Materiales edu-comunicacionales como apoyo en la asesoría en salud sexual y reproductiva
Capítulo 4
¿Quién puede asesorar en salud sexual y reproductiva?
4.1. Perfil de un asesor
4.2. ¿Cuáles NO son las competencias y acciones a realizar de un asesor?
Capítulo 5
Estructura básica de la asesoría en salud sexual y reproductiva
5.1. Desarrollo del modelo de los cinco pasos para hacer asesoría en salud sexual y reproductiva
Capítulo 6
Asesoría por ciclos de vida y a grupos de población prioritaria
6. 1. Asesoría a adolescentes
6.1.1. Recomendaciones que se deben considerar para brindar asesoría en salud sexual y reproductiva a adolescentes (31,32):
6.1.2. Temas sugeridos para el abordaje durante la asesoría en salud sexual y reproductiva con adolescentes (31):
6.2. Asesoría a adultos jóvenes
6.2.1. Temas claves en los cuales brindar asesoría en salud sexual y salud reproductiva a la población joven (31).....
6.3. Asesoría a adultos
6.3.1. Temas claves en los cuales brindar asesoría en salud sexual y reproductiva a la población adulta
6.3.2. Asesoría a mujeres en el climaterio y menopausia (18).....
6.3.3 Asesoría a hombres durante la andropausia.....
6.4. Asesoría para adultos mayores
6.4.1. Sexualidad en adultos/as mayores (37,38)
6.4.2. Falsas creencias y argumentos en torno a la sexualidad en adultos/as mayores (37,38)
6.4.3. Desarrollo de la asesoría en esta población
6.5. Asesoría a grupos de población prioritaria
6.5.1. Asesoría a personas con discapacidades
6.6. Asesoría durante el embarazo y posparto (18)
6.6.1. Durante el embarazo (18)
6.6.2. Durante el postparto (18)
6.7. Asesoría a personas viviendo con VIH.....

6.8. Asesoría a población de lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero (LGBTI).
6.8.1. Población transgénero
6.8.2. Población lesbiana.....
6.8.3. Población intersexual
6.9. Asesoría a personas que viven violencia de género.....
Capítulo 7
Técnicas para hacer una asesoría profesional y asertiva
7.1. Recomendaciones técnicas para brindar asesoría en salud sexual y reproductiva ..
7.1.1. Establecer confianza
7.1.2. Demostrar empatía
7.1.3. Autenticidad
7.1.4 Comunicación no verbal
7.1.5. Escucha activa
7.2 Estrategias esenciales.....
6. Abreviaturas.....
7. Referencias.....
8. Anexos.....

Presentación

El Ministerio de Salud Pública para mejorar la oferta en la atención integral en salud sexual y reproductiva, satisfacer la demanda de la población así como garantizar el acceso a la información, y brindar un servicio de calidad, se plantea la implementación de la asesoría en salud sexual y reproductiva como un proceso de carácter integral que incorpora acciones de prevención y promoción en la población.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), permite la implementación efectiva de un enfoque de Atención Primaria en Salud Renovado (APSR) orientado a una atención integral a la persona, a la familia y la comunidad que evidencia al usuario-a/paciente como parte de un todo. En este contexto, se reconoce la asesoría en salud sexual y reproductiva como un paso importante para alcanzar la salud integral, pues se centra en impulsar entornos y hábitos saludables, además de constituirse en una herramienta transformadora que disminuye las barreras de acceso a los servicios de salud, en particular a los servicios en salud sexual y reproductiva.

La asesoría sobre sexualidad y derechos sexuales y derechos reproductivos a mujeres y hombres usuarios del sistema de salud aporta en la toma de decisiones libres e informadas para el ejercicio, promoción, exigibilidad y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos con carácter universal, además, genera procesos sociales en corresponsabilidad con la comunidad.

**Dra. María Verónica Espinosa Serrano
Ministra de Salud Pública**

1. Introducción

Los servicios que brindan atención integral en salud sexual y reproductiva buscan alcanzar el tercer objetivo del Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV) 2013-2017, al garantizar el acceso a la salud desde una visión universal y equitativa, y atender las necesidades de las personas de todas las edades con relación a la salud sexual y reproductiva. (1)

Este enfoque pretende transformar la relación sanitaria actual en temas de salud sexual y reproductiva, de atención clínica curativa a una atención de promoción y prevención, lo que potencia el derecho a información científica, veraz y oportuna que disminuye comportamientos de riesgo y potencia el ejercicio de la sexualidad desde una perspectiva de derechos que incluye la autonomía, el placer, la seguridad, entre otros; y presta atención a la vulnerabilidad y las características diferenciales propias de cada grupo social.

Promover la atención integral en salud sexual y reproductiva demanda una visión de derechos centrada en los requerimientos y necesidades de los usuarios, y en el fortalecimiento de sus capacidades para tomar decisiones informadas y autónomas sobre su vida y salud.

Se plantea impulsar una relación en la atención en salud más comprensiva y de naturaleza equitativa con los usuarios, ésta debe permitir el empoderamiento de derechos y la capacidad de ejercerlos como parte de la ciudadanía, pero, sobre todo, debe satisfacer plenamente las necesidades y demandas de la población.

En este contexto se ha estructurado el manual sobre “*Asesoría en salud sexual y reproductiva*”, que se encuentra constituido en tres partes:

La primera hace referencia a la situación actual del país en materia de salud sexual y reproductiva, que garantiza los derechos sexuales y derechos reproductivos; se esbozan conceptos a términos claves para hacer asesoría en salud sexual y reproductiva; y se formulan los objetivos y alcance del documento.

En la segunda parte se desarrollan los principales elementos conceptuales, mecanismos, perfil, y estructura de la asesoría en salud sexual y reproductiva, de igual manera plantea a grandes rasgos cómo realizar asesoría en la población según el ciclo de vida y situaciones de vulnerabilidad.

Por último, la tercera parte propone un conjunto de estrategias y técnicas, basadas en experiencias realizadas en el país y en otros de la región, que facilitan la asesoría y permiten que la misma cumpla su objetivo principal.

2. Antecedentes y justificación

En el año 2012, el índice de fecundidad (TGF) en el país evidenció que en el área urbana una mujer tenía en promedio 2,9 hijos y en el área rural 3,2 hijos durante su vida. (2) Por otro lado en el 2013 la tasa específica de nacimientos por parte de adolescentes en el país era de 72,3 por cada mil nacidos vivos en mujeres de 15 a 19 años, y de 2,51 por cada mil nacidos vivos en mujeres de 10 a 14 años. (3) Estos datos demuestran la necesidad de fortalecer los servicios de atención y acceso a planificación familiar.

En Ecuador en el año 1990, la Razón de mortalidad materna (RMM) fue de 154 por 100.000 nacidos vivos estimados, para el año 2014 la RMM fue 49,16 por 100.000 nacidos vivos estimados, siendo la reducción en este periodo de tiempo para el país de 68 %; superior a América Latina y el Caribe que redujeron el 50 % y porcentaje superior al promedio mundial que es de 44 %. Entre el periodo 2008 – 2014 la RMM ha ido de 47,7 hasta un pico de 70,4 en el año 2011 que corresponde al pico más alto de este periodo. (4,5)

Por otro lado, el número total de casos acumulados de VIH/SIDA, en el período de 1984 a 2014, es de 41.385 personas, con un total estimado de 3470 nuevas infecciones en el año 2014. Para el año 2015 se reportaron un total de 3294 nuevos casos de VIH. El número de nuevas infecciones se mantuvo con una tendencia estable desde el 2010 hasta el 2013, sin embargo, durante el 2014 se experimentó un incremento del 17,58 % de (2951 a 3470).(6)

La violencia de género es otro factor que preocupa al sistema de salud pues afecta en todas las dimensiones humanas posibles, el indicador muestra que el 60,6 % de las mujeres en el Ecuador ha vivido algún tipo de violencia. La violencia contra la mujer no presenta mayores diferencias cuantitativas entre zonas urbanas y rurales. En la zona urbana el porcentaje es de 61,4 % y en la rural 58,7 %. Una de cada cuatro mujeres ha vivido violencia sexual.(7)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el año 2010-2014 se produjeron alrededor de 56 millones de abortos a nivel mundial. Cada año alrededor de 5 millones de mujeres ingresan a los establecimientos de salud como consecuencia de complicaciones por abortos no seguros, y muchos de estos casos terminan en muerte. En el año 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reportó 47, 000 defunciones. (8)

Según los datos registrados sobre aborto en el Ecuador, el incremento anual de abortos es de aproximadamente 7 %, tendencia que se ha mantenido constante en el tiempo, registrándose 42.574 abortos en el 2011, cifra que constituye al aborto en condiciones de riesgo como la principal causa de morbilidad femenina y la quinta causa de morbilidad general. (9)

La salud sexual y reproductiva es un tema de interés y atención urgente. Abordarlo oportunamente mejorará las condiciones de vida de la población de manera global. Asumir esta tarea implica garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas, por tanto, al igual que el cumplimiento de todos los derechos humanos, es una responsabilidad del Estado.

3. Objetivo general

Proporcionar a los profesionales de la salud, lineamientos para brindar una adecuada asesoría en salud sexual y reproductiva, que promueva la toma de decisiones informadas, libres y voluntarias que respeten sus características personales y socioculturales, que aporte al cumplimiento y libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

4. Objetivos específicos

- 1) Definir el rol de los profesionales de salud respecto a la asesoría en salud sexual y reproductiva para fortalecer sus capacidades en el tema que les permita considerar las especificidades y necesidades de la población, por ciclos de vida y en poblaciones prioritarias.
- 2) Precisar mecanismos, recursos y técnicas necesarias que faciliten la asesoría en salud sexual y reproductiva a la población en general, así como la que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad.
- 3) Promover la toma de decisiones libres, autónomas e informadas sobre la salud y vida en la población.

5. Alcance

La aplicación de este manual, es de carácter obligatorio para los y las profesionales de salud involucrados en la atención de salud sexual y reproductiva del Sistema Nacional de Salud.

Capítulo 1

¿Qué debe saber para brindar asesoría en salud sexual y reproductiva?

Es importante que el asesor/a en salud sexual y reproductiva conozca los enfoques y el marco teórico-conceptual clave sobre los que se sustenta el *Manual de asesoría en salud sexual y reproductiva*.

1.1. Enfoques de la asesoría en salud sexual y reproductiva

La asesoría en salud sexual y reproductiva se basa en los siguientes enfoques enmarcados en la Constitución de la República y en el Modelo de Atención Integral en Salud- MAIS: derechos, género, sexualidad integral, interculturalidad, e intergeneracional.

1.1.1. Enfoque de derechos

Este se basa en el reconocimiento que las personas son titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, intransferibles, irrenunciables, interdependientes e indivisibles que generan obligaciones por parte del Estado que debe garantizar y crear condiciones para el ejercicio de los mismos. Este enfoque plantea un cambio en la forma de aproximarse a la ciudadanía, pues repensa a esta figura como sujeto de participación y concepción de las políticas públicas que se constituyen en las herramientas requeridas para la construcción de la dinámica e interrelación entre diferentes actores sociales, y que sirven para potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos. (10)



1.1.2. Enfoque de género en la atención en salud

Parte del reconocimiento de las necesidades diferenciadas de hombres y mujeres desde los factores sociales, culturales y biológicos; El enfoque de género en la salud pública significa eliminar las inequidades entre mujeres y los hombres, encontrándose en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. Ha servido para comprender mejor los problemas sanitarios de las mujeres y hombres durante su ciclo de vida y determinar formas de abordarlo. Su objetivo es actuar en consecuencia para mejorar la eficiencia, cobertura y equidad en la gestión en salud. (11,12)

1.1.3. Enfoque de sexualidad integral

El enfoque de sexualidad integral plantea la necesidad de pensar la sexualidad, no desde una perspectiva meramente reproductiva, sino reconocerla como parte del desarrollo integral del ser humano durante las diferentes etapas de su vida, en la que es fundamental la autonomía para decidir sobre la vida sexual sin violencia y discriminación. (13)

1.1.4. Enfoque de interculturalidad

El enfoque intercultural implica insertar en las prácticas de atención de salud la aceptación, respeto, valoración y aprendizaje de la diversidad cultural de los pueblos y nacionalidades y de otros grupos poblacionales diversos. Esta dinámica demanda ampliar la visión frente a las diferentes formas de vivir de cada sector poblacional según su edad, etnia, género, religión, opción sexual, ideología u posición política; lo cual implica un diálogo intercultural, cuyo fundamento es el reconocimiento del otro sin barreras, ni jerarquías sociales. (10)

1.1.5. Enfoque intergeneracional

El enfoque intergeneracional reconoce que los ciclos de vida se encuentran cargados de determinantes biológicos pero, sobre todo, responden a una construcción sociocultural, por tanto los límites entre una etapa y otra no depende únicamente de la edad, sino más bien de todas las condiciones y valoraciones sociales con las que cuenta una persona para ser considerada niña o niño, adolescente, joven, adulta o adulto, o adulto mayor o adulta mayor. Bajo esta dinámica se dan relaciones de poder inequitativas; el adulto centrismo facilita las condiciones para pensar, actuar y decidir en nombre de quienes no son considerados adultos, provocando abusos y excesos en contra de niñas, niños, adolescentes y adultos mayores, evento que el enfoque inter generacional intenta contrarrestar desde la promoción y ejercicio de derechos en los diferentes ciclos de vida. (14)

1.2 Marco conceptual clave en asesoría en salud sexual y reproductiva

1.2.1. Asesoría

La asesoría en salud es un proceso que promueve la toma de decisiones informadas que un usuario/a hace frente al cuidado de su salud y bienestar. Esto se logra a través del suministro de información veraz, oportuna, científica y libre de prejuicios sobre un procedimiento o demanda de salud que se proporcione al usuario/a, además de la posibilidad de contar con un espacio propicio que le permita clarificar pensamientos,

emociones y valorar los pro y contras que una determinada acción puede generar en momentos particulares de su vida. (15)

El proceso de asesoría se realiza mediante el diálogo focalizado entre la persona y el profesional de salud. Este diálogo se realiza en condiciones de confidencialidad desde el reconocimiento y respeto de sus derechos como usuario y ciudadano. (15)

El objetivo de la asesoría es potenciar la capacidad de toma de decisiones autónomas e informadas por parte de las personas sobre su salud y vida. En este sentido la asesoría es un aspecto fundamental de la atención en salud centrada en derechos, pues garantiza las condiciones para que las personas puedan ejercerlos. (15)

El asesoramiento integral implica poner a disposición de la persona en consulta la mejor información disponible con un lenguaje adecuado, asertivo y claro, según su comprensión y situación. (15)

1.2.2. Consentimiento informado

El consentimiento informado es un proceso de comunicación que forma parte de la relación del profesional de salud y el usuario/a, por el cual una persona autónoma acepta, niega o revoca una intervención de salud. El consentimiento informado ocurre en forma libre, voluntaria y consciente después que el profesional de salud competente le ha informado sobre la naturaleza de la atención, es decir, no solo sobre los riesgos reales y potenciales, como efectos colaterales y adversos, sino también sobre los beneficios del mismo. Esta conformidad debe ser registrada y firmada por el usuario, o su representante legal, y por el profesional responsable en un documento. (16)

En este punto es importante considerar los términos que se usan para informar, así como el idioma o lengua nativa del usuario, con lo cual asegurar su comprensión.

1.2.3. Derechos sexuales y derechos reproductivos

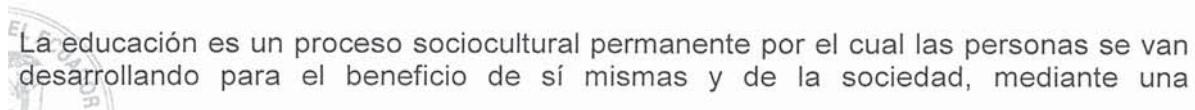
Los derechos sexuales y derechos reproductivos son parte de los derechos humanos universales. Son atributos o facultades que se amparan en la Constitución Ecuatoriana, varios tratados internacionales suscritos por el Ecuador y en el Plan Nacional para el Buen Vivir PNBV. Estos reconocen que todas las personas tienen derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre la vivencia y expresión de su sexualidad. (17)

Es así como Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, de 1994, es un hito para trabajar los derechos sexuales y reproductivos.

Los **derechos sexuales** se fundamentan en la autodeterminación humana para el ejercicio de la sexualidad, sana y placentera, en sus dimensiones físicas, emocionales y espirituales, ligada o no a la procreación. (17)

Los **derechos reproductivos**, por su parte, se fundamentan en el reconocimiento básico de mujeres y hombres a decidir de forma libre e informada sobre su vida reproductiva y ejercer el control voluntario y seguro de su fecundidad, el que incluye el derecho a optar por la no reproducción. (17)

1.2.4. Educación



La educación es un proceso sociocultural permanente por el cual las personas se van desarrollando para el beneficio de sí mismas y de la sociedad, mediante una

intervención activa e intencionada en los aprendizajes, que se logran para interacción en ámbitos de educación formal e informal.(18)

1.2.5. Identidad de género e Identidad sexual

La identidad de una persona responde a un conjunto de características personales, únicas, individuales, así como a características comunes, sociales, posiciones políticas o espirituales, que están en constante dinámica y conformación. Dentro de esta dinámica se asignan roles a hombres y a mujeres, estos determinan la identidad masculina y femenina, es decir nuestra identidad de género. (19) Por otro lado, se concibe a la identidad de género como «el sentimiento de pertenencia a lo femenino o masculino, y a la identidad sexual como el posicionamiento del deseo hacia una persona». (20)

1.2.6. Información

Es un conjunto de datos significativos y pertinentes que describen sucesos o entidades. La información la componen datos que se han colocado en un contexto significativo y útil y se ha comunicado a un receptor, quien la utiliza para tomar decisiones. La información implica la comunicación y recepción inteligencia y conocimiento. Evalúa y notifica, sorprende y estimula, reduce la incertidumbre, revela alternativas adicionales o ayuda a eliminarlos cuando son irrelevantes e influye sobre otros individuos y los estimula a la acción. (18)

1.2.7. Salud

La OMS, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. (10)

La salud entendida en una doble dimensión: como producto de las condiciones sociales y biológicas, y como productora de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo; se construye en el marco de las condiciones económicas, de relaciones sociales, políticas, culturales, ambientales, administrativas o de distribución de los bienes (entre los que encontramos los servicios de salud) y de cómo, a nivel individual y sobre una base biológica y espiritual, se procesan estas condiciones. (10)

La Constitución del Ecuador complementa este concepto al disponer que el ejercicio del derecho a la salud se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

1.2.8. Salud sexual y reproductiva

Salud reproductiva:

Estado general de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la capacidad de procrear; y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de tener acceso a métodos seguros, efectivos, asequibles y



aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad. (17)

Salud sexual:

Ha sido definida por la World Association For Sexology (WAS) como: estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos. (18)

1.2.9. Sexualidad

La sexualidad es un aspecto central durante toda la vida del ser humano. Abarca el sexo, identidades, roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad incluye varias dimensiones: erótica, reproductiva, afectiva y social, sin embargo, no todas se experimentan o expresan de manera simultánea. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, y sociales, así como factores externos del ser humano como la económica, política, cultura, ética, legal, historia y religión o espiritualidad. (19) El ejercicio de una sexualidad saludable implica el derecho a la libertad sexual, privacidad, equidad, placer, y a elecciones libres y responsables. (20)

1.2.10. Orientación sexual

Orientación sexual. “Organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.” Es decir la orientación sexual hace referencia a la atracción física, romántica, y/o emocional permanente de una persona por otra. La orientación sexual representa una característica personal que es independiente a la identidad y expresión de género. (21)

“La orientación sexual es el término que se utiliza para describir si una persona siente deseo sexual por personas del género opuesto (heterosexual), del mismo género (homosexual) o por ambos géneros (bisexual)”. (22)

“La orientación sexual es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva hacia otros. Se distingue fácilmente de otros componentes de la sexualidad que incluyen sexo biológico, identidad sexual (el sentido psicológico de ser hombre o mujer) y el rol social del sexo (respeto de las normas culturales de conducta femenina y masculina)”. (23)

“Es diferente de la conducta sexual porque se refiere a los sentimientos y al concepto de uno mismo. Las personas pueden o no expresar su orientación sexual en sus comportamientos”. (24)

1.2.11. Violencia basada en género

La violencia basada en género es aquella que se ejerce contra las personas en distintos ámbitos y de forma sistemática. Es una manifestación extrema de la desigualdad entre los géneros que someten a las mujeres, niñas, niños y todas aquellas personas que no reproducen los patrones dominantes de masculinidad, como, por ejemplo, a las personas transexuales femeninas y hombres gay. Las consecuencias de la violencia de género son, a menudo, devastadoras y prolongadas, además, afectan la salud física de las personas y de la sociedad en general. Sus manifestaciones son muy variadas: maltrato físico y psicológico, agresiones sexuales, acoso sexual y violación. Una de las manifestaciones más sofisticadas es la publicidad sexista. (11)

Capítulo 2

Asesoría en salud sexual y reproductiva

2.1. ¿Qué es la asesoría en salud sexual y reproductiva?

Por todo lo planteado en los enfoques y marco conceptual en el presente manual, se determina a la asesoría en salud sexual y reproductiva como: un proceso breve, focalizado y horizontal que se centra en las necesidades y demandas de las personas referidas a salud sexual y reproductiva. Ésta busca resolver preguntas y dudas con base en evidencia científica, para facilitar y promover la toma de decisiones informadas con respecto a la vida sexual y reproductiva.

La asesoría en salud sexual y reproductiva pretende cambiar la noción de riesgos en sexualidad desde un enfoque integral y de derechos. Para lograrlo se vale de mensajes de promoción y prevención de la salud sin prejuicios, falsas creencias, miedos, culpas y sin imposición de visiones morales personales.

2.2. ¿Qué *no* es la asesoría en salud sexual y reproductiva?

i. No es una charla entre amigos o amigas

En la cual, todas y todos opinan y se sienten en la confianza para decir «qué es lo que haría si estuviera en esa situación». Por el contrario, aunque una asesoría en salud sexual y reproductiva genera una relación de confianza y confidencialidad con base en el respeto, esta no puede ser orientada y, bajo ninguna circunstancia, un asesor debe hacer hipótesis sobre su accionar o emitir juicios de valor, porque la asesoría no se basa en creencias o en suposiciones sino en la información científica.

ii. No es una terapia psicológica a largo o corto plazo

La terapia psicológica o psicoterapia consiste en un proceso sistemático entre un psicólogo o psiquiatra y una persona, que busca un cambio de comportamiento a partir de reconocer conductas o prácticas que no favorecen a la vida del usuario/a. (25)

Al contrario la asesoría en salud sexual y reproductiva es un proceso de diálogo breve, focalizado y dirigido, en el que se busca brindar información en el tema y promover la toma de decisiones.



El perfil de un asesor o asesora demanda de su capacidad para referir casos que requieran atención especializada o psicoterapia.

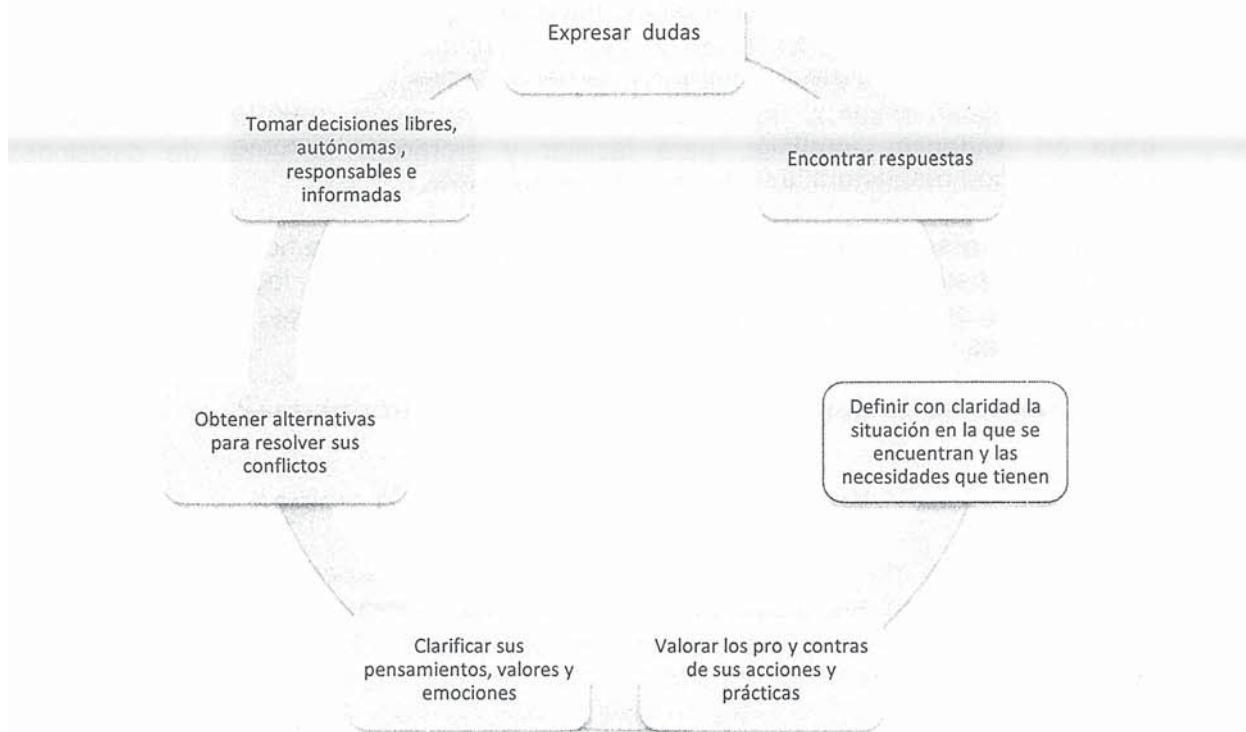
iii. No es aconsejar

Cuando se da un consejo se intenta dirigir las decisiones, decirle a la persona qué haríamos si estuviésemos en su lugar, este juicio se hace en base a nuestras propias experiencias y creencias. Esto muchas veces impide a la persona ejercitar su propia capacidad para resolver problemas y tomar decisiones. Contrariamente, una asesoría implica promover la toma de decisiones sin dirigir hacia algún comportamiento, actitud u opción específica según el criterio del asesor.

2.3. Beneficios de la asesoría en salud sexual y salud reproductiva

La asesoría en salud sexual y reproductiva es una herramienta que beneficia a usuarios/a, a profesionales de salud; y a todo el Sistema Nacional de Salud, considerando que es parte fundamental para el acceso a los servicios de atención en forma oportuna e integral. Este proceso permite:

Figura 1. Beneficios de la asesoría en Salud sexual y reproductiva



Elaboración propia.

En este contexto los profesionales de la salud deben:

Conocer

- a) Los diferentes aspectos relacionados a la sexualidad, salud sexual y reproductiva, incluyendo la violencia basada en género (VBG).
- b) El marco legal y normativo en materia de salud sexual y reproductiva
- c) Las demandas y necesidades que tiene la población en torno a la salud sexual y reproductiva, considerando sus características particulares, socioculturales y de ciclos de vida
- d) Las brechas, barreras y falsas creencias que dificultan el acceso a los servicios de salud en general y en salud sexual y reproductiva en particular.
- e) La aceptabilidad de los servicios de salud.
- f) Las razones para la baja adherencia a los tratamientos del virus de Inmunodeficiencia (VIH)/Sida e infecciones de transmisión sexual (ITS).
- g) Las razones para el abandono o el desuso de métodos anticonceptivos.
- h) Las falsas creencias que existen en torno a la salud sexual y reproductiva.

Implementar estrategias de prevención de:

- a) Infecciones de transmisión sexual y el virus de Inmunodeficiencia VIH/Sida.
- b) Embarazos no planificados.
- c) Patologías relacionadas a la salud sexual y reproductiva.
- d) Riesgos y daños provocados por la práctica de abortos en condiciones inseguras.
- e) Violencia de género con énfasis en violencia sexual.

Promover

- a) Prácticas de autocuidado sobre salud sexual y reproductiva en el individuo, familia y comunidad.
- b) El ejercicio pleno de los derechos humanos incluyendo los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- c) La toma de decisiones libres, autónomas, informadas, voluntarias y responsables.
- d) Prácticas sexuales seguras, responsables y satisfactorias.
- e) Cambio de patrones socioculturales que limitan el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

En general, son muchos los beneficios los que la asesoría en salud sexual y reproductiva puede aportar. Adicionalmente, ayuda a prevenir situaciones que pueden afectar la salud y el bienestar integral de las personas; promover la autonomía y autocuidado; y empodera y reconoce a los usuarios como titulares con derechos, capaces de decidir sobre sí mismos.

2.4. Aspectos relevantes para brindar asesoría en salud sexual y reproductiva**Facilitar información de calidad**

Es un derecho de todas las personas, sin ningún tipo de discriminación, el tener acceso a información necesaria, oportuna, veraz, científica y libre de todo prejuicio. Además, es una condición para que puedan tomar decisiones autónomas en relación a la salud sexual y reproductiva considerando sus necesidades particulares, socioculturales y por ciclos de vida.

Además se debe tomar en cuenta el idioma del/a usuario/a, con la finalidad de brindar una asesoría completa.

Acciones positivas y de inclusión

Los establecimientos de salud deben desarrollar acciones positivas y de inclusión, tales como horarios accesibles, atención prioritaria y personalizada, entre otras, para atender a los usuarios/as de manera respetuosa considerando las necesidades y expectativas específicas de: mujeres embarazadas, adolescentes, mujeres, hombres, población de lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero e intersexuales (LGBTI), personas que viven violencia de género, personas que viven con el virus de Inmunodeficiencia (VIH), personas con discapacidad, considerando sus diferencias étnicas y etarias.

Desnaturalizar los roles de género

Se debe respetar las expectativas y necesidades de las personas, de igual manera no hay que asumir estereotipos ni prejuicios respecto a los usuarios/as, es necesario siempre responder de manera efectiva a sus demandas.

No juzgar

Las creencias particulares y los juicios de valor no deben interferir en la conducta profesional de quien brinda asesoría en salud sexual y reproductiva. Por consiguiente, es necesario asegurar las actitudes del asesor/a, con el fin de garantizar información de calidad basada en evidencia y libre de prejuicios, y así apoyar en la toma de decisiones que consideren los/as usuarios/as más adecuadas para sus vidas.

Trato personalizado

Recordar que cada persona es distinta y diversa, con demandas y necesidades específicas. Por esta razón, no existe una manera estándar de asesorar y se debe prestar atención a la historia específica de cada usuario/a, considerando la singularidad de cada historia.

2.5. Principios de la asesoría en salud sexual y salud reproductiva

Confidencialidad

Considerada como la cualidad o propiedad de la información que asegura un acceso restringido a la misma, solo por parte de las personas autorizadas para ello. Implica el conjunto de acciones que garantizan la seguridad en el manejo de esa información. (26)

Va íntimamente ligada al respeto a la intimidad y a la privacidad, como una condición para evitar que terceros conozcan la información que la persona revela al profesional que la atiende. En este contexto, y en el marco de la consulta, adquiere el carácter de secreto profesional.

La confidencialidad es esencial para garantizar atención en salud, tener una buena relación profesional, genera las condiciones necesarias para que exista confianza, propiciando mejor información y opciones para la toma de decisiones. Además es un derecho fundamental de hombres y mujeres, incluyendo adolescentes, para asegurar el acceso a atención integral en salud y la protección de la integridad de la persona. (27)



El deber de confidencialidad es obligatorio para los profesionales de la salud que recibieron información confidencial directamente de sus pacientes o en su examen médico. Así también aquellos que conocieron la información a través de otros profesionales que participaron en el diagnóstico y tratamiento, incluso realizando funciones.

Calidad

La calidad está relacionada con satisfacer de manera efectiva la necesidad específica de él o la usuario/a, implica solvencia técnica y ética de los profesionales de salud en estos temas, que se evidencia en el trato que tienen con los usuarios y las usuarias sin importar su edad, condición social, orientación sexual, etnia; así como en la capacidad resolutiva de los establecimiento de salud.

La calidad también se refleja en el espacio de la asesoría, de preferencia debe darse en espacios propios para esta dinámica: cómodos, seguros, confidenciales, limpios, ordenados y acogedores.

Calidez

Hace referencia a un trato respetuoso, amable, empático, cálido. Considerando el uso de un lenguaje verbal comprensible a los contextos culturales, y un lenguaje corporal que denote empatía.

Comunicación asertiva

La comunicación asertiva se fundamenta en el derecho de todo ser humano a expresarse, a afirmar su ser y a establecer límites en las relaciones sociales. La comunicación asertiva es una forma de expresión consciente, congruente, clara, directa y equilibrada, cuya finalidad es comunicar nuestras ideas y sentimientos sin intención de perjudicar. (18)

Algunas ventajas de una comunicación asertiva son: mejora el autoestima del/la usuario/a; fortalece la confianza y seguridad del/la usuario/a; aumenta la capacidad de empatía del profesional con el/la usuario/a; y mejora la comprensión de la situación de vida de una persona para facilitar la toma de decisiones.

Respeto

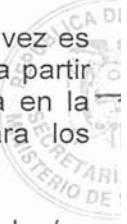
El respeto a las personas es un principio fundamental en la asesoría. Implica la aceptación y valoración positiva del otro, considerándolo como un igual, capaz de decidir por sí mismo. Lleva consigo el reconocimiento de la persona tal y como es, desde la comprensión de su condición de vida, y sus derechos, cualidades, actitudes y opiniones.

El respeto a las personas implica establecer relaciones de igualdad, horizontales.

Promover la toma de decisiones

La toma de decisiones es un derecho que tienen todos los usuarios/as, y a su vez es un principio para la asesoría. La toma de decisiones la realiza el/la usuario/a a partir de la información clara, científica, veráz, y libre de prejuicios que se entrega en la asesoría. De ser el caso, esta información debe incluir de manera clara los procedimientos técnicos de la intervención, incluyendo posibles riesgos.

El/la asesor/a debe reconocer y respetar el derecho y la capacidad de las/os usuarias/os de tomar sus propias decisiones acerca de su vida sexual y reproductiva.



Por lo tanto, no debe tratar de persuadirlos. El/la asesor/a ofrecerá información útil pero se mantendrá imparcial en el proceso de la toma de decisiones.

Durante la asesoría, el asesor/a debe presentar determinadas características que permitan a las/os usuarias/os expresarse con libertad y confianza, durante las sesiones para que puedan tomar sus propias decisiones.

Autonomía

Las personas pueden tomar decisiones y hacer elecciones por sí mismas de acuerdo a sus opiniones, deseos, valores y creencias sobre su sexualidad, su vida y orientación sexual. Este principio se fundamenta en el derecho, establecido en la Constitución del Ecuador (Art. 66, numeral 9), correspondiendo al Estado, sus instituciones y agentes la obligación de garantizar condiciones para que las personas puedan tomar decisiones con autonomía.

La autonomía se relaciona con la libertad. Es uno de los principios fundamentales de los derechos humanos. Por eso, es trascendental valorar y defender la capacidad de las personas de tomar decisiones sobre y por sí mismas, de buscar su propio bienestar y el de la comunidad a la que pertenece. (14)

Existe una valoración errada de la autonomía ligada a la creencia que ciertos grupos humanos (como son mujeres, niñas, niños, adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidades, entre otros), no son capaces de actuar de forma autónoma, ya sea por considerarlos inferiores, incapaces o inmaduros. (14)

Por lo que es importante mencionar que el ejercicio de los derechos y garantías y el cumplimiento de los deberes y responsabilidades de niños, niñas y adolescentes se harán de manera progresiva, de acuerdo a su grado de desarrollo y madurez. Prohibiendo cualquier restricción al ejercicio de estos derechos. (28)

Al reconocer el principio de autonomía como un derecho se desarrollan algunos fundamentos conceptuales importantes (29):

1. El derecho de autodeterminación personal. Este plantea el derecho de una persona a tomar sus propias decisiones, perseguir su desarrollo personal y estructurarse libremente, sin injerencias externas y de acuerdo con el principio de igualdad.
2. La autonomía es un fundamento político que plantea la plena defensa de todas las personas a decidir sobre sí mismas, sobre su identidad, su forma de ser y pensar, sobre su vida sexual y reproductiva.

Capítulo 3

¿Qué se necesita para brindar asesoría en salud sexual y reproductiva?

3.1. El espacio de la asesoría como un elemento clave

El ambiente donde se lleva a cabo la asesoría influye en su calidad, es por esto que se debe garantizar un lugar acogedor, cómodo. Además este espacio debe asegurar la intimidad (visual y auditivo) y la confidencialidad de la actividad. (18)

De no contar con un ambiente exclusivo, se acondicionará un espacio para garantizar la privacidad, con mobiliario que permita ubicar los insumos y materiales comunicacionales y de apoyo. (18)

3.2. Materiales edu-comunicacionales como apoyo en la asesoría en salud sexual y reproductiva

Los materiales edu-comunicacionales o de apoyo constituyen una herramienta importante para facilitar información clara, oportuna, actualizada, científica y libre de prejuicios. Estos pueden ser impresos, audiovisuales y lúdicos. Tienen el propósito de mejorar la calidad y fluidez de la información. (18)

Los materiales edu-comunicacionales deben tener las siguientes características:

- a) Ser apropiados para el público objetivo, considerando factores culturales sobre todo el idioma; género, edad, etc.
- b) Responder a necesidades concretas: un material no puede servir para resolver todas las preguntas.
- c) Debe tener un lenguaje claro, amigable y comprensible, con contenido basado en evidencia científica.
- d) No debe contener mensajes impositivos, con prejuicios, o moralistas.

Los materiales edu-comunicacionales permiten:

- a) Mantener la atención del participante.
- b) Reforzar la información.
- c) Facilitar el diálogo dinámico y la retroalimentación.
- d) Reforzar el aprendizaje por medio de ilustraciones o gráficos.
- e) Promover la participación activa del usuario.
- f) Organizar la información y evitar que se repita u omita algún dato importante.

Capítulo 4

¿Quién puede asesorar en salud sexual y reproductiva?

4.1. Perfil de un asesor

Pueden realizar asesoría en salud sexual y reproductiva profesionales de la salud: médicos/as, obstetras, enfermeras/os, psicólogos/as; y profesionales de otras ramas afines a la salud que trabajen en un establecimiento de salud, por ejemplo; trabajadores sociales, o educadores/as. Estos/as profesionales deben estar capacitadas con información basada en evidencia científica y experiencia en el tema de salud sexual y reproductiva, y en cumplimiento del Modelo de Atención Integral en Salud.

Quien hace asesoría requiere de un conjunto de actitudes, habilidades y conocimientos. En esencia se requiere que un/a asesor/a en salud sexual y reproductiva tenga compromiso y motivación para realizar este trabajo y, sobre todo, ética profesional. A continuación se plantean las principales características con las que se debe contar para brindar asesoría:

Tabla 1. Características, conocimientos y habilidades de quien brinda asesoría en salud sexual y reproductiva.

Conocimiento y manejo de información
a) Conocer, respetar y promover la práctica de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

b) Manejar información actualizada, científica y verás sobre salud sexual y reproductiva y sexualidad según ciclos de vida, que facilite desmitificar y corregir ideas erróneas en torno al tema de manera sensible.
c) Conocer qué es y qué no es la asesoría en salud sexual y salud reproductiva.
d) Disposición para el aprendizaje continuo.
e) Conocer y manejar normativas en el marco de la salud sexual y reproductiva y temas relacionados que faciliten el proceso de la asesoría.
f) Conocer y aplicar los enfoques de derechos, género, interculturalidad e intergeneracional.
g) Honestidad en reconocer sus limitaciones dentro del proceso de asesoría, para referir a otro profesional de salud cuando se dé el caso.
Sensibilidad
a) A los enfoques de derechos, género, interculturalidad e intergeneracionalidad.
b) A la diversidad sexual, étnica, cultural, creencias religiosas, social y etaria.
c) A las necesidades e intereses de usuarios/as, evidenciando su capacidad de empatía.
d) A temas claves de la salud sexual y reproductiva como: virus de Inmunodeficiencia (VIH), embarazo, embarazo en adolescentes, aborto, violencia de género, violencia sexual, orientación sexual, etc.
e) A la forma en que las personas procesan y asumen su situación de vida. No olvidar que las personas en condiciones de vulnerabilidad requieren más tiempo para tomar nuevas decisiones.
Habilidades comunicativas
a) Comunicación asertiva para entablar un diálogo horizontal sobre salud sexual y reproductiva, utilizando un lenguaje verbal sencillo y claro, y un lenguaje corporal amigable.
b) Facilitar información científica en forma clara, sencilla y efectiva, asegurando que quien consulta comprenda la información en que apoyará su proceso de toma de decisiones.
c) Dar respuestas concretas que se adapten a las demandas y necesidades del usuario/a de acuerdo a su realidad específica.
d) Asumir un rol comunicacional activo: participar, preguntar y prestar atención a lo que dice y hace el usuario en la asesoría.
e) Capacidad de escucha activa y empática para identificar las necesidades, dificultades, expectativas y sentimientos de los usuarios/as
Actitudes y habilidades
a) Actitud receptiva hacia los/as usuarios/as por medio de una relación cálida, empática y sensible.
b) Garantizar la confidencialidad en la asesoría: dejar claro que todo lo que se diga en el espacio es totalmente confidencial.
c) Capacidad para establecer relaciones interpersonales libres de prejuicios y discriminación que garantice la dignidad del usuario/a
d) Promover relaciones de confianza durante la asesoría para facilitar la toma de decisiones de manera libre e informada.
e) Saber acompañar.
f) Capacidad para confrontar sus propias actitudes y creencias frente a la sexualidad y anteponer el derecho de los usuarios/as al acceso a información y servicios de salud integrales.
Capacidad de auto evaluación
a) Que le permitan al asesor/a conocer sus propias limitaciones frente a los temas relacionadas con salud sexual y reproductiva y trabajar para mitigarlas o eliminarlas.
b) Que le permitan realizar una autoevaluación de la asesoría para el mejoramiento continuo de la calidad, así como la identificación de fortalezas y debilidades en el proceso.

Elaboración propia.

4.2. ¿Cuáles NO son las competencias y acciones a realizar de un asesor?

- a) Nunca referirse con diminutivos (niñita, jovencito, mamita, papito, mijito, etc.), o con sobrenombres o estereotipos a los/as usuarios/as.

- b) Ordenar al usuario/a lo que tiene o no tiene que hacer.
- c) Dar consejos basados en sus propias creencias personales o experiencias.
- d) Ridiculizar al usuario/a por lo que conoce o desconoce o por cualquier característica personal.
- e) Dudar de lo que expresa el usuario/a
- f) Mostrar actitudes negativas (lástima, temor, asco o burla).
- g) Juzgar, criticar o culpabilizar.
- h) Sesgar la información o interpretar la información.
- i) Minimizar las emociones y sentimientos que el/la usuario/a está compartiendo.
- j) Asumir un rol de terapeuta o analista.
- k) Subestimar las decisiones del otro/a.
- l) Guardar silencios prolongados, ya que estos pueden interpretarse como desinterés, inseguridad, crítica, desconocimiento, etc.
- m) Usar distractores como celular, computadora, responder llamadas, mensajes, etc.
- n) Dar información personal (teléfono, dirección, mail, etc.), al usuario/a
- o) Evitar contacto físico cercano como abrazos u otra muestra de afecto que pueda ser mal interpretada.
- p) Ofertar o proveer servicios de salud sexual y reproductiva fuera de los establecimientos de salud.

Capítulo 5

Estructura básica de la asesoría en salud sexual y reproductiva

Para la asesoría en salud sexual y reproductiva se debe seguir el modelo de los cinco pasos (18) :

Tabla 2. Modelo de asesoría en salud sexual y reproductiva.

Modelo de asesoría en salud sexual y reproductiva	
Paso 1 Vínculo	Establecer una relación de confianza e informar que la consulta es confidencial.
Paso 2 Indagación	Identificar la situación, demanda o necesidad de la persona.
Paso 3 Información	Compartir información de acuerdo a las demandas y responder a las necesidades del usuario/a.
Paso 4 Decisión	Facilitar la toma de decisiones autónomas, informadas y responsables.
Paso 5 Cierre	Cerrar la asesoría, sin dejar de acordar con el/la usuaria los pasos a seguir

Fuente: Ministerio de Salud, 2006 (18). Elaboración propia.

5.1. Desarrollo del modelo de los cinco pasos para hacer asesoría en salud sexual y reproductiva

Paso 1: Establecer relación de confianza



Establecer una relación de confianza es muy importante en el proceso de asesoría ya que marcará el ambiente en el que se desarrollará todo el proceso, y que será de mucha ayuda para generar un diálogo abierto y en doble vía. (18)

Tabla 3. Pasos para establecer relación de confianza

Momento	Pasos claves
<p>Bienvenida y presentación</p> <p>La bienvenida y presentación son trascendentales para establecer un vínculo de confianza y cercanía.</p> <p>Este es el momento en que se asegura la naturaleza confidencial y privada del espacio.</p> <p>Además se debe garantizar que la asesoría no sea interrumpida en el tiempo dado para la misma por ningún motivo.</p>	<p>1. Salude e identifíquese por su nombre. Indique brevemente cuál es su rol como asesor o asesora.</p> <p>Se recomienda saludar con un apretón de manos para generar cercanía con la/o el usuario.</p> <p><i>«Buenos días, mi nombre es Ana. Realizo asesoría en salud sexual y reproductiva en este establecimiento de salud».</i></p> <p>2. Explique brevemente en qué consiste la asesoría en salud sexual y salud reproductiva.</p> <p>Se pueden utilizar preguntas claves para conocer qué piensa o conoce la persona sobre la asesoría:</p> <p><i>«¿Ha escuchado algo acerca de la asesoría en salud sexual y reproductiva?».</i></p> <p><i>«¿Qué piensa que es la asesoría en salud sexual y reproductiva?».</i></p> <p>3. Después de escuchar las respuestas se puede dar una definición clara y sencilla sobre lo que es asesorar:</p> <p><i>«La asesoría consiste en escuchar sus dudas o necesidades sobre sexualidad o salud sexual y reproductiva y brindarle información relacionada a ellas que le ayude a tomar decisiones».</i></p> <p>4. Señale el tiempo con el que se cuenta para la asesoría. Hágalo de manera que la persona no se sienta presionada o apresurada.</p> <p><i>«La sesión de asesoría debe tener un tiempo suficiente para resolver todas sus dudas, y si no la usuaria/o puede acudir las veces necesarias para satisfacerlas».</i></p> <p>5. Explique de manera clara y sencilla que toda la información que es compartida durante el proceso de asesoría es confidencial y privada.</p>
<p>Registro de información básica</p> <p>El registro de datos ayuda a conocer el perfil del usuario.</p>	<p>1. Invite al usuario a presentarse: <i>«Por favor, ¿cuál es su nombre?».</i></p> <p>2. Solicite datos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ De dónde viene ✓ Fecha de nacimiento ✓ A qué se dedica <p>3. Mientras se creen herramientas para reportar la sesión de asesoría en el Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA), se debe reportar la asesoría en la hoja de evolución (formulario 005), mientras que para el caso de asesoría en anticoncepción postparto existe el ítem de anticoncepción en el formulario 051.</p> <p>4. Recuerde las preguntas sobre la salud sexual y reproductiva deben ser abiertas y directas. Se puede usar la guía de preguntas de la historia sexual del usuaria/o que se anexan en el presente manual. (Ver anexo 2)</p> <p>5. Hay que tener en cuenta la terminología que se va a utilizar y la</p>



	<p>manera de abordar la situación para evitar incomodidad para el usuario.</p> <p>6. Debe seleccionar cuidadosamente la información relevante y asegurarse de que las preguntas iniciales son lo suficientemente abiertas para que se responda con sinceridad y apertura.</p>
--	---

Fuente: Ministerio de Salud, 2006 (18). Elaboración propia

Paso 2: Indagar la situación o necesidad

La exploración adecuada sobre la demanda, situación o necesidad que lleva a un/a usuario/a a solicitar la asesoría como prestación es necesaria. Esta permite la optimización del tiempo y, sobre todo, el direccionar la asesoría al motivo específico de consulta. (18)

Tabla.4 Pasos clave para indagar en la situación o necesidad.

Momento	Pasos claves
Explorar el motivo de consulta	<p>1. Conocer el motivo de consulta.</p> <p>Invite al usuario/a a contarle qué es lo que le llevó a buscar asesoría sobre salud sexual y reproductiva. Puede preguntarlo directamente, pero de manera sencilla. Recuerde hacer preguntas abiertas no basadas en estereotipos.</p> <p>«¿En qué puedo asesorarle?» «¿Qué le motivó a buscar asesoría?»</p> <p>Se debe estar atento a la respuesta pues, la persona puede tener varias dudas o situaciones que le han llevado a buscar una asesoría. Es importante anotar las ideas expresadas.</p> <p>2. Realizar preguntas abiertas que ayuden al usuario a expresarse.</p> <p>Estas preguntas tienen que adaptarse al motivo de la consulta.</p> <p>«¿Qué conoce sobre los métodos anticonceptivos?» «¿Qué ha escuchado sobre el virus de Inmunodeficiencia VIH?» «¿Qué ha escuchado sobre el uso del condón masculino/femenino?»</p> <p>Se debe evitar hacer preguntas cerradas que den como respuesta «sí» o «no» como:</p> <p>«¿Quiere saber más sobre métodos anticonceptivos?» «¿Sabe cómo se utiliza la anticoncepción oral de emergencia?»</p> <p>3. La escucha activa nos permite identificar temas a profundizar en la asesoría. Por ejemplo, si la persona está viviendo violencia de género, o es vulnerable a infectarse de VIH u otra ITS.</p> <p>El asesor debe concentrar su atención en esta condición y realizar preguntas guías que faciliten la confianza, solo así se puede abordar temas importantes.</p> <p>«Ud. me ha dicho que ha tenido varias parejas sexuales, ¿ha usado siempre condón con sus parejas?, ¿ha tenido alguna vez una ITS?»</p> <p>Con estas preguntas se puede avanzar hasta generar la comodidad suficiente como para sugerir la realización de una prueba de VIH.</p>



Asegurarse de entender el motivo de la consulta	<p>1. Parafrasear y repetir lo que ha dicho la persona. De esta manera se confirma la comprensión de lo que expresado por los/as usuarios/as. Por ejemplo: Si una persona expresa que ha escuchado que el uso del condón es solo para personas que tienen muchas parejas sexuales, con este antecedente se puede decir:</p> <p style="margin-left: 20px;">«Lo que usted quiere decir es que el uso del condón es exclusivo para las personas que tienen muchas parejas sexuales».</p> <p>2. Tomar nota de las falsas creencias que son mencionados durante la consulta para poder desmitificarlos con información.</p> <p>3. Las personas suelen pensar que sus sentimientos, pensamientos o conductas sexuales pueden estar equivocadas o ser inmorales. El asesor puede ayudar a resolver muchos de estos conflictos, simplemente debe otorgar un espacio para que estas preocupaciones sean expresadas. Esto se logra cuando no se interrumpen las intervenciones y se muestra interés en lo que se menciona.</p>
--	---

Fuente: Ministerio de Salud, 2006 (18). Elaboración propia.

Paso 3: Compartir información y responder a las demandas y necesidades del usuario

En este punto de la consulta, el/la asesor/a podrá responder todas las inquietudes que han surgido a lo largo de la indagación previa. (18)

Tabla. 5. Pasos clave para compartir información y responder a las demandas y necesidades del usuario

Momento	Pasos claves
Compartir información	<p>1. Responder de manera organizada, así se puede brindar información de un tema específico y no generar confusiones. Si el usuario/a mencionó que tiene dudas sobre métodos anticonceptivos y el virus de Inmunodeficiencia (VIH), se puede compartir información científica para responder sus inquietudes inmediatas. Luego se debe profundizar y enfocar la información en un tema específico.</p> <p style="margin-left: 20px;">«Usted se preguntaba si las mujeres y los hombres pueden utilizar métodos anticonceptivos. La respuesta es sí, todas/os hombres y mujeres pueden utilizar métodos anticonceptivos, pero es importante que cuenten con información adecuada sobre su uso y que los conozcan para que elijan el más adecuado para sus necesidades».</p> <p>Después, se procede a explicar más sobre los tipos de métodos anticonceptivos, además, se aprovecha el momento en el que se habla del condón masculino o femenino para abordar las dudas que han surgido en torno al virus de Inmunodeficiencia VIH/Sida.</p> <p>2. Reforzar las inquietudes que motivaron la asesoría. Se puede realizar un resumen o recapitulación de la información brindada. De esta manera, se podrá esclarecer, en este segundo momento, los vacíos o dudas que prevalezcan.</p> <p>3. Utilizar material edu-comunicacional (informativo, educativo, lúdico) o la caja de herramientas en salud sexual y reproductiva,</p>



	<p>pues estos permiten comprender la información de manera efectiva.</p> <p>Se pueden utilizar videos o spots cortos, sobre el tema tratado, que brinden información útil para la asesoría como, por ejemplo, un video sobre el correcto uso del condón. Además, se puede recurrir a afiches, láminas, posters, o cualquier otro elemento validado por el Ministerio de Salud Pública, que ayude a la persona a familiarizarse con la información brindada.</p>
Verificar la comprensión de la información	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurarse que se comprendió la información. Para lograrlo use preguntas concretas y abiertas, por ejemplo: «De todo lo que hablamos ¿qué le llamó más la atención?» «¿Hay algo que no quedó claro?» «Cuénteme, ¿cómo piensa aplicar lo que hemos conversado hoy?» 2. Si aún existe alguna duda es necesario volver a reforzar la información facilitada. 3. La información no se debe brindar igual que en el primer momento, sino que se deben buscar otros recursos y palabras que aseguren la asimilación del conocimiento.

Fuente: Ministerio de Salud, 2006 (18). Elaboración propia.

Paso 4. Facilitar la toma de decisiones autónomas, informadas y responsables

Facilitar la toma de decisiones autónomas, libres, informadas y responsables es indispensable para que el proceso de asesoría tenga un cierre adecuado que permita un accionar que mejore la salud sexual y reproductiva de quien ha recibido la información.

Es importante tener en cuenta que la toma de decisiones en la asesoría no lleva, necesariamente, a una acción que transforme la conducta del usuario/a de manera radical. Al contrario, se busca asumir o incluir una práctica concreta en la vivencia de la sexualidad. Se deben incentivar las acciones pequeñas como:

- a) Considerar sobre la situación en la que se encuentra el/la usuario/a.
- b) Buscar más información sobre el tema consultado.
- c) Recurrir a un método anticonceptivo.
- d) Decidir realizarse la prueba de virus de Inmunodeficiencia (VIH).
- e) Decidir hacerse un examen de Papa Nicolau, de mamas o de próstata, para detección oportuna de cáncer.
- f) Usar condón femenino o masculino en cada relación sexual.
- g) Comprometerse a hablar con la pareja sobre el uso del condón o de un método anticonceptivo.
- h) Decidir buscar ayuda en caso de vivir violencia de género

Es primordial que el/la asesor/a **respete** el momento en que se encuentra el/la usuario/a y la decisión que ha tomado, aunque la acción que realice no le parezca adecuada para mejorar su estilo de vida.

Tabla 6. Pasos clave para facilitar la toma de decisiones autónomas, informadas y responsables.

Momento	Pasos claves



Mostrar las alternativas para que se pueda tomar una decisión.	<p>1. Realizar preguntas acerca de la información recibida y cuestionar cómo cree que podría aplicarse está en su vida. «Ahora que conoce el uso correcto del condón masculino, ¿va a hablar de esto con su pareja?» «Ahora que sabe que es la anticoncepción oral de emergencia; ¿quisiera conocer sobre algún otro tema, por ejemplo, sobre otros métodos anticonceptivos temporales o definitivos?»</p> <p>2. Una vez que el usuario ha expresado su deseo de conocer más información que le ayude a tomar una decisión, es necesario que se indague en los desafíos que implica realizar la acción propuesta. En este caso se puede mostrar empatía con la persona y reforzar los beneficios de la asesoría y promover la toma de decisión de manera oportuna. «Entiendo cómo se siente antes de realizarse la prueba de virus de Inmunodeficiencia (VIH), esto es común. Pero, es importante que recuerde que la prueba de VIH le permitirá conocer su estado de salud». «Comprendo que tenga dudas sobre el uso del condón, estas dudas son frecuentes, pero es importante que recuerde que el condón es el único método de doble protección, que le protegerá de las ITS, incluyendo el VIH, además, le ayudará a prevenir un embarazo no planificado».</p>
Derivar a servicios especializados.	<p>1. Cuando se haya tomado la decisión de optar por algún tipo de acción, es necesario brindar información sobre cómo puede hacer efectiva esa decisión. Si la persona decide realizarse la prueba de virus de Inmunodeficiencia (VIH), es necesario brindarle información sobre dónde se la puede realizar y cuál es la ruta para hacerlo.</p> <p>Es fundamental que los asesores/as cuenten con normativas actualizadas sobre planificación familiar, tratamiento y prueba de VIH, métodos para reducir el riesgo de aborto inseguro, atención en violencia de género y sexual, entre otros temas relacionados, etc.</p>

Fuente: Ministerio de Salud, 2006 (18). Elaboración propia.

Paso 5. Cierre de la asesoría

Este último paso permite reafirmar las decisiones tomadas durante la sesión. En él se derivan o refieren los casos y se abre un breve espacio para que la persona pueda evaluar la asesoría o los servicios recibidos. Estar dispuesto a escuchar las opiniones o sugerencias que se emitan sobre su rol como asesor/a permite mejorar su conocimiento, actitudes y técnicas. (18)

Durante esta etapa es muy importante que el/la asesor/a tenga claro las rutas y servicios de referencia en salud sexual y salud reproductiva a los que podría derivar un caso de ser necesario.

Tabla 7. Pasos clave para el cierre de la asesoría.

Momento	Pasos claves

Cierre de la asesoría	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realice una recapitulación de las decisiones tomadas por la persona y de la información más relevante. Esto ayuda a recordar y resolver dudas, en caso de que aún exista alguna. 2. Mencione que el/la usuario/a tiene la oportunidad de regresar las veces que sean necesarias para recibir información sobre cualquier tema relacionado con salud sexual y reproductiva. 3. Recomendar al usuario/a que para mayor información o para otras dudas, puede llamar a la línea gratuita de asesoría, en donde se le brindará información en salud sexual y salud reproductiva. 3. Brinde información acerca de otros servicios profesionales a los que puede acceder una persona para información según su perfil individual. 4. Despídase y agradezca por la visita. No olvide ser cordial. Reitere la invitación a repetir la asesoría.
------------------------------	--

Fuente: Ministerio de Salud, 2006 (18). Elaboración propia.

Capítulo 6

Asesoría por ciclos de vida y a grupos de población prioritaria

A continuación se indican los temas más importantes, de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS- FCI), para el abordaje por grupos de edad.

Tabla 8. Poblaciones por grupos de edad según el Modelo de Atención Integral de Salud, MSP-2012.

Ciclos de vida		Grupos de edad	
Adolescencia		Primera etapa de la adolescencia 10 a 14 años	Segunda etapa de la adolescencia 15 a 19 años
Adultos		Adulto joven 20 a 39 años	Adulto 40 a 64 años
Adulto mayor	Más de 65 años		

Tomado de: Ministerio de Salud, 2012 (10).

6. 1. Asesoría a adolescentes

La atención integral de adolescentes por su ciclo de vida de acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud, debe incluir información, comunicación y educación acerca del ejercicio responsable de la sexualidad y reproducción; derechos sexuales y derechos reproductivos; así como factores de riesgo y de protección de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH; violencia sexual, y embarazo en adolescente. (30)

La asesoría debe promover la toma de decisiones libres e informadas, además debe brindar conocimientos, con evidencia científica, sobre salud sexual, disminución de factores de riesgo, prevención de embarazos no planificados, entre otros. De esta manera, la asesoría aporta al desarrollo libre y pleno de la sexualidad de adolescentes, además, promueve su salud integral, mejora su autoestima; fortalece su capacidad emocional, relaciones interpersonales y de pareja; y les permite disfrutar de su sexualidad. (31)



Los y las adolescentes tienen derecho a opinar y consentir sobre el tratamiento e indicaciones que brinde el servicio de salud. (31) Además se debe garantizar la orientación y acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluyendo la entrega de métodos anticonceptivos, si así lo requiere el/la usuario/a considerando su autonomía progresiva.

6.1.1. Recomendaciones que se deben considerar para brindar asesoría en salud sexual y reproductiva a adolescentes (31,32):

1. Los/as adolescentes experimentan cambios biológicos, psicológicos y sociales, que influyen en la construcción de su identidad, autonomía, sexualidad, y proyectos de vida. La persona que brinde asesoría debe tener en cuenta las condiciones de vulnerabilidad de este grupo etario, además de considerar las especificidades frente a sus necesidades e intereses.
2. Ser respetuoso/a frente a las opiniones, posiciones, experiencias, vivencias y reconocimiento del ejercicio de la sexualidad de adolescentes.
3. El objetivo de la asesoría es indagar, en la medida de lo posible, los motivos de consulta de un/una adolescente. El objetivo es reconocer si existen mayores requerimientos, información, o de apoyo y protección en caso de ser víctima de algún tipo de violencia.
4. Reconocer prácticas de riesgo de los/las adolescentes que acuden a una asesoría y facilitar información suficiente para generar actitudes reflexivas y de autocuidado.
5. Es derecho del/la adolescente acudir a la asesoría solo/a o acompañado/a. La asesoría es un proceso personal. Sin embargo, si se participa acompañado/a, es necesario adecuar técnicas de comunicación para que la asesoría se reciba de manera activa y participativa.
6. Asegurar la confidencialidad y privacidad del espacio, pues este aspecto es fundamental para los/as adolescentes. De esta manera, sentirán que sus derechos son protegidos, especialmente cuando van acompañados de padres, madres o parejas.
7. Quien brinda asesoría no debe basarse en supuestos o prejuicios. Recuerde que la apariencia física, actitudes o lenguaje corporal son solo una pose para auto protegerse del entorno, por esto, es primordial escuchar activamente.
8. Es necesario hacer una valoración positiva de los conocimientos previos del/a adolescente, el/la asesor/a deberá reforzar los conocimientos acertados y desmitificar información incorrecta desde un lenguaje claro, amigable y cercano.
9. Considerar que según el Código Orgánico Integral Penal (COIP) Art. 171. es “violación el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo. 1. cuando la víctima se halle privada de la razón o del sentido, o cuando por enfermedad o por discapacidad no pudiera resistirse, 2. cuando se use violencia, amenaza o intimidación y 3. cuando la víctima sea menor de catorce años”. (33) Es indispensable identificar bajo qué condiciones un/a adolescente tiene relaciones sexuales y si fue voluntaria y libre de coherción. Se debe reconocer si él o la adolescente es víctima de violencia basada en género. En este caso, se debe realizar una notificación de acuerdo a lo que especifica la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género” del Ministerio de Salud Pública.
10. Los/as adolescentes tienen total y pleno derecho al acceso de atención integral en salud sexual y reproductiva, y al uso de métodos anticonceptivos si así lo requieren. Por lo tanto, quien hace la asesoría debe facilitar la información que permitan su uso y acceso.

6.1.2. Temas sugeridos para el abordaje durante la asesoría en salud sexual y reproductiva con adolescentes (31):

- a) Cuidado del cuerpo
- b) Autoestima
- c) Conocimiento del cuerpo
- d) Desarrollo de cambios fisiológicos y emocionales
- e) Género y construcción de la diferencia social y cultural
- f) Sexualidad
- g) Derechos sexuales y reproductivos
- h) Diferencia entre sexo, relaciones sexuales y sexualidad
- i) Creencias sobre la sexualidad
- j) La familia
- k) Construcción de paternidad y maternidad
- l) Proyecto de vida
- m) Prevención de violencia de género
- n) Métodos anticonceptivos
- o) Embarazo en adolescentes
- p) Infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH

6.2. Asesoría a adultos jóvenes

Al realizar asesoría sobre salud sexual y reproductiva a jóvenes de 20 a 39 años es necesario tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Ser respetuoso/a durante todo el proceso de asesoría. No se debe juzgar. Es necesario conocer y dominar el lenguaje adecuado que cumple con los principios de la asesoría en salud sexual y reproductiva.
2. Los/as asesores/as deben reconocer que muchos de los adultos/as jóvenes son sexualmente activos/as. Es por esto que, es necesario que cuenten con toda la información posible sobre salud sexual y reproductiva. Se debe entregar información clara y sencilla que resuelva todas las inquietudes y posibilite la reducción de riesgos
3. Los/as adultos/as jóvenes pueden decidir si desean asistir acompañados/as por su pareja u otra persona a la asesoría. Es importante que se considere este tema, pues la asesoría es un proceso personal, pero si se participa en pareja o con otra persona, es necesario adecuar técnicas de comunicación para que la asesoría se reciba de manera activa y participativa.

6.2.1. Temas claves en los cuales brindar asesoría en salud sexual y salud reproductiva a la población joven (31)

- a) Cuidado del cuerpo
- b) Autoestima
- c) Conciencia del cuerpo y hábitos
- d) Género y construcción de la diferencia social y cultural
- e) Sexualidad
- f) Derechos sexuales y reproductivos
- g) Creencias sobre la sexualidad
- h) La familia



- i) Construcción de paternidad y maternidad
- j) Prevención de violencia de género
- k) Embarazo no planificado
- l) Métodos anticonceptivos
- m) Infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH
- n) Prevención de cáncer de mama y útero

6.3. Asesoría a adultos

Al realizar asesoría sobre salud sexual y reproductiva a personas adultas (40 a 64 años) es necesario tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Las personas adultas, en numerosas ocasiones, suelen creer que dominan toda la información que existe en torno a la sexualidad, por tanto es importante indagar cuál es la razón por la que acuden a la asesoría. Es necesario considerar las inquietudes, necesidades y saberes más importantes, de esta manera se podrá otorgar una respuesta oportuna.
2. Las personas adultas pueden sentirse avergonzadas al hablar de asuntos relacionadas con sus prácticas sexuales. Es necesario generar un ambiente de confianza y realizar preguntas previas sobre diversos temas cotidianos, de esta manera se puede romper el hielo y generar cercanía.
3. Muchas y muchos adultas/os piensan que su salud reproductiva no es un asunto del cual preocuparse. Es necesario desmitificar esta creencia y aclarar qué significa salud reproductiva, y la importancia al momento de auto determinar su capacidad reproductiva y la posibilidad de tener hijos.
4. La violencia de género hacia mujeres adultas es frecuente en el espacio intrafamiliar. Quien brinda asesoría debe indagar al respecto, facilitar información sobre el ciclo de la violencia y hacer recomendaciones para abordarla y prevenirla.
5. Se debe brindar asesoría sobre los cambios que van a ocurrir en la vida sexual con el pasar de los años y en la etapa de adulto/a mayor. La escasa información que todavía se advierte al respecto, constituye, sin dudas, el principal factor implicado en la génesis de gran parte de los trastornos del funcionamiento sexual que se observan en el/la adulto/a mayor.

6.3.1. Temas claves en los cuales brindar asesoría en salud sexual y reproductiva a la población adulta

- a) Auto cuidado del cuerpo
- b) Autoestima
- c) Conciencia del cuerpo y hábitos
- d) Género y construcción de la diferencia social y cultural
- e) Sexualidad
- f) Derechos sexuales y reproductivos
- g) Creencias sobre la sexualidad
- h) Prevención de violencia de género
- i) Métodos anticonceptivos
- j) Infecciones de transmisión sexual y VIH
- k) Menopausia y andropausia
- l) Prevención de cáncer de mamas, útero, próstata.



6.3.2. Asesoría a mujeres en el climaterio y menopausia (18)

Toda mujer debe ser informada sobre los cambios que experimentará durante este periodo. Es importante comprender que el climaterio (entre los 45 y 50 años) es un proceso natural que le ocurre a todas las mujeres y que, incluso, puede presentarse a edades más tempranas.

Algunas mujeres presentan síntomas a causa de los cambios hormonales, razón por la que se debe asesorar a las usuarias e indicarles que, mientras muchas mujeres tienen pocos o ningún síntoma, otras los manifiestan de manera más intensa. Se debe utilizar términos de fácil entendimiento para la población.

Consideraciones para el/la profesional que realice asesoría

Los síntomas varían de una mujer a otra y pueden durar cinco años o más. En algunas mujeres los síntomas pueden ser más intensos que en otras, entre los más comunes están (34):

- a) Bochornos, sudoración, calores.
- b) Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión en el pecho Problemas para dormir (insomnio)
- c) Dolores de cabeza
- d) Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir). Disminución del interés sexual, posiblemente disminución de la respuesta a la estimulación sexual
- e) Sequedad vaginal y relaciones sexuales dolorosas
- f) Infecciones vaginales
- g) Olvidos
- h) Dificultad para concentrarse
- i) Problemas al orinar, orina con mayor frecuencia, urgencia de orinar, se le escapa la orina
- j) Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos).

Quien brinda asesoría deberá señalar que la experiencia del climaterio/menopausia es diferente para cada mujer. Esta responde a factores hereditarios, dieta, estilo de vida, medio social y actitudes culturales. Es importante recomendar hábitos adecuados para reducir efectos de osteoporosis y ateroesclerosis, se recomienda mejorar la alimentación, hacer actividad física, evitar café, té, tabaco o alcohol, etc. (18)

Se debe recomendar controles médicos que incluyan un examen hormonal para prevenir deficiencia estrogénica, y contar con un diagnóstico precoz de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino. En caso de ser necesario se deberá derivar a la usuaria a una consulta psicológica para apoyo emocional y social.

Se debe trabajar con la usuaria el tema de autoestima y la vivencia plena de su sexualidad para que mantenga una vida sexual activa y placentera.

6.3.3 Asesoría a hombres durante la andropausia



Con hombres adultos es importante abordar el tema de la andropausia, y explicar que la andropausia se refiere a los cambios hormonales provocados por una disminución de las hormonas masculinas. La andropausia tiene efectos adversos sobre la salud física, mental y social, lo que se traduce como un deterioro de la calidad de vida. (35)

Consideraciones para el profesional que realice asesoría:

Se debe recomendar ingerir una dieta saludable y nutritiva de bajo contenido en sal y rica en fibra. Además, es necesario limitar el consumo de alcohol, tabaco y cafeína. Se recomendará aumentar la actividad física. De existir enfermedades concomitantes, tales como diabetes mellitus, dislipidemias e hipertensión arterial, entre otras, deben ser controladas adecuadamente. (36)

Algunos de los síntomas más comunes de la andropausia (36)

1. Falta de apetito.
2. Una pérdida de la energía y/o la motivación.
3. Fatiga, depresión, cambios emocionales, irritabilidad y debilidad muscular.
4. Disminución del deseo sexual, dificultad en lograr y mantener una erección, disminución de erecciones nocturnas y de satisfacción sexual, reducción del tamaño testicular.
5. Se reduce la cantidad del semen y disminuye la intensidad de la eyaculación.
6. Reducción de la masa muscular corporal, vigor físico y densidad ósea.
7. Dolores osteoarticulares y disminución de la estatura.
8. Aumento del riesgo de padecer osteoporosis.

Quien brinda asesoría debe explicar que esta situación requiere control médico y exámenes que dictaminen la necesidad o no de un tratamiento hormonal, que la presencia de los síntomas de la andropausia depende de la calidad y estilo de vida de la persona y de su condición de salud.

Además en la asesoría se debe recomendar al usuario el hacerse un examen de próstata y revisión testicular, a fin de prevenir o detectar de manera oportuna cáncer en estos órganos.

6.4. Asesoría para adultos mayores

6.4.1. Sexualidad en adultos/as mayores (37,38)

1. Las personas en general tienen la creencia de que los adultos/as mayores no se interesan por la vida sexual. Quien brinda asesoría debe tener en cuenta esta práctica y su importancia para este grupo poblacional. Considerando que la sexualidad es un elemento fundamental en la calidad de vida.
2. Se debe reconocer que la sexualidad en adultos/as mayores se transforma en experiencias más calmadas pero no de menor valor o significado, y continúan siendo altamente placenteras y gratificantes. Es importante considerar la ausencia de un compañero/a sexual; ya sea por viudez, soltería o enfermedad grave de la pareja; como un factor determinante en la vida de un/a adulto/a mayor.
3. Por otro lado, se debe tener en cuenta que a el/la adulto/a mayor se le dificulta la recuperación de la actividad sexual cuando el período de abstinencia ha sido prolongado. Este es un tema importante y se debe abordar, pues, al brindar información y explicar que se trata de un proceso normal se puede obtener una actitud positiva al respecto.



4. Este grupo poblacional en su mayoría sufren de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, la osteoartritis, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y la enfermedad cerebrovascular), con lo cual se da un alto consumo de fármacos, que pueden afectar el comportamiento sexual, este es un tema necesario de abordar y de ser necesario derivar a un especialista para dar solución a sus problemas, pues una enfermedad crónica no debe ser un obstáculo para vivir su sexualidad.
5. De la misma manera, el estado de salud individual es un factor significativo para lograr relaciones sexuales satisfactorias, pues este incide en nuestra visión, más o menos, gratificante de la vida.
6. Es igual de importante recordar la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/Sida, y el uso del condón como método de prevención, pues ser adulto/a mayor no otorga inmunidad ante estas infecciones.
7. Con los/as adultos/as mayores con dificultades para movilizarse, se debe planificar las visitas domiciliarias para que puedan acceder a este servicio. De igual manera a los que se encuentran en centros de acogida

6.4.2. Falsas creencias y argumentos en torno a la sexualidad en adultos/as mayores (37,38)

Los y las profesionales de la salud deben abordar estos temas tendientes a que los/as adultos/as mayores hombres y mujeres conozcan sobre las falsas creencia y argumentos para superarlas:

1. **A los/as adultos/as mayores no les interesa una vida sexual activa:** el nivel de interés sexual en el/la adulto/a mayor responde al que haya desarrollado y mantenido a lo largo de su vida, es decir, aquellos que tuvieron una vida sexual activa durante su juventud la tienen durante la adultez mayor. La continuidad de la actividad sexual favorece el ánimo, la salud física y emocional. Por lo tanto, se debe promover la conservación de una vida sexual activa.
2. **Los/as adultos/as mayores no deben tener una vida sexual activa:** gran parte de la sociedad rechaza, niega u obstaculiza las relaciones, sentimientos, intereses y necesidades sexuales. Se considera que durante el tiempo de la menopausia, la mujer es asexual y poco deseable, en los hombres la disfunción eréctil se considera como un cambio normal. Quien brinda asesoría debe conocer este tema para promover actitudes positivas en los usuarios y sus familias.
3. **Un hombre adulto mayor siempre padece de disfunción sexual:** el hombre que desarrolla una vida sexual activa sin perder la confianza en sí mismo será capaz de lograr erecciones y orgasmos hasta edades muy maduras. En el anciano los niveles de testosterona bajan, pero sin impedir un buen desempeño sexual.
4. **Las personas adultas mayores no disfrutan de su vida sexual:** siempre es importante explicar que el proceso de la función sexual en adultos mayores no va a ser igual que en la juventud, se deben esperar respuestas diferentes y aprender a disfrutar de dichas respuestas. Las personas adultas mayores expresan afectos y deseo sexual no solo a través del coito. Ninguno de los cambios propios de la edad se traduce en disfunción sexual. Las disfunciones sexuales que se observan en la senectud se deben más a motivos psicológicos y a prejuicios sociales que a una causa orgánica.

6.4.3. Desarrollo de la asesoría en esta población

1. Respetar el ritmo, tiempo y formas de comunicación del/a adulto/a mayor. Es necesario aprender a escuchar sin interrumpir o adelantarse a sacar conclusiones para brindar información.



2. Utilice términos claros y sencillos, y un tono de voz adecuado, que facilite el diálogo y la comprensión de la información que se está ofreciendo.
3. Asegurarse que se entendió la información brindada y que se resolvieron las dudas.
4. Enfatice, desde el inicio, cuál es el tiempo que se tiene para la asesoría, esto ayudará a que la persona pueda focalizarse y que la consulta concluya en el tiempo indicado.

6.5. Asesoría a grupos de población prioritaria

Es importante considerar a grupos de población prioritaria cuando se habla de atención y asesoría en salud sexual y reproductiva, pues estos grupos se encuentran en condiciones de vida particulares que dificultan su acceso a servicios especializados en temas de salud sexual y reproductiva.

Socialmente se cree que las personas con diferentes discapacidades, las mujeres que han vivido violencia sexual o las personas que viven con VIH son personas inactivas sexualmente o sin deseos sexuales. Esto ha provocado que se limite el acceso a asesoría en salud sexual y reproductiva a estos grupos poblacionales. A continuación encontrará algunas pautas a considerar al momento de brindar la asesoría.

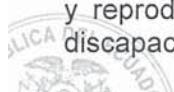
6.5.1. Asesoría a personas con discapacidades

Las personas con discapacidad no son un grupo homogéneo, hay personas con discapacidad visual, auditiva, otras con movilidad reducida, dificultades en el habla, personas con discapacidad intelectual y psíquica, e incluso, algunas pueden presentar más de un tipo de discapacidad. Las necesidades de una persona con discapacidad dependen del grado y tipo de discapacidad, así como de su pertenencia a un pueblo o nacionalidad. (39)

Es importante reconocer que las formas tradicionales ante las relaciones sexuales y la sexualidad han sido siempre marginadoras, en particular para grupos poblacionales que por su condición de salud, física o psicológica son consideradas como sujetos sin la necesidad e impulso de expresar y vivir su sexualidad, como es comúnmente el caso de las personas con discapacidad sobre todo en las personas gravemente afectadas y dependientes. (40)

El programa de acción de Cairo +20 plantea una medida específica en el tema de sexualidad para las personas con discapacidad: «Los gobiernos deberían examinar a todos los niveles las necesidades de las personas con discapacidad en sus aspectos éticos y de derechos humanos. Deben reconocer las necesidades relativas, entre otras cosas, a la salud reproductiva, incluida la planificación familiar, salud sexual, el VIH/sida, la información, la educación y las comunicaciones». (41)

Frente a esta situación se reconoce la importancia y necesidad de brindar asesoría en salud sexual y reproductiva a personas con discapacidad. Este reconocimiento parte de un principio fundamental: la inclusión a los programas ya existentes en salud sexual y reproductiva, además, considera que, como todas las personas, los sujetos con discapacidad tienen necesidades e intereses particulares.



Es evidente que las personas con discapacidad tienen una fuerte necesidad de experimentar el noviazgo, la intimidad y la interacción sexual, pero debido a la falta de conocimiento, sus sentimientos negativos sobre la sexualidad, la falta de oportunidades e información para la expresión sexual, la población con discapacidad es actualmente incapaz de participar de estas experiencias. (40) A esto se suma la actitud negativa de sus padres o cuidadores ante la vivencia activa de su sexualidad, esta actitud se evidencia en la falta de privacidad, así como en el control y represión sobre la sexualidad de estos sujetos.

Consideraciones para el profesional que realice asesoría

Los/as profesionales de salud que brindan asesoría en salud sexual y reproductiva a personas con discapacidad, deberán considerar los siguientes puntos (40,41)

1. Todas las personas son seres sexuados, tienen una sexualidad que se manifiesta a través del deseo sin importar la condición física, por lo tanto, las personas con discapacidad también tienen deseos sexuales y el impulso de expresarlos y satisfacerlos.
2. Considerar el tipo de discapacidad que tiene la persona que está en asesoría, y la necesidad o no de que su representante legal esté presente.
3. La asesoría a una persona con discapacidad requiere el reconocimiento de que ésta, al igual que todas las personas, tiene los mismos derechos sexuales y derechos reproductivos que cualquier otra persona.
4. Una persona con discapacidad puede y debe disfrutar y expresar su sexualidad.
5. En relación a los puntos anteriores, quien brinda asesoría debe informar a la persona con discapacidad y/o a su representante legal, que la vivencia de la sexualidad de manera autónoma depende del tipo y nivel de discapacidad.
6. Trabajar con los representantes legales sobre la toma de decisiones respecto a la vivencia de la sexualidad de la persona a su cargo.
7. Desarrollar habilidades para que, tanto las personas con discapacidad como sus cuidadores o cuidadoras, reconozcan situaciones de violencia sexual y puedan manifestarlas de manera segura.
8. Reconocer que las personas con discapacidad pueden embarazarse y embarazar, por lo tanto, necesitan conocer su condición fértil y tomar medidas para prevenir el embarazo. Por lo que se debe abordar el tema con sus parejas y sus familias. Considerando la condición de vulnerabilidad de esta población (abandono, pobreza etc.)
9. Los usuarios/as con discapacidad que no impida la toma de decisiones, *no* requieren que sus representantes legales otorguen el consentimiento para recibir la información sobre métodos anticonceptivos.
10. Las personas con discapacidad suelen ser poco inhibidas y conscientes del principio de privacidad que rige la sexualidad humana, por lo tanto, expresan sus manifestaciones eróticas de manera abierta. Esta singularidad debe trabajarse, no desde la represión, sino desde el autocuidado.
11. Desmitificar la idea de que las personas con discapacidad intelectual tienen una sexualidad incontrolable, y por ello peligrosa para sí mismas o para quienes le rodean.
12. Trabajar con la persona y con su familia en la importancia de la privacidad e intimidad.
13. Visibilizar las potencialidades humanas de la persona con discapacidad.
14. Reconocer que el rol, tanto de quien brinda asesoría, como de los representantes legales de las personas con discapacidad, no es la



sobreprotección e infantilización de la persona, sino el desarrollo del máximo grado posible de autonomía e independencia.

6.5.1.1. Temas claves en los cuales brindar asesoría en salud sexual y salud reproductiva a personas con discapacidad y sus representantes legales (40)

1. Iniciación sexual, placer y afectos
2. Responsabilidades de la convivencia en pareja
3. Autoerotismo y reconocimiento del cuerpo
4. Privacidad e intimidad.
5. Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH.
6. Planificación familiar y prevención de embarazos no planificados. Uso de métodos anticonceptivos hormonales, métodos de barrera y esterilización quirúrgica.
7. Cuidado materno respetuosos: control prenatal, parto y posnatal
8. Violencia sexual: reconocimiento de signos de alarma
9. Interrupción del embarazo en los casos que prevé la ley

6.6. Asesoría durante el embarazo y posparto (18)

Las mujeres requieren de varias consideraciones en lo referido a su salud sexual y reproductiva durante el embarazo y luego del parto, de ahí la importancia de contar con una asesoría que les brinde confianza y privacidad para resolver sus dudas.

Para las mujeres embarazadas, así como para las mujeres que se encuentran en el periodo de posparto, los cuidados de su salud y la de su descendencia son primordiales, por lo que se recomienda que la asesoría sea una actividad integral y no se direccione únicamente en la salud sexual y reproductiva.

Algunas consideraciones que deben tener en cuenta son:

6.6.1. Durante el embarazo (18)

1. Recordar que durante el embarazo, las mujeres a menudo presentan cambios físicos y emocionales, en algunos casos ansiedad, la que es motivada por todos los cuidados de su salud o por aspectos de su sexualidad. Es por esto que se debe estar dispuestos a resolver estas inquietudes y aportar a disminuir la ansiedad de la mujer embarazada.
2. Es importante brindar toda la información necesaria para que la mujer embarazada y su pareja, en caso de tenerla, puedan continuar su vida sexual libre de miedos y prejuicios. Se debe explicar que durante el embarazo se prohíben las relaciones sexuales únicamente cuando el embarazo es de riesgo. Recomendar el uso de condones en todas las relaciones sexuales en caso de riesgo de transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido VIH y ZIKA.
3. Hablar con la pareja sobre las posiciones sexuales más cómodas según el avance del embarazo. Asimismo, se debe aclarar que el bebé no corre riesgo, ni malestar, sino todo lo contrario, pues el placer y confort provocado en la gestante es transferido a su hijo.
4. Recomendar la realización de controles prenatales periódicos, de preferencia mensuales que le permitirán conocer las señales de riesgo durante el embarazo.
5. Hablar con la mujer embarazada y su pareja, en caso de tenerla, sobre el uso de métodos anticonceptivos, incluido la esterilización quirúrgica femenina y masculina. Es importante desmitificar falsas creencias o supuestos sobre el puerperio y la

imposibilidad de embarazo. Se debe promover la toma de decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos lo antes posible, incluso antes del alta hospitalaria, además se puede promover el uso del condón como método de doble protección.

6. Se debe sensibilizar e informar a la embarazada sobre la importancia y necesidad de realizarse una prueba de VIH durante el primer control prenatal o en los primeros meses de embarazo, recomendar que la prueba se la haga también su pareja. Seguir la Guía de prevención y control de la transmisión materna infantil del VIH y Sífilis Congénita y de la atención integral de niños/as con VIH/SIDA (2013).

6.6.2. Durante el postparto (18)

1. Tener en consideración los cambios emocionales que se presentan en la mujer durante el posparto y especialmente las mujeres que puedan presentar depresión posparto.
2. Explicar los cuidados integrales que la mujer debe tener luego del parto normal o un parto por cesárea. Recomendar la realización de controles de salud durante este período.
3. Una duda frecuente durante esta etapa es cuándo se debe reiniciar la vida sexual. Por distintas razones, como el dolor que provoca la episiorrafia, las mujeres se sienten inseguras, es por esto que, se debe recomendar que se retome la vida sexual cuando la usuaria se sienta cómoda, pues nadie puede obligarla a tener relaciones sexuales
4. Se debe informar a las usuarias sobre los métodos anticonceptivos usados durante el posparto, los mismos que no deben interferir con la lactancia, ni afectar la salud materna o infantil.
5. Se debe informar a las usuarias sobre las ventajas de la leche materna como el alimento exclusivo durante los primeros seis meses para el bebé, pues es de fácil digestión y le protege contra las infecciones más frecuentes. Toda madre debe conocer que la lactancia favorece el vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido y las bondades nutricionales.

6.7. Asesoría a personas viviendo con VIH

El/la profesional que brinda asesoría deberá considerar los siguientes aspectos (15):

1. Promover prácticas sexuales seguras que permitan disminuir el riesgo de nuevas infecciones o reinfecciones del VIH, así como otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
2. Informar sobre métodos de planificación familiar y si su interacción con los ARV puede disminuir su eficacia.
3. Informar sobre el uso correcto y consistente del condón (masculino o femenino) en todas sus relaciones sexuales.
4. Informar sobre la importancia de hablar de su condición inmunológica a su pareja o parejas. Se debe indicar que el conocimiento oportuno permite el acceso a tratamiento, además, disminuye el riesgo de transmisión vertical. De la misma manera, se debe comunicar que la información de su estatus serológico es parte de su decisión.
5. Finalmente, el/la usuario/a debe conocer que, en caso de existir conflictos emocionales asociados a la revelación del estado serológico, existen servicios especializados en salud psicológica a los cuales se puede referir.

6.8. Asesoría a población de lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero (LGBTI)

Basado en las consideraciones técnicas expuestas en el manual de atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI) por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador durante la asesoría se deben tener las siguientes consideraciones generales (42) :

- a) No hacer suposiciones. Cualquier persona que accede a la consulta podría auto-identificarse como LGBTI y/o tener un historial de relaciones con personas del mismo sexo. Del mismo modo, no asuma el sexo biológico de la persona por sus características fenotípicas externas.
- b) La persona que brinda asesoría debe asegurar que la persona LGBTI se sienta lo más cómoda en el servicio de salud, así aumenta la posibilidad de obtener información importante, para el cuidado eficaz en salud.
- c) Es importante plantear a la persona LGBTI la posibilidad de su derecho a negarse a responder cualquier pregunta
- d) Ofrecer disculpas, en caso de que un o una usuaria parezca ofendida, dando una breve explicación de por qué es necesaria la información solicitada, o preguntando acerca de la terminología que prefiere.
- e) Explique cómo se protegerá la confidencialidad del expediente, que la misma no puede revelarse sin consentimiento de la persona y quién tendrá acceso a la información.
- f) Informe sobre la importancia del cuidado de la salud, del uso adecuado y consistente del condón en cada relación sexual y de lubricantes durante las prácticas sexuales.

6.8.1. Población transgénero

- a) Informe sobre la importancia del uso consistente y adecuado del condón.
- b) Informe sobre métodos de planificación familiar.
- c) Informe sobre la ruta a seguir en caso de violencia sexual y el tratamiento de emergencia que incluye: anticoncepción oral, prevención de VIH.
- d) Entregue preservativos masculinos o femeninos.

6.8.2. Población lesbiana

- a) Brinde información sobre la reproducción asistida. Esto permite tomar una decisión adecuada en relación al derecho a la maternidad.
- b) Informe sobre métodos de planificación familiar.
- c) Entregue e informe sobre los preservativos femeninos.
- d) Informe sobre el uso correcto del condón y barreras de protección durante relaciones sexuales orales.

6.8.3. Población intersexual

- a) La población intersexual es un grupo particular que en la mayoría de casos requerirá ser transferido a un especialista en sexología, pues la asesoría puede resultar incompleta frente a las inquietudes y necesidades de este grupo.

- b) De igual manera en lo referido a la salud emocional, es importante su transferencia a un psicólogo o terapista.
- c) Refuerce los conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos, además, informe que la reasignación de sexo depende de la decisión de la persona.

6.9. Asesoría a personas que viven violencia de género

El/la profesional de salud que brinda asesoría debe tener la capacidad para detectar situaciones que una persona está viviendo y no manifiesta, así como, para obtener mayor información y reconocer situaciones de violencia de género sobre las cuales trabajar.

Para asegurar un buen ejercicio de asesoría durante la atención de casos de violencia de género, el o la profesional debe conocer y manejar la Norma técnica de atención integral de violencia de género del Ministerio de Salud Pública, que plantea la obligación de cumplir el siguiente procedimiento general de atención integral de la víctima (11):

- Mantener una atención sensible y no discriminatoria
- Garantizar la confidencialidad
- Garantizar la no revictimización
- Cumplir con las especificaciones de consentimiento informado
- Realizar contención emocional e intervención en crisis
- No abandonar al paciente hasta que se complete todo el procedimiento
- En casos de violencia sexual, el responsable debe garantizar el seguimiento de los casos, que incluye tamizaje, tratamiento profiláctico, y seguimiento en los tiempos respectivos.
- Informar a la autoridad competente el caso de violencia que atendió

Es importante recordar que el correcto uso y aplicación de la Norma técnica de atención integral de violencia de género busca realizar la valoración del estado y necesidades de las personas afectadas por la violencia de género, por lo tanto, su conocimiento es obligatorio para quien brinda asesoría.

Capítulo 7

Técnicas para hacer una asesoría profesional y asertiva

Lo que se pretende en este apartado es recoger algunos elementos técnicos que faciliten la asesoría en salud sexual y salud reproductiva. Estas técnicas, si bien se encuentran dispersas en diferentes documentos y han sido concebidas para diferentes grupos poblacionales, guardan en común estrategias y mecanismos que facilitan, de manera particular, el dialogo como un ejercicio en el que dos o más personas intercambian ideas y opiniones como iguales. Este enfoque es conveniente porque es contrario a todo ejercicio de comunicación que desconoce al otro como sujeto y establece, al hacerlo, una relación de poder y control. Estas prácticas de comunicación impiden la toma de decisiones y el respeto de las mismas, por lo tanto, resultan absolutamente ajenas al proceso. La asesoría, como ha sido concebida en este documento, demanda el uso y aplicación de técnicas particulares que aseguran un

servicio con características como la calidad, calidez y confidencialidad, pues estas promueven la toma de decisiones.

Dichas características no son fáciles de asegurar, por lo tanto, no es posible garantizar una fórmula única, tampoco es posible decir que su aplicación es común y natural para todas las personas que hacen asesoría. La dificultad en la aplicación de algunas técnicas depende de la persona, de la misma manera, algunos mecanismos pueden no ser bien recibidos por todos los usuarios, incluso, pueden existir ocasiones excepcionales en las que ninguna de las técnicas sea apropiadas. Es por esto que, quien hace asesoría deberá desarrollar la capacidad de crear e improvisar sin olvidar los principios de la asesoría.

7.1. Recomendaciones técnicas para brindar asesoría en salud sexual y reproductiva

7.1.1. Establecer confianza (43)

- a) El primer momento de la asesoría exige crear un ambiente no amenazador y establecer una relación de aceptación.
- b) La confianza se logra desde la interacción inicial del asesor con el usuario. Prácticas como el saludo, la presentación, la comunicación no verbal, la forma de enmarcar la sesión, la manera de abordar las preocupaciones acerca de la confidencialidad, y más, son importantísimas.
- c) Se debe desarrollar: disposición permanente para la atención, apertura afectiva y disponibilidad mental hacia los otros.

7.1.2. Demostrar empatía

- a) La empatía es la capacidad de comprender y demostrar entendimiento en relación con los sentimientos y experiencias de la otra persona. Esto implica ser sensible al usuario/a, para lograrlo no se deben formular supuestos.
- b) Se demuestra empatía cuando se presta atención a las emociones que se expresan verbalmente o de otra manera. Se recomienda no poner un escritorio entre los participantes de la asesoría y los usuarios, en su lugar, dialogue junto a la persona, sin barreras físicas.
- c) Para poder demostrar empatía, se debe estar consciente de los propios sentimientos. Un/a asesor/a debe utilizar sus propias respuestas emocionales para llegar a comprender a la persona, sin embargo, también es necesario separar las propias emociones de las del/a usuario/a.

7.1.3. Autenticidad

Compenetrarse, fortalecer la confianza y demostrar empatía depende de la capacidad del/a asesor/a para ser auténtico/a. Una relación auténtica puede desarrollarse cuando el/la asesor/a interactúa de manera real y sincera, sin desempeñar un rol.

7.1.4 Comunicación no verbal

La comunicación no verbal constituye un importante elemento en el proceso de informar a los/las usuarios/as, refleja que se les está atendiendo, escuchando y comprendiendo. Los/las asesores/as transmiten esto a través de:



- a) Lenguaje corporal, por ejemplo, el acto de inclinarse hacia el/la usuario/a demuestra que se le está prestando atención.
- b) Cruzar los brazos sobre el pecho evidencia rechazo, desinterés o temor frente a lo que dice el/la usuario/a.
- c) Contacto visual frecuente, siempre mirar el rostro del/la usuario/a.
- d) Ubicarse en el mismo nivel emocional o de energía del usuario. Por ejemplo, no tener expresiones extravagantes o fuera de lugar, especialmente con los ojos. Es importante evitar ver al suelo o al techo pues esto evidencia desinterés, burla o desprecio.
- e) Uso de señales para estimular la conversación, por ejemplo, el acto de inclinar la cabeza, afirmar con la cabeza o mostrar las palmas de las manos.
- f) Postura corporal tranquila, sin movimientos nerviosos, chasqueo de dientes, juegos con los dedos o las piernas, o mordeduras de objetos como esferos o papel.

7.1.5. Escucha activa

El acto de escuchar activamente exige una concentración considerable por parte del asesor/a, quien debe prestar atención a las revelaciones verbales, las señales no verbales y los sentimientos que se expresan indirectamente.

- a) La comprensión de lo que han escuchado activamente se asegura repitiendo, con sus propias palabras, lo que la persona acaba de decir. Es importante rescatar tanto el contenido, como los sentimientos y actitudes subyacentes. Esto ayuda a aclarar lo que quiere expresar el/la usuario/a, y además evidencia que el/la asesor/a ha escuchado y comprendido a su interlocutor.
- b) El silencio no debe ser amenazante o violento. Los silencios largos pueden ser interpretados como incomprendimiento, pero también son señal de aceptación ante una conducta o práctica.
- c) Durante la escucha activa se debe hacer intervenciones rápidas con palabras simples, acogedoras. Se debe reaccionar con calma y sin exageraciones.

7.2 Estrategias esenciales

1. **Uso eficaz de preguntas:** Los/as asesores/as utilizan las preguntas para obtener información específica, ayudar a comunicar ideas claramente, estimular la exploración de los pensamientos, sentimientos y actitudes, y aclararlos. Las preguntas abiertas, las que requieren respuestas elaboradas, fomentan esta clase de discusión y comunicación; por otro lado, las preguntas cerradas, que tienen como respuesta sí o no, no estimulan la discusión y la exploración.
2. **Resolución de problemas:** Los/as asesores/as ayudan frecuentemente a resolver conflictos. Esto se logra con más eficacia cuando se permite que se exponga una inquietud, después, el/la asesor/a puede recomendar o facilitar la exploración de posibles soluciones y sus consecuencias, al igual que durante el proceso de toma de decisiones y ejecución de soluciones. Es importante recordar que no deben formular supuestos acerca de qué resultará más problemático, ni deben tratar de

resolver el problema por el/la usuario/a. Como se mencionó anteriormente, la asesoría no es una sesión de psicoterapia.

3. **Auto revelación apropiada:** Aunque comúnmente los/las asesores/as se abstienen de revelar información personal acerca de sí mismos, hay ocasiones cuando la auto revelación no solo es útil sino apropiada. No existen lineamientos específicos para ayudar a determinar cuándo es apropiada, sin embargo, el/la asesor/a debe asegurarse de que el desarrollo sea beneficioso para su interlocutor/a y no una respuesta a las propias necesidades, temores o a su complejo paternalista.

6. Abreviaturas

OMS	Organización Mundial de la Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
ITS	Infecciones de transmisión sexual
PNBV	Plan Nacional para el Buen Vivir
VBG	Violencia basada en género
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
RDACAA	Registro Diario Automatizado de consultas y atenciones ambulatorias
MAIS-FCI	Modelo de Atención Integral en Salud, Familiar, Comunitaria e Intercultural

7. Referencias

1. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 [Internet]. Quito; 2013 [cited 2016 Sep 2]. 1-600 p. Available from: <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan Nacional Buen Vivir 2013-2017.pdf>
2. Freire W, Belmont P, Rivas-Mariño G, Larrea A, Ramírez-Luzuriaga M, Silva-Jaramillo K, et al. Tomo II Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Salud Sexual y Reproductiva, ENSANUT-ECU 2012. Quito-Ecuador: Ministerio de Salud; 2015. 427 p.
3. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Compendio estadístico 2014. In Quito-Ecuador; 2014. p. 60. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2014/COMPENDIO_ESTADISTICO_2014.pdf
4. Ministerio de Salud. Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2011 [Internet]. Quito-Ecuador; 2011. 1-20 p. Available from: http://www.paho.org/ecu/dmdocuments/indi_bs_2011.pdf
5. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 [Internet]. Ginebra; 2015 [cited 2016 Sep 21]. 1-92 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf
6. Ministerio de Salud Pública. Matriz estadística VIH/SIDA. Quito-Ecuador;
7. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Primera Encuesta de Violencia de Género [Internet]. Quito-Ecuador; 2012. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>
8. OMS | Prevención del aborto peligroso [Internet]. 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>
9. Instituto de Estadística y Censos (INEC). Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones 2011. [Internet]. Quito-Ecuador; 2011. Available from: www.inec.gob.ec.
10. Ministerio de Salud. Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI) [Internet]. Ministerio de Salud publica del Ecuador. Quito-Ecuador; 2012. 64-72 p. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_M AIS-12.12.12.pdf <http://www.cerebroperiferico.com/msp/normatizacion.html>
11. Ministerio de Salud Pública. Norma Técnica de atención integral violencia de género. 1st ed. Quito-Ecuador; 2014. 131 p.
12. Organización Panamericana de la Salud. Política de igualdad de género. Washington D.C; 1-24 p.
13. Working Definitions after WHO Technical Consultation on Sexual Health.
14. Ministerio de Inclusión Económica y Social, Servicios para un Desarrollo Alternativo del Sur (SENDAS). Vamos en serio. Cuaderno de Apoyo para hablar de sexualidad. Quito; 2014. 1-100 p.
15. Dirección General de Salud Pública. Pautas para la realización de Asesoría y Prueba voluntaria para VIH (APV) con enfoque diferencial y de vulnerabilidad [Internet]. Journal of Chemical Information and Modeling. Bogotá- Colombia; 2011. 1-154 p. Available from: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/observatorio/PAUTAS VIH.pdf
16. Ministerio de Salud. Acuerdo Ministerial 5316: Modelo de gestión de aplicación de consentimiento informado en práctica asistencial. Quito; 2015. 1-30 p.
17. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. El Cairo; 1994 [cited 2016 Sep 7]. Available from:

18. Ministerio de Salud. Manual de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva. [Internet]. Lima-Perú; 2006 [cited 2016 Sep 8]. 1-60 p. Available from: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Manual-Orientacion-Consejeria.pdf>
19. Cordero M, Vázquez A. Líderes en crecimiento, Cuaderno de apoyo conceptual para la formación en género, derechos y participación a nuevas lideresas y líderes. [Internet]. SENDAS, editor. Cuenca; 2015 [cited 2016 Sep 7]. 1-233 p. Available from: <http://sendas.org.ec/documentos/005.pdf>
20. Lamas M. Género, desarrollo y feminismo en América Latina. Pensam Iberoam [Internet]. 2002;133–52. Available from: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/18605/1/2_pensamientoiberoamerican_o-lamas.pdf
21. Fondo de Población de Naciones Unidas. Educación de la sexualidad y salud sexual y reproductiva [Internet]. Venezuela; 2010 [cited 2016 Sep 7]. Available from: http://venezuela.unfpa.org/documents/Educacion_SSR_Guia_Docentes.pdf
22. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador. 2013.
23. Orientación sexual :: Planned Parenthood [Internet]. Available from: <https://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/orientacion-sexual-y-genero/orientacion-sexual>
24. American Psychological Association. Orientación sexual y identidad de género [Internet]. Available from: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual.aspx>
25. Gómez M. Concepto de psicoterapia en psicología clínica. Rev Psicol [Internet]. 2010 [cited 2016 Sep 8];2(4). Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v2n2/v2n2a3.pdf>
26. Ministerio de Salud. Acuerdo Ministerial 5216-A, Reglamento para el Manejo de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud, Registro Oficial No.427 [Internet]. Quito; 2015 [cited 2016 Sep 8]. p. 1–9. Available from: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_00005216-A_2014 31 dic.pdf
27. Ana Cristina V. Secreto Profesional en el ámbito sanitario. Secreto Prof. 2016;1–11.
28. CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.
29. Ministerio de Inclusión Económica y Social, Servicios para un Desarrollo Alternativo del Sur. “Haz futuro ahora” Metodología participativa para la promoción y puesta en marcha de proyectos de vida personales. Cuenca; 2014.
30. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva [Internet]. Venezuela ; 2004 [cited 2016 Sep 8]. 1-236 p. Available from: http://venezuela.unfpa.org/documents/ssr_norma_Inicio.pdf
31. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva [Internet]. Buenos Aires, Argentina; 2000 [cited 2016 Sep 8]. 1-113 p. Available from: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Recomendaciones-atencion-integral-salud-adolescentes-salud-sexual-reproductiva.pdf>
32. Ministerio de Salud. Salud de adolescentes, Guía de supervisión. Salud Publica de Mexico. Quito; 2014.
33. Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos. Código Orgánico Integral Penal [Internet]. Quito; 2014 [cited 2016 Oct 6]. 1-330 p. Available from: http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/c%C3%B3digo_org%C3%A1nico_integral_penal_-_coip_ed._sdn-mjdhc.pdf



34. Aedo M S, Porcile J A, Irribarra A C. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON EL CLIMATERIO EN UNA POBLACIÓN CHILENA DE MUJERES SALUDABLES. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología; 2006 [cited 2016 Sep 21];71(6):402–9. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
35. Leiva Díaz V, Arguedas Medina C, Hidalgo Castillo M, Navarro Vargas Y. CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS ADULTAS SOBRE EL CLIMATERIO, ANDROPAUSIA Y LA SEXUALIDAD. Rev Ciencias Soc [Internet]. 2013 Nov 4 [cited 2016 Sep 21];0(140). Available from: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/12321>
36. Licea Puig ME, Castelo Elías-Calles L. Andropausia. Rev Cuba Endocrinol. 1999, Editorial Ciencias Médicas; 2006;17(1):0–0.
37. De la Cal J, Gómez M, Fumero M. SEXUALIDAD EN EL ANCIANO: UN ELEMENTO IMPORTANTE EN SU CALIDAD DE VIDA. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2001 [cited 2016 Sep 21];17(6):545–7. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_6_01/mgi06601.pdf
38. Ocampo J, Arcila A. SEXUALIDAD Y ENVEJECIMIENTO. RevColombGerontol Geriat. 2006;20(2):906–16.
39. Ministerio de Salud Pública. Abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en personas con discapacidad. In: Guías en salud sexual y reproductiva [Internet]. Montevideo ; 2012 [cited 2016 Sep 8]. p. 1–44. Available from: <http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/32256/1/guia-sobre-salud-sexual-y-reproductiva-en-personas-con-discapacidad.pdf>
40. Ministerio de Salud Pública República del Uruguay. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. In Montevideo; 2012. p. 1–44.
41. Fundación Ecuatoriana Equidad. Guía de orientaciones básicas para la atención clínica de hombres gays, bisexuales, personas trans y hombres que tienen sexo con hombres (GBTH) en los servicios de salud [Internet]. Quito; 2008 [cited 2016 Sep 8]. 1-80 p. Available from: http://www.abglt.org.br/docs/guia_definitiva.pdf
42. Ministerio de Salud Pública. Atención en salud a personas lesbianas , gays , Manual Primera edición [Internet]. 1st ed. Quito-Ecuador; 2016. 1-45 p. Available from: www.salud.gob.ec
43. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Protocolo de atención a adolescentes y jóvenes en sexualidad MIESpacio juvenil. Quito; 2013. 1-22 p.

8. Anexos

Anexo 1. Técnicas prácticas y ejemplos concretos para brindar asesoría en salud sexual y reproductiva

Estas técnicas consisten en ejercicios prácticos que se pueden realizar durante el proceso de asesoría. No todas las técnicas funcionan en todos los casos, por lo que es importante que el asesor desarrolle la habilidad de encontrar el momento preciso para aplicar una técnica dentro del modelo de asesoría y sea capaz de reconocer si esta es adecuada.

Nombre de la técnica: Parafrasear
Momentos recomendados
Paso 2: Indagación
<ul style="list-style-type: none"> - Explorar el motivo de consulta - Evaluar lo que se conoce o desconoce
¿Qué es?
Esta técnica consiste en expresar, con sus propias palabras, lo que el usuario le está comunicando. El parafraseo es útil para evidenciar que se está siguiendo el hilo de la conversación, además funciona para comprender lo que se está diciendo y para evitar hacer interpretaciones erróneas.
¿Cómo aplicarla?
Repetir con nuestras propias palabras lo que expresa el o la usuaria. Se recomienda mencionar una de estas frases antes del parafraseo: <i>«Lo que usted quiere decir es....»</i> <i>«Entiendo que lo que me cuenta es....»</i> <i>«Déjeme saber si le estoy entendiendo, usted quiere decir...»</i> <i>«Por lo que entendí, usted tiene esta necesidad...»</i> <i>«Corrijame si estoy mal, pero usted requiere esta información....»</i>
Nombre de la técnica: Lo que le sucede es normal
Momentos recomendados:
Paso 2: Indagación
<ul style="list-style-type: none"> - Explorar el motivo de consulta - Evaluar lo que se conoce o desconoce
Paso 3: información
<ul style="list-style-type: none"> - Verificar la compresión de la información brindada
Paso 4: Decisión
<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar las alternativas que posibilitan la toma de decisiones
¿Qué es?
Consiste en reconocer las emociones y sentimientos de la persona. Es otorgar el espacio para que exprese sus preocupaciones, de esta manera pueden legitimarse y normalizarse.
¿Cómo aplicarla?



Es importante que se escuche activamente. No se apresure a intervenir o interrumpa una narración. Si se genera un silencio o pausa en la intervención del usuario/a, se puede intervenir, por ejemplo:

Usuaria: Me siento asustada, es la primera vez que voy a hablar con mi pareja sobre el uso del condón... (silencio)

Asesor o asesora: Es normal que se sienta asustada al hablar de un tema nuevo con su pareja, pero es importante recordar que el uso del condón...

Usuario: Mis amigos me molestan porque todavía soy virgen, me siento raro.

Asesor o asesora: Entiendo que se sienta extraño porque sus amigos le molestan, pero es importante que sepa que muchos chicos de su edad deciden esperar para tener su primera relación sexual.

Nombre de la técnica: Confrontación

Momentos recomendados:

Paso 2: Indagación

- Explorar el motivo de consulta
- Evaluar lo que se conoce o desconoce

Paso 4: Decisión

- Mostrar las alternativas que posibilitan la toma de decisiones

¿Qué es?

La confrontación es una técnica que ayuda a asumir la responsabilidad de una situación específica.

¿Cómo aplicarla?

La confrontación se aplica tomando elementos que mencionados por el/la usuario/a, estos se usan para repreguntar. Es necesario que se tome en cuenta que para que esta técnica funcione de manera adecuada, el tono de voz juega un papel fundamental. Se recomienda utilizar un tono respetuoso, cordial y evitar rotundamente gritar o demostrar impaciencia. Por ejemplo:

Usuaria: Estoy segura que no estoy embarazada, aunque tenga un retraso. Yo me conozco.

Asesor o asesora: Si estás tan segura de que no estás embarazada ¿por qué no quieres realizarte una prueba de embarazo?

Usuaria: Estoy segura que no quiero quedar embarazada, pero no quiero usar un método anticonceptivo.

Asesor o asesora: Si está segura de no querer quedar embarazada en este momento, la forma más segura de prevenirlo es el uso de métodos anticonceptivos. ¿Cuáles son las razones por las que no desea usar anticonceptivos?

Nombre de la técnica: Sondear

Momentos recomendados:

Paso 2: Indagación

- Explorar el motivo de consulta
- Evaluar lo que se conoce o desconoce

¿Qué es?

Sondear es tratar de conocer las opiniones o posiciones de una persona a través de preguntas dirigidas.

¿Cómo aplicarla?

Se tienen que realizar preguntas dirigidas de carácter abierto. Las preguntas abiertas permiten un alto grado de expresión y de libertad. Por ejemplo:

¿Qué le preocupa?

¿Cómo cree que podría cambiar su situación?

Explíqueme desde el inicio la situación en la que se encuentra.

¿Qué cree que podría hacer?

¿Qué le interesa conocer?

¿Qué ha escuchado acerca de...?

¿Qué dudas le surgen al hablar de...?

¿Cuáles son las ventajas de...?

¿Cuáles son las desventajas de...?

Algunas expresiones útiles para el sondeo son:

- ✓ Hábeme más de...
- ✓ Siga, le estoy escuchando.
- ✓ ¡Ajá!...Claro....
- ✓ Cuénteme un poco más.

También se puede asentir con la cabeza.

Nombre de la técnica: Focalizar

Momentos recomendados:

Se puede aplicar durante todos los pasos de asesoría.

¿Qué es?

Focalizar es encaminar el diálogo para evitar que el tema se disperse o se diluya.

¿Cómo se aplica?

Es necesario poner atención a lo que se menciona durante la sesión, así podrá identificar cuál o cuáles son las demandas y necesidades que permitirán encaminar la conversación. Por ejemplo:

Asesor o asesora: Entiendo que tenga muchas dudas y preguntas, pero es importante que podamos centrarnos en el motivo que le trajo a la asesoría.

Asesor o asesora: Intentemos conversar de un solo tema a la vez, si me habla de muchas cosas a la par no lograré entenderle como quisiera.

Nombre de la técnica: Escucha activa

Momentos recomendados:

Se puede aplicar en todos los pasos de asesoría.

¿Qué es?

La escucha activa es una técnica de comunicación que permite ser empático con el punto de vista del interlocutor/a. Esto implica que el asesor sea capaz entender el lenguaje oral y corporal de su interlocutor al interpretar silencios, posturas, tono de voz y la fluidez con la que este se manifiesta.

Anexo. 2. Preguntas claves para la construcción de la Historia Sexual**Preguntar a hombres y mujeres**

- ¿Es usted sexualmente activo?
- ¿Tiene relaciones sexuales con hombres, mujeres o ambos?
- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos seis meses?
- ¿Qué tipos de actos sexuales practica usted: buco-genital, vaginal y anal?
- ¿Es usted consciente de los momentos en que es recomendable usar un condón?
- ¿Qué se debe hacer para protegerse de las ITS y el VIH?
- ¿Tiene alguna preocupación sobre los riesgos sexuales que ha tomado en su vida?
- ¿Tiene alguna pregunta acerca de las infecciones de transmisión sexual?
- ¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre el sexo?

Preguntas adicionales para mujeres

- ¿Alguna vez ha estado embarazada?
- ¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre su salud ginecológica?

Anexo 3. Autoevaluación del asesor o asesora

Criterios de evaluación	No se aplica	se	Hay que trabajar más	Logrado
¿Me esforcé por garantizar que el lugar de la asesoría sea privado?				
¿Evité las barreras físicas con el usuario?				
¿Me presenté y expliqué de qué se trata la asesoría?				
¿Mencioné que la asesoría es confidencial?				
¿Apagué o silencié mi teléfono celular y traté de evitar cualquier tipo de interrupciones?				
¿Usé lenguaje fácil de entender, sin términos muy técnicos?				
¿Realicé preguntas abiertas para conocer el real motivo de consulta?				
¿Brindé el espacio para que el/la usuario/a manifieste sus inquietudes sin interrumpir?				
¿Apliqué los enfoques de la asesoría en salud sexual y reproductiva?				
¿No juzgué ni comparé las experiencias del usuario/a con otras?				
¿Utilicé técnicas que ayudan a brindar asesoría?				
¿Permití que la persona tome decisiones autónomas y sin presiones?				
¿Brindé la asesoría sin direccionarla?				
¿Apoyé a que el/la usuario/a pueda expresar sus inquietudes?				
¿Respondí todas las preguntas realizadas por el usuario/a con veracidad, concreción y claridad?				
¿Cumplí a cabalidad con el esquema propuesto por la asesoría?				
¿Resumí la información más relevante de la asesoría en breves palabras?				
¿Me aseguré de que se entendiera lo que se estaba diciendo?				
¿Realicé un buen cierre de la asesoría?				

Anexo 4. Listado de Normas técnicas del Ministerio de Salud Pública a considerar en la Asesoría en salud sexual y reproductiva

- Norma y Protocolo de Planificación Familiar, (2010)
- Guía Nacional de Consejería en VIH, (2011)
- Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS, (2012)
- Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, Guía de Práctica Clínica, (2013)
- Norma técnica "Atención en violencia de género", (2014)
- Guía de Supervisión de Atención Integral a Adolescentes , (2014)
- Atención del aborto terapéutico, Guía de Práctica Clínica, (2015)

ES FIEL COPIA DEL DOCUMENTO QUE CONSTA EN EL ARCHIVO
DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL AL QUE
ME REMITO EN CASO NECESARIO LO CERTIFICO EN
QUINTO A, 21 FEB. 2017.....
SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



No

0007-2017

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3 numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en ella y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;
- Que, la citada Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, dispone que: *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”*;
- Que, la Norma Suprema, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, siendo responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;
- Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, prescribe que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;
- Que, mediante Decreto Ejecutivo No. 1293 del 06 de enero de 2017, el Presidente Constitucional de la República, nombró a la doctora Verónica Espinosa Serrano como Ministra de Salud Pública;
- Que, corresponde a la Dirección Nacional de Normatización, la misión de desarrollar y definir todas las normas, manuales, protocolos, guías y otras normativas relacionadas a la gestión de la salud, a fin de que el Ministerio de Salud Pública ejerza la rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud garantizando la calidad y excelencia en los servicios; y, asegurando la actualización, inclusión y socialización de la normativa entre los actores involucrados, según lo dispone el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos de dicha Cartera de Estado, expedido mediante Acuerdo Ministerial No. 00004520 de 13 de noviembre de 2013, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial 118 de 31 de marzo de 2014; y,
- Que, a fin de garantizar atención oportuna y de calidad a los usuarios de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, es necesario proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones clínicas basadas en la mejor evidencia científica disponible, sobre el tratamiento del dolor oncológico en adultos; y,

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTICULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

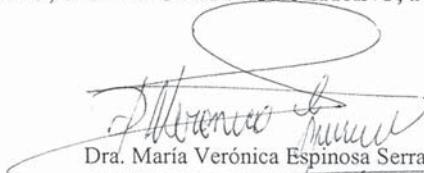
- Art.1.-** Aprobar y autorizar la publicación de la Guía de Práctica Clínica “Tratamiento del dolor oncológico en adultos”.
- Art.2.-** Disponer que la Guía de Práctica Clínica, “Tratamiento del dolor oncológico en adultos”, sea aplicada a nivel nacional, como una normativa de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud.
- Art.3.-** Publicar la citada Guía de Práctica Clínica “Tratamiento del dolor oncológico en adultos”, en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN FINAL.-

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, Dirección Nacional de Hospitales; y, a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.

DADO EN LA CIUDAD DE QUITO, DISTRITO METROPOLITANO, a

21 FEB. 2017


Dra. María Verónica Espinosa Serrano
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



0007-2017

Tratamiento del dolor oncológico en adultos

Guía de Práctica Clínica

2017

Algunos
Patria!



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Tratamiento del dolor oncológico en adultos. Guía de Práctica Clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización; 2017. Xxp: tabs: gra: 18x25cm

XXXXXXXXXXXX

- | | |
|---------------------|-----------------------------|
| 1. Dolor oncológico | 4. Dolor crónico |
| 2. Cáncer | 5. Salud Pública |
| 3. Manejo | 6. Guía de Práctica Clínica |

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia
Quito-Ecuador
Teléfono: 593-2381-4400
www.salud.gob.ec

Edición General: Dirección Nacional de Normatización – MSP

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) ha sido adaptada por profesionales de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y especialistas expertos en la materia, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública. En ella se reúnen evidencias y recomendaciones científicas para asistir a profesionales de la salud y pacientes en la toma de decisiones acerca del tratamiento de esta patología.

Estas evidencias y recomendaciones científicas son de carácter general y no definen un modo único de conducta procedural o terapéutica, sino una orientación basada en evidencia científica para la misma. La aplicación de las recomendaciones en la práctica médica deberá basarse además, en el buen juicio clínico de quien las emplea como referencia, en las necesidades específicas y en los recursos disponibles al momento de la atención, así como en las normas existentes.

Los autores han declarado no tener conflicto de interés y han procurado ofrecer información completa y actualizada, sin embargo en vista de la posibilidad de cambios en las ciencias médicas, se recomienda revisar el prospecto de cada medicamento que se planea administrar para cerciorarse de que no se hayan producido cambios en las dosis sugeridas o en las contraindicaciones para su administración. Esta recomendación cobra especial importancia en el caso de medicamentos nuevos o de uso infrecuente.

Publicado en XXXXX del 2017
ISBN XXXXXXXX

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento No Comercial Compartir Igual 3.0 Ecuador, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Como citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública. Tratamiento del dolor oncológico en adultos. Guía de Práctica Clínica (GPC) Primera edición Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2017. Disponible en: <http://salud.gob.ec>



Autoridades del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Dra. Verónica Espinosa, Ministra de Salud Pública
 Dr. Fernando Cornejo, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
 Dra. Jakeline Calle, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud
 Dr. Paul Proaño, Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud
 Dra. Martha Gordón, Directora Nacional de Normatización

Equipo de redacción y autores

Dra. Mercedes Díaz, médica internista, SOLCA, Quito
 Md. David Armas, analista, Dirección Nacional de Normatización–MSP
 Dra. María Cristina Cervantes, médica internista, SOLCA, Quito
 Dra. Greys Jimbo, médica internista, SOLCA, Quito
 Dra. Gabriela Moya, médica general, SOLCA, Quito
 Dr. José Yépez, médico epidemiólogo, SOLCA, Quito
 Dra. Mireya Vega, médica internista, SOLCA, Quito
 Dr. Augusto Rojas, médico internista, SOLCA, Quito
 Dra. Mariana Vallejo, medica internista anestesióloga y terapia de dolor, SOLCA, Guayaquil
 Dra. Nancy Lino, anestesióloga, SOLCA, Guayaquil
 Psc. Evelyn Silva, psicóloga clínica, SOLCA, Quito
 Lcda. Mónica Álvarez, enfermera, SOLCA, Quito

Equipo de revisión y validación

Dr. Carlos Álvarez., médico anestesiólogo, SOLCA, Cuenca
 Dra. Fabiola Argüello, analista, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, Quito.
 Dra. Nicola Baillache, médica especialista en cuidados paliativos, medicina familiar, Jersey, Reino Unido
 Dra. Jana Bobokova, médica oncóloga, Hospital Eugenio Espejo, Quito
 Dra. Mónica Borja, analista, Dirección Nacional Primer Nivel de Atención en Salud, Quito
 Dra. Malena Camacho, médica internista, Hospital Eugenio Espejo, Quito
 Dra. Sandra Cevallos, médica anestesióloga, Hospital Carlos Andrade Marín, Quito
 Dra. Paulina Irigoyen, médica oncóloga, Hospital Policía Nacional N°1, Quito
 Dra. Oderay Larrea, médica oncóloga, Hospital Carlos Andrade Marín, Quito
 Dra. María José Larrea, analista, Dirección Nacional de Normatización, Quito
 Dr. Ivan Montenegro, médico anestesiólogo,Hospital Vozandes, Quito
 Dr. Alexis Ortiz, médico internista, Hospital Policía Nacional N°1, Quito
 Dra. Biviana Paredes, médica oncóloga, Hospital Enrique Garcés, Quito
 Dr. Luis Pinela, médico anestesiólogo, Hospital Vozandes, Quito
 Dra. Ximena Pozo, médica familiar, Hospital Atención Integral Adulto Mayor, Quito
 Dra. Mariana Puga,analista, Dirección Nacional de Centros Especializados MSP, Quito
 Dr. Ramiro Rueda, médico anestesiólogo y terapia de dolor, Hospital Especialidades Fuerzas Armadas N° 1, Quito
 Dr. Juan Sasintuña, médico internista, Hospital Carlos Andrade Marín, Quito
 Dr. Ricardo Tixi, médico oncólogo, Hospital Policía Nacional N°1, Quito
 Dra. Ximena Raza, magister en salud pública, Coordinadora de la Dirección Nacional de Normatización-Ministerio de Salud Pública
 Qf Jacob Flores, analista, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos.
 Bqf. Silvia Alvarez, especialista, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos.
 Lic. Ximena Pinto, especialista, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos.



Contenido

1. Descripción de esta Guía de Práctica Clínica
2. Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10.....
3. Preguntas que responde esta Guía de Práctica Clínica
4. Introducción
5. Justificación
6. Objetivos.....
 - Objetivo general.....
 - Objetivos específicos
7. Alcance.....
8. Glosario de términos académicos-científicos
9. Aspectos metodológicos
10. Generalidades
- Valoración del dolor oncológico
11. Evidencia y grados de recomendación
12. Evidencias y recomendaciones
- Generalidades para el manejo del dolor oncológico.....
- Historia clínica del paciente con dolor oncológico.....
- Tratamiento NO farmacológico
- Radioterapia
- Intervenciones en dolor
- Procedimientos quirúrgicos
- Vertoplastia.....
- Estimulación eléctrica transcutánea.....
- Masaje y aromaterapia
- Acupuntura
- Reflexología
- Hipnoterapia
- Tratamiento farmacológico
- Uso de la Escalera Analgésica de la (OMS)
- Tratamiento con medicamentos NO opioides
- Bifosfonatos.....
- Manejo del dolor neuropático.....
- Ketamina
- Anestésicos y analgésicos tópicos.....
- Cannabinoides



Opioides
Pacientes con falla renal.....
Pacientes con insuficiencia hepática
Opioides débiles para el dolor leve (EVA 1-3) y moderado (EVA 4-6)
Opioides fuertes para dolor moderado (EVA 4-6) a severo (EVA > 7)
Dolor irruptivo
Vía de administración de opioides
Titulación de opioides.....
Rotación y rangos de conversión entre opioides.....
Antagonistas de los opioides
Control de náusea y vómito inducido por opioides.....
Control del estreñimiento inducido por opioides.....
Precauciones universales en la prescripción de opioides
Prevención de tolerancia y adicción.....
Criterios de referencia y contrarreferencia en dolor oncológico: (Ver anexo 23)
13. Abreviaturas
14. Referencias
15. Anexos.....

1. Descripción de esta Guía de Práctica Clínica

Título	Tratamiento del dolor oncológico en pacientes adultos
Organización desarrolladora	Ministerio de Salud Pública del Ecuador Dirección Nacional de Normatización Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA)
Código CIE-10	R52: Dolor no clasificado en otra parte R52.1: Dolor intratable R52.2: Otro dolor crónico R52.9: Dolor no especificado
Categoría de la Guía de Práctica Clínica	Primer, segundo y tercer nivel de atención: evaluación, tratamiento y acciones específicas.
Profesionales a quien va dirigida	Profesionales involucrados en la atención de adultos tales como: médicos generales, familiares, internistas, oncólogos, anestesiólogos, paliativistas, geriatras, psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, otros profesionales de la salud.
Otros usuarios potenciales	Quienes ejercen un nivel de responsabilidad en el planeamiento, gerencia y dirección de servicios de salud de todos los niveles de atención, auditores médicos y educadores sanitarios.
Población blanco	Pacientes adultos con cáncer, que presenten dolor.
Intervenciones y acciones consideradas	Tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor oncológico.
Metodología	<p>Esta guía fue elaborada mediante la metodología ADAPTE 2.0⁽¹⁾, a partir del siguiente documento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ontario CC. <i>Symptom Management Guides-to-Practice Pain. CCO's Symptom Management Guides-to-Practice. 2010.</i>⁽²⁾ - Ministry of Health Malaysia. <i>Clinical Practice Guidelines. Management of Cancer Pain. Putrajaya; 2010.</i>⁽³⁾ <p>Los contenidos fueron actualizados a partir de la evidencia publicada en el periodo 2010-2016, con énfasis en el uso de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados aleatorizados. El proceso de adaptación incluyó la revisión por pares de la guía para su adaptación al contexto nacional y reuniones de consenso y validación del manejo farmacológico y no farmacológico.</p>
Validación	<p>Validación del protocolo de búsqueda y Guía de Práctica Clínica con la herramienta ADAPTE.</p> <p>Método de validación: validación por pares clínicos.</p> <p>Validación: Dirección Nacional de Normatización – Sistema Nacional de Salud – Departamentos afines del Ministerio de Salud Pública.</p>
Fuente de financiamiento	Ministerio de Salud Pública del Ecuador Dirección Nacional de Normatización Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador – SOLCA - Quito
Conflicto de interés	Todos los miembros involucrados en el desarrollo de esta guía, han declarado no tener conflictos de interés en relación a todo el contenido de la guía.
Actualización	Se realizará a partir de la fecha de edición, cada 3 años, o según avances científicos en el tema.

2. Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10⁽⁴⁾

R52: Dolor, no clasificado en otra parte

Incluye:

Dolor no referible a algún órgano o parte del cuerpo

Excluye:

Cefalea (R51)

Cólico renal (N23)

Dolor (en):

- Abdomen (R10.-)
- Articular (M25.5)
- Columna vertebral (M54.-)
- Dental (K08.8)
- Espalda (M54.9)
- Garganta (R07.0)
- Hombro (M75.8)
- Lengua (K14.6)
- Mama (N64.4)
- Miembro (M79.6)
- Oído (H92.0)
- Ojo (H57.1)
- Pecho (R07.1-R07.4)
- Pérvico y perineal (R10.2)
- Psicógeno (F45.4)
- Región lumbar (M54.5)
- Síndrome de personalidad doliente crónica (F62.8)

R52.1: Dolor crónico intratable

R52.2: Otro dolor crónico

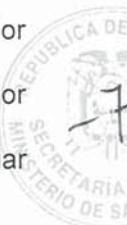
R52.9: Dolor, no especificado

Dolor generalizado SAI

Punto y guion (.-): indica que existe un cuarto carácter y debe ser buscado en la categoría apropiada. El cuarto carácter del código de una subcategoría está remplazando por un guion.

3. Preguntas que responde esta Guía de Práctica Clínica

1. ¿Cuáles son los instrumentos de identificación de dolor en pacientes oncológicos?
2. ¿Qué se debe abordar en la Historia clínica del paciente con dolor oncológico?
3. ¿Cuáles son las opciones terapéuticas del tratamiento no farmacológico del paciente con dolor que padece cáncer?
4. ¿En qué circunstancias o tipo de pacientes está indicada la radioterapia para el manejo del dolor en el paciente oncológico?
5. ¿Cuándo está indicado el procedimiento quirúrgico para manejo del dolor oncológico?
6. ¿Cuándo está indicado el manejo por el médico intervencionista en el dolor oncológico?
7. ¿Cuáles son las consideraciones generales a tomar en cuenta para iniciar tratamiento farmacológico en el paciente con dolor por cáncer?



8. ¿Qué instrumentos permiten medir la intensidad del dolor en el paciente con cáncer?
9. ¿Cómo se aplica la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el manejo del dolor oncológico?
10. ¿Cuáles son las opciones farmacológicas no opiáceas para el manejo del dolor en el paciente oncológico?
11. ¿Cuál debe ser el manejo del dolor neuropático en el paciente oncológico?
12. ¿Cuáles son las consideraciones y principios para el uso de opioides en pacientes con dolor oncológico?
13. ¿Cuáles son las consideraciones a tomar en cuenta en un paciente con falla renal, con dolor oncológico, al cual se le deba prescribir medicación opioide?
14. ¿Cómo debe hacerse la titulación de opioides en el paciente con dolor oncológico?
15. ¿Cómo se hace la titulación rápida de opioides en caso de dolor oncológico severo?
16. ¿Cómo debe hacerse la rotación entre opioides en el paciente con dolor oncológico?
17. ¿Cuál debe ser el manejo del dolor irruptivo y/o incidental en el paciente con dolor secundario a cáncer?
18. ¿Cuáles son los criterios de referencia y contrarreferencia para el manejo de dolor en el paciente que tiene cáncer?

4. Introducción

El dolor oncológico es una manifestación sensorial, subjetiva y desagradable que puede deberse a una lesión real o potencial, derivada del cáncer y/o de su tratamiento; incluye también la afectación de los aspectos espirituales, psicológicos y sociales de las personas. Su manejo óptimo es complejo, siendo necesario un enfoque multidimensional del mismo.(5,6)

El dolor es un problema frecuente en estos pacientes, con una prevalencia del 80-90% en los estadios avanzados.(7) Al momento del diagnóstico oncológico, los pacientes pueden presentar dolor de un 20% al 50%.⁽⁸⁾

El dolor en tumores sólidos presenta una frecuencia que puede llegar hasta el 70% (cáncer uterino, sarcomas); en leucemias y linfomas el porcentaje es 50%.⁽⁹⁾ Hasta un 75% de pacientes con cáncer avanzado reportan dolor al momento de la admisión hospitalaria y el 70-80% presenta dolor en las últimas cuatro semanas previas al fallecimiento.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Las localizaciones anatómicas más frecuentes de dolor, señaladas por pacientes con cáncer son: columna vertebral (36%), abdomen (27%), tórax (24%), miembros inferiores (22%), cabeza-cuello y región pélvica (17%), miembros superiores (11%) y región perianal (7%).⁽¹³⁾

En el Ecuador, el cáncer es de diagnóstico tardío, lo que dificulta el manejo del dolor oportunamente. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)⁽¹⁴⁾ en el año 2014 se reportó, dentro de las 25 principales causas de muerte en general a las siguientes neoplasias malignas; estómago, tejido linfático, hematopoyético y afines, próstata, útero, tráquea, bronquios y pulmón, colon, sigmoideo, recto y ano, hígado y de las vías biliares. En los puestos 10,14,17,20,21, 23 y 25 respectivamente.⁽¹⁴⁾

Según datos de los Registros de Tumores existentes en el país, las localizaciones más frecuentes en hombres son próstata, estómago, colon y entre las mujeres mama,

cuello uterino, estómago, colon, tiroides. Sus valores de incidencia presentan variaciones entre localidades, por ejemplo el cáncer de tiroides tiene valores altos en mujeres de la sierra ecuatoriana. Ver Tabla 1 (15)(16)

Tabla 1.

Incidencia de localizaciones seleccionadas de cáncer en localidades del Ecuador.
Tasas x 100 000 habitantes, estandarizadas por edad

Registro	Periodo	Hombres			Mujeres				
		Estómago	Próstata	Colon	Cuello uterino	Mama	Estómago	Colon	Tiroides
Quito	2006 – 2010	21.6	56.5	11.8	17.5	35.8	14.8	10.6	23.5
Guayaquil	2007 – 2010	14.7	28.8	6.6	22.0	34.0	8.8	6.8	7.3
Cantón Cuenca	2005 – 2009	20.7	40.2	4.3	16.9	26.8	15.4	4.4	12.5
Cantón Loja	2007 – 2010	33.0	36.5	8.9	28.7	30.4	21.0	10.3	27.2
Provincia Manabí	2007 – 2010	20.0	18.8	3.9	17.4	18.9	10.0	4.2	5.7
Provincia del Oro	2007 – 2010	24.0	20.1	5.4	25.1	24.3	16.6	6.7	5.7

Para el año 2020 en el Ecuador se estima la presencia de 31420 nuevos casos de cáncer.(17) La población anciana de Quito en el periodo comparativo entre 1985 y 2010 aumentó sustancialmente, lo que permite inferir que se verá incrementada la posibilidad de un mayor aparecimiento de enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento, como el cáncer y su relación con dolor oncológico.(15)

La OMS desde el 2008, reportó que aproximadamente el 80% de la población mundial no tiene acceso al tratamiento del dolor moderado y severo.(18)

5. Justificación

El dolor oncológico tiene múltiples etiologías, y puede ser de difícil manejo. La realización de esta guía permitirá que nuestra población pueda tener un mejor acceso a los servicios de salud, con el consiguiente mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y su entorno.

6. Objetivos

Objetivo general

Brindar a los profesionales de la salud recomendaciones clínicas basadas en la mejor evidencia científica disponible sobre el tratamiento del dolor en pacientes adultos con cáncer.

Objetivos específicos

1. Recomendar herramientas útiles para la evaluación del dolor en el paciente oncológico.
2. Establecer lineamientos terapéuticos generales para el manejo farmacológico y no farmacológico del dolor en cáncer.
3. Establecer los criterios de referencia y contrarreferencia en los pacientes oncológicos que presentan dolor.



7. Alcance

Esta Guía de Práctica Clínica está dirigida al grupo de profesionales involucrados en la atención directa de el/la paciente que requiere manejo de dolor oncológico, en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

8. Glosario de términos académicos-científicos

Acupuntura: disciplina ocupacional de la medicina tradicional china que se encarga de tratar las enfermedades por medio de la inserción de agujas en dermatomas específicos. (19)

Adicción: pérdida del control acompañada de un patrón obsesivo-compulsivo que llega a convertirse en una enfermedad primaria. Ocurren tanto cambios físicos como psicológicos que condicionan a la persona en anhelar la sustancia. (20)

Alodinia: dolor producido por un estímulo no nocivo en la piel. (19)

Aromaterapia: es un método alternativo mediante el uso de fragancias a través de aceites esenciales aromáticos (aceites extraídos de hojas, flores, troncos y raíces), con la finalidad de promover la salud y el bienestar del cuerpo, la mente y las emociones. El uso de estas esencias mediante diversos sistemas de aplicación puede restablecer el equilibrio y la armonía en la gestante, estado que beneficia al bebé.(21)

Cannabinoides: compuestos que tiene una estructura cannabinoidea. Originalmente son extraídos de la Cannabis sativa L. Los componentes farmacológicos más activos son el Tetrahidrocannabinol; cannabinol y cannabidiol. (22)

Consumo lúdico: es el consumo de opioides con fines lúdicos, económicos o el desvío de los opioides para otras personas que no los requieren (narcotráfico). (2)

Dependencia física: estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicando al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. (23)

Dolor: Según la International Association for the Study of Pain (IASP), es una sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial, según.(24)

Dolor crónico: contrario al dolor agudo, el dolor crónico persiste por más de 3meses. Puede o no estar asociado con trauma o enfermedad y persistir después de que la lesión inicial haya sanado. Su localización, características, y el momento de inicio del mismo no siempre se pueden determinar. (25)

Dolor de fin de dosis: es aquel dolor que aparece anticipándose al momento de administrar la dosis de opioide correspondiente y expresa una infra-dosificación. (26)

Dolor de miembro fantasma: percepción de sensaciones dolorosas o no dolorosas que ocurren después de la pérdida completa o parcial de un miembro. En la mayoría de casos los individuos que han perdido un segmento corporal experimentan la sensación que éste todavía está presente, gran parte de las veces se lo percibirá sin estímulos previos. (27)

Dolor incidental: es un dolor transitorio y predecible que aparece como respuesta a un estímulo voluntario o involuntario (movimiento, bipedestación, tos) o de tipo



emocional. Se trata por tanto de un dolor evitable cuando se suspende el estímulo. El ejemplo más representativo de este tipo de dolor es el dolor producido por las metástasis óseas.(26)

Dolor irruptivo: exacerbación del dolor de forma súbita y transitoria, de gran intensidad (EVA > 7) y de corta duración (usualmente inferior a 20-30 minutos), que aparece sobre la base de un dolor persistente estable, cuando este se encuentra reducido a un nivel tolerable (EVA < 5) mediante el uso fundamental de opioides mayores.(28)dolor agudo que se presenta súbitamente a pesar de la utilización de medicamentos para el control del dolor. (29)

Dolor neuropático: dolor que se origina como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somato sensorial (estimulación directa del tejido del sistema nervioso central o periférico), percibido en general como una quemazón u hormigueo en una zona afectada. (30)

Dolor nociceptivo: consecuencia de una lesión somática o visceral (31)

Dolor total: sufrimiento que comprende los problemas físicos, psicológicos, sociales, espirituales y conflictos en la vida diaria de una persona que presenta dolor. (32)

Estimulación eléctrica transcutánea: el uso de pequeños electrodos colocados en lugares específicos que sirven para proporcionar impulsos eléctricos a través de la piel con el fin de aliviar el dolor. Con menos frecuencia se usa para producir anestesia.(33)

Hiperalgesia/hiperestesia: sensación incrementada de dolor o malestar provocado por un estímulo nocivo mínimo, se presenta, debido a un daño de los nociceptores contenidos en el tejido blando o a una lesión en el nervio periférico. (34)

Hipnoterapia: uso de la hipnosis para el tratamiento de una enfermedad. (19)

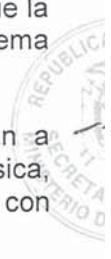
Opiáceos: grupo de sustancias psicoactivas (p. ej. heroína, codeína, metadona) derivadas de la planta del opio o adormidera, que contienen opio de manera natural o producen sus efectos tras su elaboración sintética; han sido ampliamente utilizados en clínica, sobre todo por sus efectos analgésicos. Sin embargo, estas sustancias tienen una gran capacidad adictiva y su administración incontrolada produce una serie de modificaciones en el organismo que pueden originar la aparición de un cuadro de dependencia".(20)

Opioides: compuestos con actividad sobre los receptores opiáceos, dentro de sus propiedades farmacológicas pueden inducir analgesia o efectos narcóticos. (35)

Pseudo-adicción: hace referencia a situaciones en las que el comportamiento del paciente se asemeja a la búsqueda compulsiva, pero en realidad necesita más medicación para llegar a la meta terapéutica. (2)

Reflexología: técnica terapéutica basada en la premisa de que existen áreas en las manos y en los pies que se corresponden con órganos y sistemas del cuerpo, y que la estimulación de dichas áreas mediante presión puede modificar al órgano o al sistema correspondiente. (19)

Terapia coadyuvante: consiste en la administración de fármacos que ayudan a controlar efectos adversos de un opioide o para incrementar la eficacia analgésica, especialmente en pacientes con dolor neuropático parcialmente controlado con opioides. (36)



Tolerancia: condición que requiere dosis cada vez mayores de la droga para poder obtener el mismo efecto que cuando se la usó por primera vez; a menudo lleva a la dependencia física. (20)

Vertebroplastia: procedimientos que se realizan con el fin de reparar o estabilizar fracturas en las vértebras, en especial las que se dan por compresión; para estas intervenciones se inyecta cemento óseo en la vértebra fracturada. (37)

9. Aspectos metodológicos

La presente guía está elaborada con las mejores prácticas clínicas y recomendaciones disponibles para el manejo del dolor oncológico en adultos.

El equipo de trabajo encargado de la adaptación de la guía junto con el equipo validador, comprende un grupo interdisciplinario de profesionales colaboradores de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública.

La metodología de esta guía se elaboró a través de la herramienta ADAPTE 2.0,(1) que permite promover el desarrollo y el uso de Guías de Práctica Clínica a través de la adaptación de las directrices existentes. Se adaptaron 14 herramientas que facilitaron el proceso de adaptación de la guía dentro de ellas, todos los miembros del equipo de trabajo declararon no tener conflictos de interés.

El tema de la guía a desarrollarse se seleccionó mediante la calificación de los criterios del BAREMO(38) de acuerdo a su prioridad; la presente guía tiene prioridad alta para el Sistema Nacional de Salud.

Se formularon preguntas en base al formato PICO(39) (paciente, intervención, comparación y resultado, por sus siglas en Inglés). Estas preguntas clínicas se ejecutaron para guiar la información científica del proceso de búsqueda y facilitar el desarrollo de las recomendaciones por el equipo de trabajo dirigidas al tratamiento del dolor oncológico en adultos. Las preguntas PICO fueron estructuradas y revaloradas por el equipo técnico de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador - SOLCA.

El equipo de trabajo estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica, a partir de las preguntas clínicas formuladas en las siguientes bases de datos: Fisterra, Guidelines International Networks, National Guideline Clearinghouse, National Institute for Health and Care Excellence, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network. También realizó un proceso específico de búsqueda en Medline-Pubmed, Trip database, Cochrane Library.

El equipo de trabajo seleccionó como material de partida Guías de Práctica Clínica con los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Idioma inglés, español.
- 2) Metodología de medicina basada en evidencias (meta-análisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados).
- 3) Consistencia y claridad en las recomendaciones.
- 4) Manejo de dolor oncológico en población adulta.
- 5) Publicación y actualización reciente (2010-2016).

Se encontraron 86 documentos obtenidos a través de búsquedas en bases de datos y 120 documentos identificados a través de otros recursos como sitios y documentos de soporte para el proceso de adaptación (Google), en total 206 registros, de los cuales

se excluyeron 186 publicaciones por no ser Guías de Práctica Clínica; 10 se encontraron duplicados, 3 por la calidad metodológica. El total de 2 guías de dolor oncológico calificadas con el instrumento AGREE II son la base para la construcción de la presente guía. (Ver Anexo 1)

10. Generalidades

El dolor en cáncer aumenta con la progresión de la enfermedad, aproximadamente el 33% de los pacientes pueden tener dolor al momento del diagnóstico.(2) Con frecuencia se encuentra que el dolor se subestima, lo que conduce al deterioro de la calidad de vida. (40)

Este síntoma tiene varias dimensiones: psicológica, física, social, y espiritual, las cuales deben ser abordadas para un tratamiento integral de forma interdisciplinaria.(41)

Los profesionales involucrados pueden incluir: médicos generales, oncólogos, anestesiólogos, emergenciólogos, geriatras, cirujanos, médicos familiares, fisioterapeutas, radiólogos intervencionistas, terapistas ocupacionales, enfermeros, farmacólogos, psicólogos clínicos, paliativistas, algólogos, y consejeros espirituales, trabajadores sociales. (3,42)

Valoración del dolor oncológico

El enfoque de dolor debe ser multidimensional, realizando una evaluación completa en la que se incluya: (2,5,43)

- **Aspectos físicos:** manifestaciones del dolor.
- **Aspectos funcionales:** interferencia con actividades de la vida diaria.
- **Aspectos espirituales.**
- **Factores psicosociales:** nivel de ansiedad, humor, influencias culturales, miedos, efectos en relaciones interpersonales, factores que afectan el umbral del dolor.

Dentro de la valoración de dolor se debe tomar en cuenta varios aspectos que pueden influenciar en la tolerancia al dolor. A continuación se describe algunos de estos aspectos (**tabla 2**).

Tabla 2.
Factores que afectan la tolerancia del dolor

Aspectos que disminuyen la tolerancia al dolor	Aspectos que incrementan la tolerancia al dolor
Malestar general	Alivio de los síntomas
Insomnio	Sueño
Fatiga	Descanso o fisioterapia
Ansiedad	Terapias de relajación
Miedo	Explicación de la causa del dolor y apoyo
Ira	Compresión y empatía
Aburrimiento	Cambio en las actividades diarias
Tristeza	Acompañamiento
Depresión	Mejor ánimo
Introversión	Compresión del significado y la magnitud del dolor
Abandono social	Inclusión social
Aislamiento emocional	Alentar a la expresión de emociones

Fuente: Symptom control in far advanced cancer: pain relief London: Pitman; 1983, Adaptado y citado en: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Control of pain in adults with cancer. (5)

¿Por qué debemos evaluar el dolor?

Cuando el dolor no es controlado en su totalidad, repercute sobre el paciente limitando su capacidad para el auto cuidado, adicionalmente afecta su respuesta a la enfermedad, lo que en definitiva reduce su calidad de vida. (2,44)

Es prioritario que se realice una evaluación correcta para la determinación de la etiología, tipo, severidad del dolor, así como los efectos en la persona son esenciales para planificar intervenciones o tratamientos apropiados. (2,10)

El dolor en un paciente que sufre cáncer puede ser secundario a otras entidades asociadas (artrosis, diabetes, herpes zoster, etc.) (2)

En el caso de que se presente dolor irruptivo podría considerarse una señal de recrudecimiento de la enfermedad y se deberá tomar en cuenta la reevaluación del tratamiento previo.

¿Quién debería evaluar el dolor?

Los profesionales de la salud tienden a subestimar el dolor, mientras sus familiares pueden sobreestimarlo. Por lo tanto, debe ser el paciente el primer evaluador de este síntoma, si es competente y capaz de comunicarse. (2,45–48)

La valoración determinará la causa, eficacia del tratamiento y el impacto en la calidad de vida del paciente y su familia. (2)

Tabla 3. Valoración del dolor con la utilización del acrónimo O-P-Q-R-S-T-U-V (por sus siglas en inglés).

Aparición (Onset)	¿Cuándo comenzó? ¿Cuánto tiempo dura? ¿Con qué frecuencia se presenta?
Factores que provocan o alivian (Provoking or Palliating)	¿Qué lo provoca? ¿Qué hace que mejore? ¿Qué hace que empeore?
Tipo (Quality)	¿Cómo es el dolor? ¿Puede describirlo? ¿El dolor es constante? ¿Aparece y desaparece? ¿Empeora en un momento determinado?
Región/Irradiación (Region/ Radiation)	¿Dónde localiza el dolor? ¿Se extiende hacia alguna región?
Intensidad (Severity)	¿Cuál es la intensidad del dolor? (En una escala de 0 a 10, donde 0 es nada y 10 es el peor dolor posible.) ¿Cómo interfiere el dolor en su trabajo, sus actividades de la vida diaria y con sus hábitos de sueño?
Tratamiento (Treatment)	¿Qué medicamentos y tratamiento está utilizando actualmente? ¿Cómo son de efectivos? ¿Tiene algún efecto secundario a raíz de la medicación y tratamiento?
Compresión/Impacto en usted (Understanding/Impact on You)	¿Cuál cree que es la causa del dolor? ¿Cómo este dolor le afecta a usted y a su familia?
Valores (Values)	¿Cuál es su objetivo en relación con este dolor? ¿Cuál es su meta de comodidad o el nivel aceptable de dolor? (En una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia y 10 indicando el peor

	dolor posible.) ¿Hay otros puntos de vista o sentimientos acerca de este dolor que sean importantes para usted o su familia? ¿Hay algo más que le gustaría decir acerca de su dolor que no se haya analizado o no se le haya preguntado?
	En la evaluación física, enfocarse en áreas de dolor para determinar la causa y tipo de dolor; historia clínica pertinente (factores de riesgo); evaluar riesgo para adicción (ver anexo 3); síntomas asociados (nausea, vómito, constipación, somnolencia, parestesias, retención urinaria, etc).

Fuente:Asociación profesional de enfermeras de Ontario. Guía de buenas prácticas clínicas. Valoración y manejo del dolor. Tercera Ed. Toronto: Ministerio de Salud y Cuidados a largo plazo Ontario; 2013. (49)Adaptado y modificado: Equipo de trabajo de la guía

11. Evidencia y grados de recomendación

En este documento, el lector encontrará, al margen derecho de las páginas, la calidad de la evidencia y/o el grado de fuerza de las diferentes recomendaciones presentadas. Las recomendaciones se encuentran sustentadas por evidencia calificada, para la evidencia y recomendación se colocó la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación. (**Ver Anexo 2**).

El símbolo “✓” representa un punto de buena práctica clínica sobre el cual el equipo de trabajo de la guía acuerda. Por lo general, son aspectos prácticos sobre los que se quiere hacer énfasis y para los cuales probablemente no existe suficiente evidencia científica que los sostenga. Estos aspectos de buena práctica clínica no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Símbolos empleados en esta Guía Práctica Clínica

Evidencia	E
Recomendación	R
Punto de buena práctica	✓

12. Evidencias y recomendaciones

Generalidades para el manejo del dolor oncológico

Evidencia / Recomendación	Nivel/ Grado
Para un correcto manejo del dolor su abordaje debe ser integral. (2,3,50)	R: A
Las herramientas de la historia clínica que se deben usar son: anamnesis del dolor, el examen físico general y con enfoque a la zona dolorosa, las escalas funcionales que incluyen la edad y a las habilidades cognitivas del paciente, con atención adicional en las necesidades particulares de lenguaje, como ESAS (<i>Edmonton Symptom Assessment Scale</i>) y el PPS (<i>Palliative Performance Scale</i>). (2,3) (Ver anexos 4 y 5)	R: A
La historia clínica completa debe incluir historia previa de cáncer, medicamentos, comorbilidades y aspectos psicosociales. (2,3,45,51)	R: A
El índice Lattinen se recomienda para valorar el dolor de tipo crónico.(52)(Ver anexo 6)	R: A
Los instrumentos validados en español para la evaluación del dolor oncológico son: BPI (<i>Brief Pain Inventory</i> por sus siglas en inglés) y EVA (<i>Escala visual análoga</i>). (53,54) (Ver anexos 7 y 8)	R: A



Se recomienda que para el control exitoso del dolor, se debe realizar evaluación regular y frecuente con el fin de determinar la efectividad del tratamiento. (2)	R: D
En base a las cualidades y criterios psicométricos respecto a la utilidad clínica y sensibilidad de las escalas para valorar dolor en el paciente con deterioro cognitivo, se concluye que la escala disponible actualmente, DOLOPLUS-2 es la más adecuada. Sin embargo se necesitan más estudios para evaluar su validez, fiabilidad y utilidad clínica. (55)	E: IIa
Se recomienda el uso de la escala DOLOPLUS-2 para los pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo que presentan dolor crónico.(55) (Ver anexos 9 y 10)	R: B

Historia clínica del paciente con dolor oncológico.

La historia clínica deberá contener los siguientes aspectos:(3,5,56,57)(Ver anexo 11) <ul style="list-style-type: none"> • Historia previa del cáncer: localización primaria/metastásica, tratamientos. • La medicación administrada: grado de efectividad analgésica, efectos secundarios presentados, tratamiento adicional, adherencia al tratamiento. • Comorbilidades: enfermedad renal, hepática, cardiaca, respiratoria, déficit cognitivo; otras condiciones que ocasionen dolor agudo o crónico, historia previa de abuso de alcohol o drogas. • Psicosociales: depresión, ansiedad, estrés, efectos en las actividades de la vida diaria, alteraciones del apetito, y/o del sueño, percepción del dolor bajo tratamiento, impacto socioeconómico. 	R: C
Se recomienda realizar el familiograma con el objeto de evaluar la afectación de la esfera familiar en el paciente que presenta dolor oncológico.	✓
Se recomienda seguir el Acrónimo OPQRSTUV con el fin de determinar las características principales del dolor a tratarse.(2,58)(Ver tabla 2)	R: D
El examen físico confirma el diagnóstico luego de una anamnesis enfocada al dolor. Si se sospecha dolor neuropático debe realizarse examen neurológico detallado.(2,3,59)	R: D
Para la clasificación del dolor se pueden usar sus características fisiopatológicas, de acuerdo a esto el dolor puede ser: nociceptivo, neuropático o de presentación simultánea, dolor antes conocido como dolor mixto.(60)(Ver anexo 12)	R: A
La realización de la historia clínica debe orientarse a los síndromes dolorosos más frecuentes en cáncer (historia clínica dirigida al problema). (2) (Ver anexo 13)	R: D
Se recomienda evaluar el deterioro funcional secundario al dolor puesto que este deterioro puede determinar la sobrevida del paciente oncológico. Para la determinación del deterioro funcional se sugiere el uso de la escala de Barthel modificado.(2,61) (Ver anexo 14)	R: C
En la historia clínica se debe incluir la valoración psicosocial, incorporando los objetivos de cuidado tanto familiares como del paciente.(2,62)	R: D
Se sugiere aplicar un diario de dolor para el seguimiento de la efectividad del tratamiento y cambios en dolor inicial.(63,64)(Ver anexo 15)	R: C
Los exámenes complementarios como Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Tomografía axial computarizada (TAC), exámenes de laboratorio deberán ser solicitados únicamente si el dolor no está controlado y en caso de que los mismos tengan influencia sobre el plan terapéutico que se va a	R: D

administrar.(2)	
-----------------	--

Tratamiento NO farmacológico

Radioterapia

La radioterapia es muy efectiva para el alivio del dolor óseo metastásico. (3,5,65)	R: A
El alivio del dolor por acción de la radioterapia se debe a disminución del tamaño tumoral por destrucción, o inhibición del crecimiento.(3,5,66-69)	R: A
Las dosis recomendadas de radiación en la paliación del dolor metastásico son: (3,70) <ul style="list-style-type: none"> • 6-8 Gy al día una sola sesión • 20 Gy en una semana fraccionada en 5 sesiones • 30 Gy en 2 semanas fraccionada en 10 sesiones 	R: A
La radioterapia en dosis única o fraccionada, demuestra ser igual de efectiva en el tratamiento del dolor oncológico. (5,65,71,72)	R: A
La radioterapia es efectiva en reducir el dolor en tumores malignos avanzados como: (3) <ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico asociado a cáncer de pulmón. (73-75) • Dolor abdominal asociado a patología maligna de órganos ginecológicos, gastrointestinales y urológicos. (76-78) • Dolor en cáncer localmente avanzado por tumores de cabeza y cuello.(44,79) 	R: B
La irradiación aplicada en un hemicuerpo en el paciente con dolor secundario a metástasis ósea ha demostrado ser útil para el alivio del dolor, pero de igual manera puede producir toxicidad hematológica importante en los pacientes sometidos a esta práctica.(3,80)	E: IIb
El tratamiento con radioisótopos para el alivio del dolor óseo metastásico con Samario 153 más ácido etilendiamino tetra (metilenfosfónico) (EDTMP) tiene evidencia débil y baja efectividad. Se ha observado toxicidad hematológica. Se requiere abordaje multidisciplinario con oncólogos y radio-oncólogos para definir su utilidad.(3)	R: D

Intervenciones en dolor

Hasta el 20% de pacientes pueden tener dolor oncológico persistente a pesar de manejo multidisciplinario. En este grupo se deben realizar intervenciones para control del dolor como bloqueos nerviosos periféricos o centrales.(5,7,81,82)	E: III
Existe poca evidencia acerca de intervenciones para el control del dolor producido por cáncer. Estas técnicas pueden incluir: (2,5) <ul style="list-style-type: none"> • Bloqueos de nervios periféricos. • Bloqueo de plexo celiaco, esplácnico, hipogástrico e impar. • Anestésicos locales utilizado ya sea a través de la vía epidural o por bloqueo de plexos como parte del control del dolor para la cirugía de cáncer de mama, próstata por ejemplo. • Opioides neuroaxiales y anestésicos locales (vía epidural, subaracnoidea e intraventricular). 	E: IIb
Intervenciones como el bloqueo del plexo celíaco y el uso de opioides neuroaxiales deben considerarse para mejorar el control del dolor y la calidad de vida. (2,5,83)	R: B
Considere las indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos de la intervención anestésica como terapia del dolor en pacientes con cáncer. (Ver anexo 16)	✓
Se sugiere que el paciente que requiera intervencionismo sea referido al	✓



especialista con el fin de que el mismo opte por la técnica apropiada para cada paciente.	
---	--

Procedimientos quirúrgicos

Se recomiendan los procedimientos quirúrgicos sólo en situaciones especiales como extracción de tumores de mama infectados, sarcomas grandes que causen dolor, etc. (3,84)	R: C
La estabilización quirúrgica de los huesos largos, el reemplazo articular y la estabilización vertebral reducirá o eliminará el dolor asociado a metástasis óseas.(2)	R: D
Cuando se decida la intervención quirúrgica, el paciente requiere una clara comprensión de las metas y el pronóstico de la intervención. (3,85)	R: D
La intervención quirúrgica requiere tomar en cuenta los riesgos para el paciente y los deseos del mismo. (3,86)	R: C
No toda intervención quirúrgica alivia completamente el dolor, algunas sólo tienen función paliativa, como la realización de ostomías. (3,86)	E: III

Vertebroplastia

Los pacientes con cáncer pueden desarrollar actividad osteolítica que afecte las vértebras, lo que causa cambios en su altura y densidad.(2,5,87,88)	E: III
Los cambios osteolíticos a nivel de la columna vertebral del paciente disminuirán su movilidad y sus actividades.(2,3,5,89)	E: III
La mayoría de los pacientes que cumplen con estas características tendrán menos probabilidades de responder tanto a medicamentos como a radioterapia. Por este motivo en estos casos se recomienda la realización de vertebroplastia percutánea donde el procedimiento esté disponible.(2,3,90)	E: IIb
No se recomienda tomar como primera línea de acción una intervención quirúrgica ya que debe estar enmarcada en una adecuada comprensión de los objetivos del cuidado, los riesgos derivados del tratamiento y de las preferencias del paciente.(3,91)	R: B
Se recomienda como opciones terapéuticas la vertebroplastia percutánea con balón y en caso de que no exista esta posibilidad realizar una vertebroplastia percutánea con inyección de cemento.(3,92)	R: B
En casos en los cuales existe una movilidad reducida por huesos debilitados en la zona pélvica se recomienda considerar como opción terapéutica la cementoplastia percutánea.(2,93)	R: C
Se recomienda este procedimiento ya que el mismo en general disminuye el tiempo de estancia hospitalaria, alivia significativamente el dolor, mejora la calidad de vida del paciente y su funcionalidad. (2,94–96)	R: C

Estimulación eléctrica transcutánea

La estimulación eléctrica transcutánea se puede considerar un complemento beneficioso para el tratamiento del dolor oncológico.(5,97,98)	E: IIb
--	--------

Masaje y aromaterapia

Los masajes y la aromaterapia no son efectivos como tratamientos a largo plazo; se ha evidenciado disminución de estados ansiosos del 19 al 32% con estos métodos, pero su uso sigue siendo controversial.(3,5,99,100)	R: A
--	------

La técnica de masaje terapéutico reduce el dolor y la ansiedad por períodos cortos de tiempo no mayores a 4 semanas de tratamiento.(101)

E: Ia

Acupuntura

La acupuntura auricular es efectiva para dolor oncológico de tipo neuropático central y periférico a 60 días de tratamiento en un 36%, con respecto a acupuntura placebo que reportó 2%.(5,102)

E: Ib

Reflexología

Se ha demostrado que es útil en el manejo de dolor oncológico hasta en 34% con respecto a placebo, aunque se necesita más estudios para evaluar como terapia sostenida.(5,103)

R: A

Hipnoterapia

La hipnoterapia ha mostrado reducir el dolor y los síntomas asociados a mucositis en pacientes con cáncer.(5,104)

E: III

Tratamiento farmacológico

El principio básico para el tratamiento farmacológico del dolor es: por boca, por horario y por escalera analgésica.(3,105)

E: IV

Se recomienda para el manejo farmacológico del dolor usar la escalera analgésica de la OMS.(2,3,5,106) (Ver anexo 17)

R: A

Se aplica la escalera analgésica de acuerdo a la severidad del dolor:(5,107)

- EVA: 1 – 3 primer escalón de la escalera analgésica
- EVA: 4 – 6 segundo escalón de la escalera analgésica
- EVA: 7 – 10 tercer escalón de la escalera analgésica.

E: III

Se recomienda adaptar la dosificación, el tipo y la ruta de los fármacos administrados de acuerdo a las necesidades de cada paciente.(108)

R: D

Es necesario explicar a los pacientes con dolor crónico oncológico que su tratamiento continuo optimiza resultados.(2,108)

R: D

Se recomienda que la medicación se la administre con un horario establecido y dosis adicionales en caso de dolor irruptivo.(109)

R: D

A pesar de no contar con estudios clínicos aleatorios, la escalera analgésica de la OMS sigue siendo la manera más eficaz para el control de dolor oncológico, conjuntamente con el uso de adyuvantes.(2,5,24) (Ver anexo 18)

R: D

Se recomienda un cuarto escalón analgésico de intervencionismo para manejo del dolor de difícil control, cuando los otros escalones no han sido efectivos.(24,110,111)

R: D

Los sobrevivientes de cáncer pueden presentar dolor como secuela de los tratamientos oncológicos utilizados.(112)

E: IV

Los lineamientos para su control son los mismos que se aplican a los pacientes con actividad tumoral.(113)

R: D

En sobrevivientes del cáncer, el manejo de dolor crónico es difícil debido a barreras como la falta de formación en prestadores de salud, miedo a adicción y efectos secundarios o problemas económicos.(112)

E: IV

Todos los pacientes oncológicos con dolor moderado a severo, independiente de su etiología, deben recibir tratamiento opioide.⁽²⁾

R: D

El dolor oncológico continuo requiere tratamiento en forma regular, no a libre demanda.(111)

R: D

El dolor irruptivo o en crisis, necesita prescripción analgésica adicional para

R: D



su control.(59)	
El éxito en el control del dolor es la educación al paciente y cuidadores sobre esta regularidad en la toma de los fármacos.(112)	R: D

Uso de la Escalera Analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

El tratamiento debe comenzar en el escalón analgésico apropiado para la intensidad del dolor. ^(2,5)	R: D
Se recomienda modificar el tratamiento del dolor según la evolución de la intensidad del mismo. ⁽²⁾	R: D
En caso de dolor no controlado con dosis terapéuticas máximas de un escalón, debe utilizarse el siguiente escalón de la escalera analgésica. NO se recomienda usar otro analgésico equi-potente del escalón inicial. ⁽²⁾	R: D

Tratamiento con medicamentos NO opioides

El paracetamol, los antiinflamatorios no esteroidales (AINEs) y los COX-2 selectivos son útiles en el tratamiento de dolor leve producido por cáncer, pueden ser asociados con otros fármacos.(3,114–116)	E: Ia
Previo al inicio de cualquier tratamiento con un AINEs o con medicamentos COX 2 selectivos es imprescindible valorar el riesgo beneficio en cada uno de los pacientes e individualizar el tratamiento de acuerdo a las características particulares del mismo(117,118)	E: IIb
El paracetamol potencia la acción de los opioides en el dolor oncológico. Éste se puede asociar con medicamentos del segundo y tercer escalón analgésico.(2,3,119)	R: A
Los AINEs son efectivos para el control del dolor oncológico leve a moderado por cortos períodos de tiempo ya dosis mínimas efectivas; debido a efectos secundarios gastrointestinales, renales y cardiovasculares. En caso de no ser efectivos luego de 1 semana, deben ser suspendidos. ^(2,3)	E: III
En pacientes en tratamiento a largo plazo con AINEs, se recomienda uso profiláctico de inhibidor de bomba de protones, dosis doble de inhibidores H2 o misoprostol (2,5,120)	R: A
El paracetamol intravenoso preoperatorio es un excelente analgésico que reduce el dolor postoperatorio, el consumo de opiáceos, y acelera el alta hospitalaria en la cirugía paliativa de cáncer en tumores de cabeza y cuello.(121)	E: Ib
NO se recomienda el uso concomitante de dos AINEs puesto que esto incrementa el riesgo de efectos adversos entre ellos el daño hepático, insuficiencia renal aguda y sangrado gastrointestinal(122)	R:D
Los siguientes factores deben ser considerados para el tratamiento de dolor oncológico con AINEs por sus efectos secundarios:(5,123) <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes mayores a 65 años • Pacientes con enfermedad previa de ulceras pépticas (sangrado o perforación) • Personas que padecen de insuficiencia renal, hepática o cardiaca • Pacientes con riesgo cardiovascular • Otras comorbilidades • Tabaquismo • AINEs como *ketoprofeno, ketorolaco, *nimesulide, y *piroxicam están asociados a mayor riesgo de toxicidad gastrointestinal • Dosis máximas de AINEs o su combinación con otras drogas como corticoides, cumarínicos, inhibidores de la recaptación de la serotonina. 	R: D

*Medicamento no consta en el CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud.

Bifosfonatos

Los bifosfonatos no pueden considerarse como primera línea de tratamiento en el dolor óseo metastásico por cáncer de mama, próstata, pulmón o en mieloma múltiple.(2,3,5,124,125), sin embargo se utilizan en tratamiento de metástasis óseas para prevenir el riesgo de complicaciones como fracturas.	E:Ia
Se recomienda el uso de bifosfonatos para el tratamiento de dolor óseo metastásico cuando la radioterapia y/o la terapia analgésica sean inadecuadas o inefectivas.(3,5,126)	R: A
El efecto adverso principal de los bifosfonatos es la toxicidad renal.(126)	E: Ia
La presencia de osteonecrosis asociada a bifosfonatos intravenosos en pacientes oncológicos es del 6 - 10% de los casos.(2,5,127)	E: Ia

Manejo del dolor neuropático

El dolor por cáncer con componente neuropático es frecuente, se lo puede observar hasta en un 40% en los diferentes síndromes de dolor oncológico.(128)	E: IV
Existen múltiples medicamentos de eficacia modesta para el abordaje de dolor neuropático los mismos se usan como adyuvantes y son:(36,129) <ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos tricíclicos: (amitriptilina), antidepresivos tipo SSRIs(Fluoxetina) SNRIs • Anticonvulsivantes (gabapentina, *pregabalina) • Corticoides • Agentes anestésicos transdérmicos (*lidocaína en parches). 	E: III
Se recomienda el uso de antidepresivos tricíclicos para el tratamiento de dolor neuropático por cáncer.(2,130,131)	R: A
Se recomienda el uso de gabapentina en el dolor por mucositis originada por radioterapia y quimioterapia concomitante. (36)(132)	R: C
Se ha propuesto el uso de anestésicos tópicos locales (*lidocaína parche 5%) para prevenir el dolor causado por procedimientos y aliviar el dolor neuropático localizado.(36,133,134)	R: C
El uso de corticoides para el tratamiento del dolor óseo asociado al cáncer y alivio de la obstrucción intestinal cuenta con poca evidencia; en estos casos se debería valorar el riesgo beneficio previo a la administración de corticoterapia.(135)	E: III
De los anticonvulsivantes, tanto la gabapentina como la carbamazepina ofrecen un adecuado alivio del dolor neuropático (66% de los pacientes). ⁽²⁾	E: III
Se recomienda la combinación de un opioide + gabapentina para el control del dolor neuropático en pacientes oncológicos pero se han evidenciado efectos adversos con la administración de esta combinación entre ellos se destaca boca seca, constipación y sedación.(2,136)	E: Ib
No existe evidencia de alto nivel sobre utilidad de *pregabalina en dolor oncológico. En medicina basada en evidencia se aprecia beneficios de pregabalina para neuropatía diabética y neuralgia postherpética.(137)(138)	E:Ia

* Medicamento no consta en el CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud.

*Ketamina

El uso de *ketamina levogira como analgésico para el dolor oncológico	E: III
---	--------



refractario debe ser supervisado por un especialista en el alivio del dolor o en medicina paliativa. (2,5,139)	
La evidencia actual es insuficiente para evaluar los beneficios y riesgos de la *ketamina como terapia adyuvante a opioides para el control del dolor oncológico.(140)	E: III

* Medicamento no consta en el CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud.

Anestésicos y analgésicos tópicos

No existe suficiente evidencia que soporte el uso de los analgésicos tópicos de manera habitual.(2,141)	E: Ib
En caso de mucositis, se recomienda el uso de analgésicos o anestésicos tópicos.(142)	R: A
Se ha propuesto el uso de fórmulas tópicas de *capsaicina al 8% (componente activo del ají) para tratar el dolor en la neuralgia postherpética, neuropatía diabética y desórdenes musculoesqueléticos pero siempre tomando en cuenta los efectos adversos a nivel local (quemazón, eritema, prurito).(2,5,143)	E:Ia
Cuando se vaya a utilizar el parche de *capsaicina de baja concentración en el tratamiento del dolor se debe tomar en cuenta que existe una alta tasa de abandono, la misma que se debe a la poca eficacia del medicamento y a la presencia de efectos adversos(144)	R:C
No existe evidencia de buena calidad que soporte el uso de lidocaína tópica para el tratamiento del dolor Neuropático localizado. En estudios clínicos de calidad moderada o baja se ha visto que la *lidocaína en parche (transdérmica) es efectiva para el alivio del dolor, adicionalmente su uso está basado en el experiencia clínica del profesional de la salud.(145)	E: Ia
El uso de lidocaína tópica para el tratamiento del dolor neuropático queda a criterio del médico	✓

*Medicamento no consta en el CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud.

Cannabinoides

Los cannabinoides tienen estudios insuficientes para su utilidad como terapia de primera o segunda línea de acción; en dolor neuropático refractario se podría considerar su uso como medicamento adyuvante.(2,146)	E: III
Al momento no existe evidencia fuerte a favor para recomendar el uso de cannabinoides en el tratamiento del dolor subsecuente a cáncer pero se ha podido observar en varios ensayos clínicos que los mismos son útiles en el paciente que no llega a controlar el dolor con dosis altas de opioides. (147)	E:Ib

Opioides

Los opioides son efectivos para el dolor oncológico moderado-severo, por lo que son considerados como tratamiento de primera línea; además tienen la ventaja que presentan efectos adversos predecibles y existen una gran variedad de vías de administración. (2,148,149)

Tabla 4.

Principios generales del uso de opioides.

1. Educar al paciente y/o familia sobre el uso de opioides y los resultados esperados.
2. Anticipar los efectos adversos como la sedación, y educar a los pacientes acerca del hecho que éstos serán tolerados rápidamente, excepto la constipación.
3. En pacientes adultos mayores y aquellos quienes nunca hayan utilizado opioides, se debe iniciar el tratamiento con dosis bajas y titulaciones lentas.
4. Los opioides transdérmicos no están recomendados en pacientes quienes nunca hayan recibido opioides (mayor riesgo de sobredosificación).
5. Los productos de liberación inmediata se deben utilizar para titulación y rescates y los productos de liberación sostenida se utilizaran para mantenimiento
6. Administrar opioides de forma regular, con horario, para el dolor constante.
7. Siempre administrar dosis adicionales para el dolor irruptivo.
8. Prevenir los efectos adversos, por ejemplo, prescribir laxantes desde el inicio de la terapia para la constipación, y decidir un plan para el manejo de la misma.
9. El equipo de salud debe ser accesible para el paciente y la familia.
10. Monitorear los pacientes de manera frecuente, como si estuviese titulando. Verificar cualquier cambio en la funcionalidad, por ejemplo capacidad para dormir, abandono de actividades, etc.
11. Usar precauciones universales en donde se identifique potencial riesgo de abuso. (Ver tabla 5)
12. El consejo de especialistas en dolor y cuidado paliativo debería ser considerado para la elección, la dosificación y la vía de administración de opioides en individuos con función renal alterada o en pacientes con dificultad de control del dolor.
13. No se recomienda fraccionar presentaciones de acción sostenida

Fuente:Ontario CC. Symptom Management Guides-to-Practice Pain. CCO's Symptom Management Guides-to-Practice. 2010.⁽²⁾Adaptada y modificada:Autores

Pacientes con falla renal

En pacientes con alteración de la función renal, se debe utilizar opioides con precaución, manteniendo dosis y frecuencias disminuidas.(2,150)	R: C
El fentanilo, metadona y la oxicodeona, en su presentación de acción rápida o vida media corta son los opioides de elección y más seguros en este tipo de pacientes. (2)	R: D
En un estudio observacional de 42 pacientes se evidencio que la buprenorfina transdérmica en pacientes ambulatorios con cáncer e insuficiencia renal es igual de efectiva, segura y tolerable que el fentanilo (151)	E:III
Existe evidencia de baja calidad en la que se sustenta el uso de buprenorfina transdermica en los pacientes con falla renal(152)	E:III
El uso de buprenorfina transdermica podría ser beneficioso en estos pacientes debido que la buprenorfina se excreta principalmente por heces; sin embargo, su uso queda a criterio del médico.	✓
Cuando los pacientes son sometidos a hemodiálisis, se debe manejar dosis previas adicionales o durante el procedimiento para mantener un adecuado control del dolor. (2)	R: D



Pacientes con insuficiencia hepática

La insuficiencia hepática, moderada a severa, produce cambios en la farmacocinética y farmacodinamia de los opioides. Entre estos existe una acumulación del fármaco y/o sus metabolitos, prolongación de su vida media y aumento de sus concentraciones en sistema nervioso central. (153)

Los opioides como morfina, codeína, oxicodona y tramadol pueden acumularse al no poder ser degradados en sus metabolitos hidrofilicos inactivos(153)(154)(155)	E:III
Se recomienda que en los pacientes que tiene insuficiencia hepática severa, se reduzca la dosis de opioides en un 25 a 50%, según perfil del medicamento y de forma individualizada.(156)	R:D
Otros medicamentos como amitriptilina y metoclopramida, no requieren corrección de dosis en insuficiencia hepática.(153)	R : D
En insuficiencia hepática severa, el ondansetron no debe sobrepasar la dosis de 8mg/día. (153)	R : D
La carbamazepina no debe ser administrada en cuadros de enfermedad hepática. No existen datos suficientes sobre gabapentina y *pregabalina en fallo hepático.(153)	R : D
Medicamentos como midazolam o diazepam prolongan su vida media en insuficiencia hepática moderada a severa. (153)	R : D

*Medicamento no consta en el CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud.

Opioides débiles para el dolor leve (EVA 1-3) y moderado (EVA 4-6)

En dolor leve a moderado los opioides como codeína o tramadol pueden ser útiles en combinación con analgésicos no opioides. (2)	R: D
Codeína	
Se recomienda la codeína sola o en combinación con paracetamol para el alivio del dolor oncológico leve a moderado, siempre tomando en cuenta que pueden haber efectos adversos como estreñimiento. (2,157)	R: C
Tramadol	
Se recomienda el uso del tramadol para el paciente con dolor oncológico leve a moderado.(108,158)	R: C
En pacientes que vayan a iniciar el tratamiento del dolor asociado al cáncer con tramadol se recomienda realizar un monitoreo de los niveles de glucosa ya que este medicamento podría incrementar el riesgo de hipoglucemia(159)	R:C
Se ha evidenciado que las dosis altas de tramadol son igual de efectivas que dosis bajas de morfina para el control del dolor moderado a severo; tomando en cuenta que el tramadol produce menor cantidad de efectos adversos que la morfina. (3,160)	E: Ib
NO se recomienda la administración de tramadol en pacientes que se encuentren tomando inhibidores de la recaptación de serotonina o antidepresivos tricíclicos.(2,3,57)	R: C
NO se recomienda el uso de tramadol en pacientes en los que se sospeche de organicidad cerebral (metástasis) o antecedentes convulsivos. (161)	R: C

Opioides fuertes para dolor moderado (EVA 4-6) a severo (EVA > 7)

Morfina	
Se recomienda la morfina por vía oral como tratamiento de primera elección para el dolor oncológico severo. (149,162)	R. C
Se recomienda que la vía de administración de la morfina sea la vía oral	R: C

siempre y cuando la misma esté disponible, tomando en cuenta que esta medicación será de uso crónico. (2,3,5)	
En los pacientes que nunca hayan recibido opioides la dosis inicial de administración de morfina debe ser de 5 -10 mg vía oral cada 4 horas, con base a los principios de la escalera analgésica OMS y a la severidad del dolor.(2,3,163)	R: A
En los pacientes adultos mayores que nunca hayan recibido opioides la dosis inicial de administración de morfina debe ser de 2.5-5 mg cada 4 a 6 horas, vía oral, con base a los principios de la escalera analgésica de la OMS.(5)(2)(3)(164)	R: D
Una vez establecida la dosis efectiva de 24 horas, se puede cambiar el esquema cada 12 horas con formulaciones de liberación prolongada. (5)	R: C
Si el dolor no está controlado se debe reevaluar al paciente con el conocimiento de cuantas dosis de rescate usó en 24 horas.(5)	R: C
La medicación de rescate para el tratamiento del dolor irruptivo en pacientes con dolor oncológico crónico, debe ser dosificada a razón de 1/6 a 1/10 de la dosis regular de 24 horas, además debe estar siempre disponible. (149)	R: C
Oxicodona	
El profesional de la salud puede optar por la opción de oxicodona para el tratamiento del dolor oncológico moderado a severo.(165)	R: D
Se recomienda en los pacientes que nunca hayan tomado opioides iniciar con las tabletas de liberación inmediata a dosis de 5 a 10 mg cada 4 horas hasta alcanzar el alivio del dolor por 24 horas. (2)(3)	R: D
Se recomienda que una vez alcanzado el control del dolor en 24 horas incluyendo las dosis de rescate se opte por las tabletas de liberación prolongada y las mismas sean administradas cada 12 horas.(2)(3)	R: D
Fentanilo transdérmico	
El fentanilo transdérmico solo está recomendado cuando la dosis de 24h de opioides ya se encuentra establecida y produce control del dolor. (3)	R: D
El uso del parche de fentanilo NO se recomienda en los pacientes que nunca hayan tomado opioides.(2)	R: D
El parche es útil en aquellos pacientes que presentan dificultad para la deglución, náusea o vómito.(3,5,149,166)	R: B
Buprenorfina	
Para el alivio rápido de dolor se recomienda el uso de presentación sublingual o intravenosa. (167)	E:Ib
En la revisión de Cochrane un estudio demostró que la *buprenorfina sublingual disminuye el dolor de manera más rápida que la transdermica con similar eficacia analgesia y eventos adversos.(167)	E:Ib
Basado en la evidencia científica disponible es difícil establecer la relevancia de la buprenorfina en el tratamiento del dolor oncológico con opioides fuertes. Sin embargo, los pacientes en cuidados paliativos son muy heterogéneos y complejos en su manejo, por lo tanto es imprescindible contar con varias opciones analgésicas para el manejo del dolor en estos pacientes y la buprenorfina en cualquiera de sus formulaciones es una opción eficaz para el tratamiento. (167)(168)	E:Ia
La buprenorfina podría ser considerada como la opción de cuarta línea comparada con las terapias estándar de morfina, Oxicodona y Fentanilo, y debe ser considerada en algunos pacientes. (167)	R:A
Se utilizará buprenorfina en parche transdérmico: <ol style="list-style-type: none"> En presencia de efectos adversos intolerables con otros opioides (nausea, constipación, alucinaciones, disfagia) En insuficiencia renal Poca adhesión a tratamiento por vía oral 	R: A



<p>Está contraindicado en pacientes con dolor agudo (corto periodo) y en casos de necesitar titulación rápida por dolor severo no controlado. En caso de opioides previos por vía Subcutánea/ oral/Intravenosa, se recomienda administrar dosis prescritas hasta 12 horas después de iniciado el parche de buprenorfina. En caso de descontinuar el parche de buprenorfina, administrar otro opioide en rescates si hay dolor, en las primeras 24 horas post suspensión (acúmulo en adipocitos) por riesgo de efecto sumativo con nuevo opioide a utilizarse.(153)</p>	
Hidromorfona	
<p>Por ser análogo de morfina es comparable con oxicodona y morfina en eficacia analgésica. Es una alternativa en intolerancia a otros opioides.(153)</p>	R : D
<p>Se recomienda una dosis de hidromorfona de 1mg cada 4 horas vía oral en el pacientes que nunca hayan recibido opioides y que presente dolor oncológico severo y como dosis de rescate 0.25 a 0.5 mg cada hora. (2)(169)</p>	R: D
Metadona	
<p>Si el profesional de la salud decide administrar metadona es imprescindible que revise las interacciones medicamentosas significativas, previo a la prescripción. (2)</p>	R: D
<p>La Metadona tiene propiedades opioides y no opioides con vida media variable y larga (rango 5 – 130 h vs 2,5 h de la morfina). No existe una sola dosis equivalente de metadona con otros opioides. Cuando se cambia desde morfina, la dosis de metadona es típicamente 5-10 veces más pequeña, algunas veces 20-30 veces más pequeña; y ocasionalmente aún más pequeñas. Esta es la razón para la acumulación inevitable, por lo que se recomienda ajustar la dosis semanalmente. <i>Deberá ser supervisado de cerca por un especialista.</i>(153)</p>	E:III
<p>Para la titulación con metadona ver anexo 19 (153)</p>	

*Forma farmacéutica no consta en el CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud.

Tabla 5.
Tabla general sobre opioides

Opiode	Equivalencia con morfina oral (MO) / otro opioide (OO)		Dosis	Presentaciones farmacológicas
Tramadol	MO	OO	Hasta 800 mg/día	Tramadol acción inmediata (tab 50 mg)
	1	5 vía oral		Tramadol acción retardada (100-150 mg)
	1	5 intravenosa/sub cutánea		Tramadol gotas 100 mg/ml
	1	10**		*Tramadol /paracetamol tab 37,5 mg/325 mg *Tramadol/diclofenaco 37,5 mg/25 mg
Codeína	MO	OO	Tos: 15-30 mg	*Codeína/paracetamol



	1	10 vía oral	c/4h Dolor: 30-60 mg c/4h	30 mg/500 mg tab Jarabes combinación en con antigripales.
Oxicodona	MO	OO	No techo terapéutico. Dosis: tab. acción prolongada c/12 h Tab. Acción rápida c/4-6 h Considerar uso en insuficiencia renal/hepática por riesgo de acumulación	Oxicodona liberación prolongada tab 10 mg-20 mg-40 mg Oxicodona tab liberación inmediata 5 mg
	2	1 vía oral		
Fentanilo	MO	OO	No techo terapéutico	Fentanilo ampollas 10 ml/500 ug Parche trasdérmico 4,2 mg (25 ug/h)
	100-80	1 intravenoso / subcutáneo / transdérmico		
Buprenorfina	Otras vías disponibles: Transmucoso intranasal		Techo terapéutico relativo por efectos arritmogenicos a partir de 70 ug/h, considerar rotación de opioide en caso de dolor no controlado. Dosis: 0,1-0,3 mg subcutáneo/Sub lingual/intravenosa c/8-12 h	Buprenorfina parche trasndermico 35 ug/h Ampollas 0,3 mg/ml Tab. Sublinguales 0,2 mg.
	MO	OO		
Hidromorfona	100	1 transdérmico	No techo terapéutico Dosis: vía oral 0,03-0,08 mg/kg/dosis. Ej. 2,5-5mg vía oral c/4-6 h Parenteral: 0,015 mg/kg/dosis Intravenosa/sub cutaneo/intramuscular c/4-6h.	Hidromorfona tab 2,5 mg – 5 mg Ampollas 2 mg/ml
	80	1 sublingual		
	30 ml intravenoso***	1 intravenoso		
	MO	OO		
	5	1		



* Medicamento no consta en el CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud.

** Conversión por preferencia médica, según experiencia de efectos adversos encontrados.

*** Equivalencia morfina intravenosa/buprenorfina intravenosa

Traducido y modificado por los autores de: PCF 5 Palliative Care Formulary, Fifth Edition, Robert Twycross Editor in Chief 2014.(153)

Dolor irruptivo

Se recomienda para el tratamiento del dolor irruptivo un fármaco opioide de vida media corta, alta potencia analgésica y de administración por vía oral.(2,5,170)	R: D
Pese a que la evidencia disponible para el tratamiento del dolor irruptivo es relativamente escasa, el profesional de salud podría usar formulaciones transmucosas o parenterales como el fentanilo las cuales son igual de efectivas que la morfina intravenosa.(2,3,5,171,172)	R: A
Los estudios demuestran que el fentanilo transmucoso es más efectivo que el uso de morfina de liberación inmediata. (173)	E: Ib
Se recomienda que para el tratamiento del dolor irruptivo se administre 1/6 o 1/10 de la dosis total de opioides de 24 horas.(3,169)	R: C

Vía de administración de opioides

En caso de que el paciente presenta vómito o disfagia se pueden usar otras vías de administración como la vía transdérmica, subcutánea, transmucosa e intravenosa. (2)	R: D
Los pacientes en los cuales se debe considerar la administración de opioides por vía intratecal o epidural son aquellos que presentan dolor severo producido por cáncer localizado en estado avanzado, dolor neuropático severo y dolor severo que se presenta al moverse. (3,5)	R: D
Para la administración de opioides por vía intratecal o epidural se debe contar con un equipo interdisciplinario compuesto por especialistas del dolor, cuidados paliativos y anestesiólogos.	✓

Titulación de opioides

Se recomienda iniciar la titulación de opioides con una formulación de liberación rápida.(2,5)	R: D
Previamente a prescribir , se debe valorar de forma cuidadosa e individual la dosis de 24 horas, incluyendo dosis de rescate.(2)(3)	R:D
La dosis inicial de morfina oral en pacientes sin uso previo de opioides es generalmente 5-10 mg cada 4 horas por vía oral para jóvenes y adultos. En ancianos la dosis corresponderá a 2,5-5 mg cada 4 horas por vía oral. (2)(3)	R:C
Las fórmulas de acción rápida permiten modificar la dosis hacia arriba o hacia abajo si fuera necesario. El incremento de dosis se realizará cada 24 horas y no excederá 33 – 50% de la dosis de 24 horas.(2)(3)(153)	R:D
Se sugiere esperar 24 horas de dosificación en horario y dosis rescates antes de aumentar la dosis regular de opioides de liberación inmediata.(2)	R:D
Se recomienda que una vez que se alcance la dosis óptima eficaz para el control del dolor en 24 a 48 horas, con formulaciones de liberación rápida, se pase a las formulaciones de liberación retardada cada 12 horas o formulación transdermica.(2)(3)	R:D
Una vez regulada la dosis se debe valorar durante 48 horas la dosificación, incluidas las dosis rescates, antes de aumentar la dosis de preparaciones	R:D

de liberación sostenida, como morfina, hidromorfona y oxicodona. (2)	
En presencia de dolor incidental, con dolor controlado en reposo; se recomienda recalcular la dosis analgésica con precaución, pues existe riesgo de toxicidad por opioides.(2)	R:D
La titulación rápida de opioides (morfina)vía intravenosa o subcutánea, es recomendada en dolor moderado a severo por cáncer con EVA ≥ a 5.(153,174–178)	R: C
Existen varias formas de titular morfina. Ver anexo 20(153,174–178)	

Rotación y rangos de conversión entre opioides

Las tablas de conversión entre las vías de administración de opioides son sólo parámetros de referencia inicial que deben tomarse en cuenta. (2,3,5,179)	E: III
Se recomienda que la terapia analgésica sea individualizada y de acuerdo a las características propias de cada paciente.(2,3,5,13)	R: D

La rotación entre opioides es una de las herramientas que se usa en el alivio del dolor oncológico. Con este fin debemos tener en cuenta que los opioides alcanzan su objetivo terapéutico dependiendo de la vía de administración y las características farmacológicas de cada uno de ellos, la presente tabla establece los radios de conversión entre las vías de administración.

Tabla 4. Rotación y conversión entre opioides

Tabla de rotación y conversión entre opioides vía oral/vía oral–transdérmico			
Conversión	Equivalencia (Radio)	Cálculo	Ejemplo
Codeína a morfina	10:1	Dividir la dosis de 24h codeína para 10	Codeína 240 mg/24h vía oral = morfina 24 mg/24h vía oral
Tramadol a morfina	5:1 10:1*	Dividir dosis tramadol 24h para 5 Dividir dosis tramadol 24h para 10	Tramadol 400 mg/24h vía oral = morfina 80 mg/24h vía oral Tramadol 400 mg/24h vía oral = morfina 40 mg/24h vía oral
Morfina a hidromorfona	5:1	Dividir 24 h de morfina para 5	Morfina 60 mg/24h vía oral = hidromorfona 12 mg/24h vía oral
Morfina a oxicodona	1.5:1* 2:1	Dividir dosis de morfina 24h para 1.5 Dividir dosis de morfina/24h para 2	Morfina 60 mg/24h vía oral = oxicodona 40 mg/24h vía oral Morfina 60 mg/24h vía oral = Oxicodona 30 mg/24h
Morfina a buprenorfina transdérmica	100:1	Multiplicar dosis de morfina en 24h en mg por 10** para obtener dosis de buprenorfina en 24h en microgramos. Dividir el	Morfina 84 mg/24h vía oral = buprenorfina 840 ug/24h = 35 ug/h parche transdermico

		resultado para 24h para obtener la dosis ug/h en vía transdérmica	
Buprenorfina transdérmica a morfina vía oral	1:100	Dividir la dosis de 24 horas de buprenorfina (ug) para 10**. (Resultado da morfina en mg)	Buprenorfina: 840 ug/24h = morfina 84 mg/24h.
Morfina a fentanilo transdérmico	100:1	Multiplicar dosis de 24h de morfina por 10** para obtener dosis de fentanilo transdérmico en microgramos. Dividir para 24 el resultado para dosis en microgramos/h	Morfina 300 mg/24h vía oral = 3000 ug fentanilo /24h = 125 ug/h parche transdérmico

*P referencia medica según experiencia de efectos adversos encontrados.

**Constante; resultado de relacionar equivalencia (100:1) con 1 mg=1000 ug

Traducido y modificado de: PCF recommended dose ratios vía oral a vía oral/transdermico.(153), González-Barboteo J, et al. Opioid rotation; a therapeutic choice in the management of refractory cancer pain.Med Clin (Barc), 2010.(180)

Tabla de conversión entre opioides vía oral a subcutáneo -			
Conversión	Equivalencia	Cálculo	Ejemplo
Morfina vía oral a Morfina subcutánea	2:1	Dividir dosis morfina/24h para 2	Morfina 60 mg/24h vía oral = morfina 30 mg/24h subcutánea
Morfina vía oral a Morfina intravenosa	3:1	Dividir dosis de morfina/24h para 3	Morfina 60 mg/24h vía oral = Morfina 20 mg/24h intravenosa
Oxicodona vía oral a Oxicodona subcutánea/intravenosa	1.5:1	Dividir oxicodona /24h para 1.5 (disminuye dosis en 1/3)	Oxicodona 30 mg/24h vía oral = Oxicodona 20 mg/24h subcutánea/intravenosa
Hidromorfona vía oral a hidromorfona subcutánea/intravenosa	2:1	Dividir dosis de hidromorfona /24h para 2	Hidromorfona 32 mg/24h vía oral = hidromorfona 16mg/24h subcutánea/intravenosa
Metadona vía oral a metadona subcutánea/intravenosa	ver anexo metadona	Dividir dosis de metadona /24h para 2	Metadona 30 mg/24h vía oral = Metadona 15 mg/24h subcutánea/intravenosa
Tramadol vía oral a tramadol subcutánea/intravenosa	1:0.8-1	Dosis equivalentes	Tramadol 400 mg/24h vía oral = 320-400 mg/24h subcutánea/intravenosa
Tramadol subcutánea/intravenosa a Morfina subcutánea/intravenosa	5:1 10:1*	Dividir la dosis de tramadol/24h para 5	Tramadol 300 mg/24h subcutánea/intravenosa = 60 mg/24h subcutánea/intravenosa
Morfina a Metadona	Variable	Ver anexo de conversión metadona	



†Preferencia medica según experiencia de efectos adversos encontrados.

Traducido y modificado de: PCF recommended dose ratios vía oral a subcutánea/intravenoso.(153)

Tabla de conversión entre opioides subcutánea-intravenosa / subcutánea-intravenosa			
Conversión	Equivalencia	Cálculo	Ejemplo
Morfina a buprenorfina	30-40:1	Dividir dosis total de morfina24h para 30-40	Morfina 40 mg/24h subcutánea/intravenosa = buprenorfina 1 mg/24h subcutánea/intravenosa
Buprenorfina a morfina	1:30-40	Multiplicar la dosis total de buprenorfina en 24h por 30-40.	Buprenorfina 840 ug/24h = 0,84 mg buprenorfina subcutánea/intravenosa Multiplicar por 40 = 33,6 mg/24 horas de morfina subcutánea/intravenosa.
Morfina a hidromorfona	5:1	Dividir dosis de morfina/24h para 5	Morfina 30 mg/24h subcutánea/intravenosa = hidromorfona 6 mg/24h subcutánea/intravenosa
Morfina a metadona	Variable	Ver anexo 19 metadona	

Traducido y modificado de: PCF recommended dose ratios subcutánea/intravenosa a subcutánea /intravenosa.(153)

Antagonistas de los opioides

La naloxona revierte la depresión respiratoria inducida por opioides y sobredosis aguda por opioide.(153)(181)	E:III
Para el tratamiento de la depresión respiratoria causada por el uso de opioides, se recomienda el uso de naloxona a dosis bajas (400 ug).(153)(182)	R:C
Los pacientes que reciben opioides para el manejo del dolor crónico, podrían presentar dependencia física. La administración de naloxona en dosis elevadas o de manera rápida puede producir síndrome de abstinencia aguda o la aparición súbita del dolor(183)	E:III
Se recomienda adoptar conducta expectante previa al uso de naloxona en caso de que el paciente presente una frecuencia respiratoria > 8 veces por minuto, sin cianosis y con evidencia clínica de que las mismas pueden aumentar fácilmente sin ninguna intervención . Además:	R:C
<ul style="list-style-type: none"> • Considerar reducir u omitir la siguiente dosis de opioide. • En caso de estar recibiendo opioides en infusión continua, se recomienda suspender su administración.(183) 	
En caso de que el paciente presente frecuencia respiratoria < 8 veces por minuto, que se acompañe de cianosis o deterioro del estado cognitivo (coma, inconsciencia) , se debe seguir los siguientes pasos:	R:C
<ol style="list-style-type: none"> 1. Detener la administración de opioides. 2. Diluir una ampolla de naloxona (400 ug) en 10 ml de solución salina al 0,9%. 	



<p>3. Inicialmente administrar por vía intravenosa 80 ug/2 ml de la solución de naloxona) de manera lenta, posterior a lo cual se procede a lavar la vía con solución salina al 0.9%.</p> <p>4. Despues, administrar 20 ug/0.5 ml de la solución de naloxona cada 2 minutos según mejoría de la frecuencia respiratoria.</p> <p>5. Despues de cada administración de naloxona se debe lavar la vía con solución salina al 0.9%.</p> <p>6. Por la vida media corta de la naloxona generalmente se requiere la administración de mayor número de bolos de naloxona según sea la necesidad.</p> <p>7. El objetivo de una administración lenta es evitar el antagonismo completo de los opioides y por ende la aparición súbita del dolor.</p> <p>8. Usualmente los pacientes responden después de la administración de 80 a 160 ug de naloxona (2 a 4 ml de la solución diluida de naloxona), esto se evidencia por un aumento en la frecuencia respiratoria y una mejoría en el nivel de conciencia.</p> <p>9. Esperar hasta que exista una mejoría sostenida del nivel de conciencia antes de iniciar una nueva dosis de opioides.</p> <p>10. Si no existe respuesta a la naloxona considerar otras causas toxicometabólicas.</p>	
<p>En sobredosis por presentaciones de acción prolongada de opioides, se recomienda monitorizar al paciente por al menos 24 horas más y repetir dosis según cuadro clínico del paciente.(153)</p>	R : D

Control de náusea y vómito inducido por opioides

<p>Se recomienda que los pacientes que vayan a iniciar el tratamiento analgésico de dolor oncológico con opioides tengan acceso a antieméticos. Referirse a la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos del Ecuador para encontrar más información. (24)</p> <p>No se ha demostrado diferencias significativas entre los antieméticos. (3,184–186)</p>	<p>R: D</p> <p>E: III</p>
---	---------------------------

Control del estreñimiento inducido por opioides

<p>Se recomienda que todos los pacientes que se encuentren tomando opioides de manera regular reciban profilaxis contra la constipación, combinando estimulantes de la motilidad y laxantes osmóticos.(2,3,184)</p> <p>El tratamiento profiláctico más efectivo para prevenir el estreñimiento inducido por opioides es una combinación de estimulantes del movimiento intestinal (senna o *bisacodilo) y laxantes osmóticos (lactulosa o polietilenglicol 3350) (3,5,187)</p> <p>Se recomienda que dentro de las opciones para el tratamiento del estreñimiento se contemple el uso de *picosulfato de sodio como estimulante del movimiento intestinal</p> <p>Se ha evidenciado que el uso de *metilnaltrexona es útil para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides que no responda a otras combinaciones. Está contraindicado en caso de sospecha de obstrucción intestinal(2,3,57,188,189)</p>	<p>R: C</p> <p>R: D</p> <p>✓</p> <p>E: Ib</p>
---	---

* Medicamento no consta en el CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud.

Precauciones universales en la prescripción de opioides

Tomando en cuenta que el uso de opioides a largo plazo puede generar tolerancia y adicción, se debe tomar en cuenta los siguientes lineamientos para la prescripción de opioides tanto con el paciente como con su cuidador. (190)

Tabla 5. Precauciones universales de la prescripción de opioides.

Hacer un adecuado diagnóstico diferencial.
Evaluación psicológica con valoración del riesgo de desórdenes de adicción.
Consentimiento informado.
Aceptación del tratamiento.
Evaluación de los niveles de dolor pre y post-intervención.
Estudio apropiado de la terapia de opioides con o sin medicación adyuvante.
Reevaluación de la escala de dolor y nivel funcional.
Evaluación regular de las 4 “A” de medicina del dolor que son; Analgesia, Actividad, Ambiente hostil y efectos Adversos, y la Afectividad actualmente considerada como la 5ta A.
Revisión periódica del diagnóstico del dolor y comorbilidades, incluida desórdenes de adicción.
Documentación (registros permanentes, cuidadosos y completos).

Modificado de: Ontario CC. Symptom Management Guides-to-Practice Pain. 2010.⁽²⁾

Prevención de tolerancia y adicción

En todo paciente que vaya a recibir opioides se deberán valorar los riesgos de adicción. ⁽²⁾ (Ver anexo 3)	R: D
Se sugiere el uso de escalas como el <i>Opioid Risk Tool</i> (ORT) (Ver anexo 21) con el fin de determinar el riesgo de adicción a opioides de un paciente que vaya a iniciar terapia analgésica con opioides. (191)	R: D

Criterios de referencia y contrarreferencia en dolor oncológico: (Ver anexo 23)

Primer nivel de atención	
En este nivel de atención, el cual es la base del sistema, se recomienda administrar tratamiento inicial y subsecuente para dolor leve, moderado o severo, agudo o crónico.	✓
Se recomienda realizar la aproximación diagnóstica del dolor. Utilizar las recomendaciones de la escalera analgésica OMS. En caso de inadecuado control de dolor será el responsable de referir al nivel de atención que le corresponda y de acuerdo a la complejidad.	✓
Segundo Nivel de atención	
En este nivel de atención se recomienda realizar las siguientes acciones:	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la causa que prolonga el dolor no controlado, • Utilizar los parámetros de la escalera analgésica OMS, • Realizar las interconsultas de forma oportuna a la Unidad del Dolor o Cuidados Paliativos, • Coordinar con otras especialidades con poder resolutivo según la causa (traumatología, neurocirugía, anestesiología) a nivel local, • Contactar al tercer nivel de atención (hospital oncológico o con servicio de oncología); particularmente cuando el dolor sea refractario al tratamiento proporcionado en este nivel 	✓
Tercer nivel de atención	
Este nivel es el encargado de recibir pacientes con diagnóstico oncológico establecido, realiza tratamiento de dolor y síntomas derivados del	✓



diagnóstico, tratamiento o complicaciones de enfermedad de base, intervencionismo en dolor de ser necesario según cuarto escalón analgésico.	
Las acciones a realizar en este nivel de atención son: Tratar el dolor que no haya sido controlado en los anteriores niveles de atención y síntomas derivados del diagnóstico, tratamiento o complicaciones de enfermedad de base.	✓
Contragreferencia Se recomienda realizar la contra referencia una vez que exista alivio del dolor oncológico, así como la causa subyacente sea identificada y tratada en caso de ser posible; se podrá enviar a primer o segundo nivel de atención para seguimiento y manejo del dolor según necesidad del paciente.	✓

13. Abreviaturas

Siglas	Significado
AINEs	Antiinflamatorios no esteroidales
BPI	Brief Pain Inventory
COX-2	Inhibidores de la ciclooxygenasa 2
EDTMP	Ácido etilendiamino tetra metilenfosfónico
ESAS	Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton
EVA	Escala visual análoga
EKG	Electrocardiograma
Gy	Greys
H	Hora
mg	Miligramos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ORT	Opiod risk tool
PPS	Palliative performance scale
RMN	Resonancia magnética nuclear
SSRIs	Inhibidores de la recaptación de serotonina
TAC	Tomografía axial computarizada
ug	Microgramos
NMDA	N-metil D-aspartato

14. Referencias

1. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. Available from: <http://www.g-i-n.net/>; 2009.
2. Ontario CC. Symptom Management Guides-to-Practice Pain. CCO's Symptom Management Guides-to-Practice. 2010. p. 1-54.
3. Ministry of Health Malaysia. Clinical Practice Guidelines. Management of Cancer Pain. Putrajaya; 2010. 1-89 p.
4. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Clasificación Estadística Internacional. Whashington; 2008.
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Control of pain in adults with cancer A national clinical guideline. Edinburgh; 2008. 1-78 p.
6. Vallath N, Salins N, Kumar M. Unpleasant subjective emotional experiencing of pain. Indian J Palliat Care. enero de 2013;19(1):12-9.
7. Nersesyan H, Slavin K V. Current aproach to cancer pain management: Availability and implications of different treatment options. Ther Clin Risk Manag. junio de 2007;3(3):381-400.
8. Pernia A, Torres M. Tratamiento del dolor oncológico terminal intenso. Rev Soc Esp Dolor. 2008;308-24.
9. Reyes-Chiquete D, Gonzalez Ortiz J, Mohar Betancourt A, Meneses García A. Epidemiología del dolor por cancer. Rev Soc Esp Dolor. 2011;18:118-34.
10. Khosravi P, DEL CASTILLO A, PÉREZ G. Manejo del dolor oncológico. An Med INTERN. 2007;24(11):554-7.
11. Benítez del Rosario MA, Pérez Suárez MC, Fernández Días R, Cabrejas Sánchez A. Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico crónico (I). Atención Primaria. 2002;29(6):374-7.
12. van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Ann Oncol. septiembre de 2007;18(9):1437-49.
13. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos. 3.^a ed. Santiago de Chile; 2011. 1-72 p.
14. Instituto Nacional de estadistica y censos, Usiña J. Anuario de Estadísticas Vitales - Nacimientos y Defunciones. Ecuador en cifras. 2014. p. 1-586.
15. Sociedad de Lucha contra el Cáncer Quito Ecuador. REGISTRO NACIONAL DE TUMORES / NATIONAL CANCER REGISTRY. 15.^a ed. Cueva P, Yépez J, editores. Quito: Registro Nacional de Tumores; 2014.
16. Sociedad de Lucha contra el Cáncer Cuenca Ecuador. Sexto informe Epidemiología del cáncer en el cantón cuenca. Cuenca; 2015.
17. Globocan. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. 2012.
18. Organización Mundial de la Salud. Gobiernos deben mejorar acceso al tratamiento del dolor | Human Rights Watch. 2008. p. 1.
19. Andreoli TE, Behrman RE, Bhattacharya B, Borer WZ, Canellos GP, Flye W, et al. DORLAND Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 30.^a ed. SAUNDERS, editor. Madrid: Elsevier; 2005.
20. Ministerio de Salud del Ecuador, Mental C de salud. Protocolo de atención en intoxicación aguda por opioides y síndrome de abstinencia [Internet]. 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
21. Ministerio de Salud del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización. Norma técnica de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. 2014.
22. National Center for Biotechnology Information. Cannabinoids. NCBI. 1997.
23. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo - España; 1994.
24. Ministerio de Salud Pública. Cuidados Paliativos Guia de Práctica

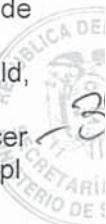
- Clínica(Adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS). 2014.
25. U.S. National Library of Medicine. Chronic Pain. National Center for Biotechnology Information. 2012. p. 1.
26. Nabal M, Madrid F. Dolor episódico: definición, etiología y epidemiología. Rev Soc Esp Dolor. 2002;9(2):1-6.
27. National Center for Biotechnology Information. Phantom Limb. NCBI.
28. Cánovas Martínez L, Rodríguez Rodríguez AB, Castro Bande M, Pérez Arviza L, López Soto C, Román Nuñez R. Tratamiento del dolor irruptivo. Rev la Soc Española del Dolor. 19(6):318-24.
29. National Center for Biotechnology Information. Breakthrough Pain. NCBI. 2012.
30. Correa-Illanes G. Dolor Neuropático, Clasificación Y Estrategias De Manejo Para Médicos Generales. Rev Médica Clínica Las Condes. 2014;25(2):189-99.
31. Ministerio de Salud Pública. Dolor Lumbar: Guía Práctica clínica(GPC). Primera. Quito; 2015. 1-70 p.
32. Ong C-K, Forbes D. Embracing Cicely Saunders's concept of total pain. BMJ. septiembre de 2005;331(7516):576.
33. U.S. National Library of Medicine. Transcutaneous Electric Nerve Stimulation. National Center for Biotechnology Information. 1990. p. 1.
34. National Center for Biotechnology Information. Hyperalgesia. NCBI. 1975.
35. National Center for Biotechnology Information. Analgesics, Opioid. NCBI. 1995.
36. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Adult Cancer Pain. 2015.
37. National Center for Biotechnology Information. Vertebroplasty. NCBI. 2008.
38. González F, Aguinaga G, Vallejo F. Incorporación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano como una estrategia para mejorar la salud y la educación médica. :1-14.
39. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de salud. Manual Metodológico. 2007. 1-146 p.
40. Katz N. The Impact of Pain Management on Quality of Life. J Pain Symptom Manage. 2002;14(1):s38-47.
41. McCracken K. The Challenges of Cancer Pain Assessment. Ulster Med J. 2015;84(1):55-7.
42. Xue Y, Schulman-Green D, Czaplinski C, Harris D, McCorkle R. Pain attitudes and knowledge among RNs, pharmacists, and physicians on an inpatient oncology service. Clin J Oncol Nurs. 2007;11(5):687-95.
43. Cleeland C, Nakamura Y, Mendoza T, Edwards K, Douglas J, Serlin R. Dimensions of the impact of cancer pain in a four country sample: New information from multidimensional scaling. Pain. 1996;67(2-3):267-73.
44. Deng D, Fu L, Zhao YX, Wu X, Zhang G, Liang C, et al. The relationship between cancer pain and quality of life in patients newly admitted to Wuhan Hospice Center of China. Am J Hosp Palliat Care. febrero de 2012;29(1):53-9.
45. Grossman SA, Sheidler VR, Swedeon K, Mucenski J, Piantadosi S. Correlation of patient and caregiver ratings of cancer pain. J Pain Symptom Manage. 1991;6(2):53-7.
46. Field L. Are nurses still underestimating patients' pain postoperatively? Br J Nurs. 1996;5(13):778-84.
47. Elliott BA, Elliott TE, Murray DM, Braun BL, Johnson KM. Patients and family members: the role of knowledge and attitudes in cancer pain. J Pain Symptom Manag. 1996;12(4):209-20.
48. Hovi S, Lauri S. Patients' and nurses' assessment of cancer pain. Eur J Cancer Care (Engl). diciembre de 1999;8(4):213-9.
49. Asociación profesional de enfermeras de Ontario. Guía de buenas prácticas clínicas. Valoración y manejo del dolor. Tercera Ed. Toronto: Ministerio de Salud y Cuidados a largo plazo Ontario; 2013. 112 p.
50. Stjernswärd J, Colleau SM, Ventafridda V. The World Health Organization

- Cancer Pain and Palliative Care Program. Past, present, and future. *J Pain Symptom Manage.* 1996;12(d):65-72.
51. Cleeland C. Pain and Its Treatment in Outpatients with Metastatic Cancer. *New Engl Jouranal Med.* 1994;330(9):592-6.
52. González-Escalada J, Camba A, Muriel C, Rodríguez M, Contreras D, de Barutell C, et al. Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico. *Rev la Soc Española del Dolor.* 2012;19(4):181-8.
53. Badia X, Muriel C, Gracia A, Manuel Núñez-Olarte J, Perulero N, Gálvez R, et al. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin (Barc).* 2003;120(2):52-9.
54. Serrano-Atero M, Caballero J. Valoración del dolor (I). ... *Soc Esp Dolor.* 2002;(I):94-108.
55. Zwakhalen SMG, Hamers JPH, Abu-Saad HH, Berger MPF. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr.* enero de 2006;6:3.
56. Cid J, Acuña JP, De Andrés J, Díaz L, Gómez-Caro L. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? *EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO.* *Rev MedClinCondes.* 2014;25(4):687-97.
57. Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin.* 2011;61(3):157-82.
58. Registered nurses' association of ontario. Assessment and Management of Pain. Third. Toronto, ON; 2013. 1-104 p.
59. Hagen N a, Biondo P, Stiles C. Assessment and management of breakthrough pain in cancer patients: Current approaches and emerging research. *Curr Pain Headache Rep.* 2008;12(4):241-8.
60. Kumar S. Cancer pain: A critical review of mechanism-based classification and physical therapy management in palliative care. *Indian J Palliat Care.* mayo de 2011;17(2):116.
61. Bennett M, Ryall N. Using the modified Barthel index to estimate survival in cancer patients in hospice: observational study. *BMJ.* diciembre de 2000;321(7273):1381-2.
62. Dansie EJ, Turk DC. Assessment of patients with chronic pain. *Br J Anaesth.* julio de 2013;111(1):19-25.
63. Araujo AM, Gómez M, Pascual J, Castañeda M, Pezonaga L, Borque JL. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. *An Sist Sanit Navar.* 27:63-75.
64. Kim EB, Han H-S, Chung JH, Park BR, Lim S-N, Yim KH, et al. The effectiveness of a self-reporting bedside pain assessment tool for oncology inpatients. *J Palliat Med.* noviembre de 2012;15(11):1222-33.
65. Chow E, Harris K, Fan G, Tsao M, Sze WM. Palliative radiotherapy trials for bone metastases: a systematic review. *J Clin Oncol.* abril de 2007;25(11):1423-36.
66. Din OS, Thanvi N, Ferguson CJ, Kirkbride P. Palliative prostate radiotherapy for symptomatic advanced prostate cancer. *Radiother Oncol.* noviembre de 2009;93(2):192-6.
67. Agarwal JP, Nemade B, Murthy V, Ghosh-Laskar S, Budrukkar A, Gupta T, et al. Hypofractionated, palliative radiotherapy for advanced head and neck cancer. *Radiother Oncol.* octubre de 2008;89(1):51-6.
68. Porceddu S V, Rosser B, Burmeister BH, Jones M, Hickey B, Baumann K, et al. Hypofractionated radiotherapy for the palliation of advanced head and neck cancer in patients unsuitable for curative treatment--«Hypo Trial». *Radiother Oncol.* diciembre de 2007;85(3):456-62.
69. Lutz S, Berk L, Chang E, Chow E, Hahn C, Hoskin P, et al. Palliative radiotherapy for bone metastases: an ASTRO evidence-based guideline. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* marzo de 2011;79(4):965-76.
70. Fairchild A. Palliative radiotherapy for bone metastases from lung cancer:



- Evidence-based medicine? *World J Clin Oncol.* diciembre de 2014;5(5):845-57.
71. Bodde AE, Shippee ND, May CR, Mair FS, Erwin PJ, Murad MH, et al. Pain and Its Treatment in Outpatients with Metastatic Cancer. *Syst Rev.* 2013;2:29.
72. Wu JS-Y, Wong R, Johnston M, Bezzak A, Whelan T, Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative Supportive Care Group. Meta-analysis of dose-fractionation radiotherapy trials for the palliation of painful bone metastases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* marzo de 2003;55(3):594-605.
73. Simmons CPL, Macleod N, Laird BJA. Clinical management of pain in advanced lung cancer. *Clin Med Insights Oncol.* enero de 2012;6:331-46.
74. Lester JF, Macbeth FR, Toy E, Coles B. Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane database of systematic reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 1996. CD002143.
75. Stevens R, Macbeth F, Toy E, Coles B, Lester JFJ. Palliative radiotherapy regimens for patients with thoracic symptoms from non-small cell lung cancer. Vol. 1, The Cochrane database of systematic reviews. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. p. CD002143.
76. Yi SK, Yoder M, Zaner K, Hirsch AE. Palliative radiation therapy of symptomatic recurrent bladder cancer. *Pain Physician.* marzo de 2007;10(2):285-90.
77. Yin H, Lu K, Qiao W-B, Zhang H-Y, Sun D, You Q-S. Whole-liver radiotherapy concurrent with chemotherapy as a palliative treatment for colorectal patients with massive and multiple liver metastases: a retrospective study. *Asian Pac J Cancer Prev.* enero de 2014;15(4):1597-602.
78. Yeo S-G, Kim DY, Kim TH, Kim SY, Hong YS, Jung KH. Whole-liver radiotherapy for end-stage colorectal cancer patients with massive liver metastases and advanced hepatic dysfunction. *Radiat Oncol.* enero de 2010;5:97.
79. Chen AM, Vaughan A, Narayan S, Vijayakumar S. Palliative radiation therapy for head and neck cancer: Toward an optimal fractionation scheme. *Head Neck.* diciembre de 2008;30(12):1586-91.
80. Salazar OM, Sandhu T, da Motta NW, Escutia MA, Lanzós-Gonzales E, Mouelle-Sone A, et al. Fractionated half-body irradiation (HBI) for the rapid palliation of widespread, symptomatic, metastatic bone disease: a randomized Phase III trial of the International Atomic Energy Agency (IAEA). *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* julio de 2001;50(3):765-75.
81. Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain.* octubre de 1995;63(1):65-76.
82. Tam A, Ahrar K. Palliative interventions for pain in cancer patients. *Semin Intervent Radiol.* diciembre de 2007;24(4):419-29.
83. de Oliveira R, dos Reis MP, Prado WA. The effects of early or late neurolytic sympathetic plexus block on the management of abdominal or pelvic cancer pain. *Pain.* julio de 2004;110(1-2):400-8.
84. Sood A, Daniali LN, Rezzadeh KS, Lee ES, Keith J. Management and Reconstruction in the Breast Cancer Patient With a Fungating T4b Tumor. *Eplasty.* enero de 2015;15:e39.
85. Hofmann B, Håheim LL, Søreide JA. Ethics of palliative surgery in patients with cancer. *Br J Surg.* julio de 2005;92(7):802-9.
86. Bosscher MRF, van Leeuwen BL, Hoekstra HJ. Surgical emergencies in oncology. *Cancer Treat Rev.* septiembre de 2014;40(8):1028-36.
87. Guise TA, Mohammad KS, Clines G, Stebbins EG, Wong DH, Higgins LS, et al. Basic Mechanisms Responsible for Osteolytic and Osteoblastic Bone Metastases. *Clin Cancer Res.* 2006;12(20):6213s-6216s.
88. Lieberman I, Reinhardt MK. Vertebroplasty and kyphoplasty for osteolytic vertebral collapse. *Clin Orthop Relat Res.* octubre de 2003;(415 Suppl):S176-86.
89. Goltzman D. Osteolysis and cancer. *J Clin Invest.* mayo de 2001;107(10):1219-

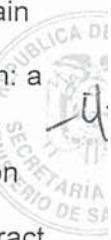
- 20.
90. Cheung G, Chow E, Holden L, Vidmar M, Danjoux C, Yee AJM, et al. Percutaneous vertebroplasty in patients with intractable pain from osteoporotic or metastatic fractures: A prospective study using quality-of-life assessment. *Can Assoc Radiol J.* febrero de 2006;57(1):13-21.
91. McCahill L, Ferrell B. Palliative surgery for cancer pain. *West J Med.* marzo de 2002;176(2):107-10.
92. Wang H, Sribastav S Sen, Ye F, Yang C, Wang J, Liu H, et al. Comparison of Percutaneous Vertebroplasty and Balloon Kyphoplasty for the Treatment of Single Level Vertebral Compression Fractures: A Meta-analysis of the Literature. *Pain Physician.* enero de ;18(3):209-22.
93. Sun G, Jin P, Liu X, Li M, Li L. Cementoplasty for managing painful bone metastases outside the spine. *Eur Radiol.* marzo de 2014;24(3):731-7.
94. Brodano GB, Amendola L, Martikos K, Bettuzzi C, Boriani L, Gasbarrini A, et al. Vertebroplasty: benefits are more than risks in selected and evidence-based informed patients. A retrospective study of 59 cases. *Eur Spine J.* agosto de 2011;20(8):1265-71.
95. Saliou G, Kocheida EM, Lehmann P, Depriester C, Paradot G, Le Gars D, et al. Percutaneous vertebroplasty for pain management in malignant fractures of the spine with epidural involvement. *Radiology.* marzo de 2010;254(3):882-90.
96. Barragán-Campos HM, Vallée J-N, Lo D, Cormier E, Jean B, Rose M, et al. Percutaneous vertebroplasty for spinal metastases: complications. *Radiology.* enero de 2006;238(1):354-62.
97. Robb KA, Newham DJ, Williams JE. Transcutaneous electrical nerve stimulation vs. transcutaneous spinal electroanalgesia for chronic pain associated with breast cancer treatments. *J Pain Symptom Manage.* abril de 2007;33(4):410-9.
98. Loh J, Gulati A. The use of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) in a major cancer center for the treatment of severe cancer-related pain and associated disability. *Pain Med.* junio de 2015;16(6):1204-10.
99. Fellowes D, Barnes K, Wilkinson SS. WITHDRAWN: Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. *Cochrane database Syst Rev.* enero de 2008;(4):CD002287.
100. Post-White J, Kinney ME, Savik K, Gau JB, Wilcox C, Lerner I. Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. *Integr Cancer Ther.* 2003;2(4):332-44.
101. Jane S-W, Chen S-L, Wilkie DJ, Lin Y-C, Foreman SW, Beaton RD, et al. Effects of massage on pain, mood status, relaxation, and sleep in Taiwanese patients with metastatic bone pain: a randomized clinical trial. *Pain.* octubre de 2011;152(10):2432-42.
102. Lee H, Schmidt K, Ernst E. Acupuncture for the relief of cancer-related pain - a systematic review. *Eur J Pain.* 2005;9(4):437-437.
103. Stephenson NLN, Swanson M, Dalton J, Keefe FJ, Engelke M. Partner-delivered reflexology: effects on cancer pain and anxiety. *Oncol Nurs Forum.* enero de 2007;34(1):127-32.
104. Syrjala KL, Cummings C, Donaldson GW. Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain.* febrero de 1992;48(2):137-46.
105. World Health Organization. *Cancer Pain Relief.* Second. Geneva; 1996.
106. Fallon M, Hanks G, Cherny N. Principles of control of cancer pain. *BMJ.* abril de 2006;332(7548):1022-4.
107. Li KK, Harris K, Hadi S, Chow E. What should be the optimal cut points for mild, moderate, and severe pain? *J Palliat Med.* diciembre de 2007;10(6):1338-46.
108. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* octubre de 2012;23(suppl 7):vii139-vii154.



109. Simmonds MA. Management of Breakthrough Pain Due to Cancer. *Palliat Support Care.* agosto de 1999;
110. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Can Fam physician Médecin Fam Can.* junio de 2010;56(6):514-7, e202-5.
111. Miguel R. Interventional treatment of cancer pain: the fourth step in the World Health Organization analgesic ladder? *Cancer Control.* enero de ;7(2):149-56.
112. Lyne M, Coyne P, Watson A. Pain Management Issues for Cancer Survivors. *Cancer Pract.* 2002;10(1):S27-32.
113. Glare P a., Davies PS, Finlay E, Gulati A, Lemanne D, Moryl N, et al. Pain in cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1739-47.
114. Ortiz-Pereda V, López M, Arroita A, Aguilera L, Azkue J, Torre-Mollinedo F, et al. Antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol en el tratamiento del dolor. *Gac Médica Bilbao.* 2007;104(4):148-55.
115. Mercadante S. The use of anti-inflammatory drugs in cancer pain. *Cancer Treat Rev.* febrero de 2001;27(1):51-61.
116. Murphy J, Kennedy EB, Dunn S, McLachlin CM, Fung Kee Fung M, Gzik D, et al. Cervical screening: a guideline for clinical practice in Ontario. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2012;34(5):453-8.
117. Scheiman JM, Hindley CE. Strategies to optimize treatment with NSAIDs in patients at risk for gastrointestinal and cardiovascular adverse events. *Clin Ther.* abril de 2010;32(4):667-77.
118. Cazacu I, Mogosan C, Loghin F. Safety issues of current analgesics: an update. *Clujul Med.* 2015;88(2):128-36.
119. Stockler M, Vardy J, Pillai A, Warr D. Acetaminophen (paracetamol) improves pain and well-being in people with advanced cancer already receiving a strong opioid regimen: A randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over trial. *J Clin Oncol.* 2004;22(16):3389-94.
120. Rostom A, Dube C, Wells G, Tugwell P, Welch V, Jolicoeur E, et al. Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers. *Cochrane database Syst Rev.* enero de 2002;(4):CD002296.
121. Majumdar S, Das A, Kundu R, Mukherjee D, Hazra B, Mitra T. Intravenous paracetamol infusion: Superior pain management and earlier discharge from hospital in patients undergoing palliative head-neck cancer surgery. *Perspect Clin Res.* octubre de 2014;5(4):172-7.
122. Clinard F, Sgro C, Bardou M, Hillon P, Dumas M, Kreft-Jais C, et al. Association between concomitant use of several systemic NSAIDs and an excess risk of adverse drug reaction. A case/non-case study from the French Pharmacovigilance system database. *Eur J Clin Pharmacol.* junio de 2004;60(4):279-83.
123. Hernández-Díaz S, Rodríguez LA. Association between nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation: an overview of epidemiologic studies published in the 1990s. *Arch Intern Med.* julio de 2000;160(14):2093-9.
124. Wong R, Wiffen PJ. Bisphosphonates for the relief of pain secondary to bone metastases. *Cochrane database Syst Rev.* enero de 2002;(2):CD002068.
125. Kane CM, Hoskin P, Bennett MI. Cancer induced bone pain. *Br Med J.* 2015;350(January):h315.
126. Wong R, Shukla V, Mensink S, Wiffen P. Bisphosphonate Agents for the Management of Pain Secondary to Bone Metastases: A Systematic Review of Effectiveness and Safety. *Can Coord Off Heal Technol Assess.* 2004;(45).
127. Bamias A, Kastritis E, Bamia C, Moulopoulos LA, Melakopoulos I, Bozas G, et al. Osteonecrosis of the jaw in cancer after treatment with bisphosphonates: incidence and risk factors. *J Clin Oncol.* diciembre de 2005;23(34):8580-7.
128. Reyes-Gibby CC, Morrow PK, Buzdar A, Shete S. Chemotherapy-induced



- peripheral neuropathy as a predictor of neuropathic pain in breast cancer patients previously treated with paclitaxel. *J Pain.* noviembre de 2009;10(11):1146-50.
129. Lussier D, Huskey AG, Portenoy RK. Adjuvant analgesics in cancer pain management. *Oncologist.* enero de 2004;9(5):571-91.
130. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane database Syst Rev.* enero de 2007;(4):CD005454.
131. Finnerup NB, Sindrup SH, Jensen TS. The evidence for pharmacological treatment of neuropathic pain. *Pain.* octubre de 2010;150(3):573-81.
132. Ad VB, Weinstein G, Dutta PR, Dosoretz A, Chalian A, Both S, et al. Gabapentin for the treatment of pain syndrome related to radiation-induced mucositis in patients with head and neck cancer treated with concurrent chemoradiotherapy. *Cancer.* 2010;116(17):4206-13.
133. Fleming JA, O'Connor BD. Use of lidocaine patches for neuropathic pain in a comprehensive cancer centre. *Pain Res Manag J Can Pain Soc = J la société Can pour le Trait la douleur.* enero de ;14(5):381-8.
134. Garzón-Rodríguez C, Casals Merchan M, Calsina-Berna A, López-Róboli E, Porta-Sales J. Lidocaine 5 % patches as an effective short-term co-analgesic in cancer pain. Preliminary results. *Support Care Cancer.* noviembre de 2013;21(11):3153-8.
135. Leppert W, Buss T. The role of corticosteroids in the treatment of pain in cancer patients. *Curr Pain Headache Rep.* agosto de 2012;16(4):307-13.
136. Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Weaver DF, Houlden RL. Morphine, gabapentin, or their combination for neuropathic pain. *N Engl J Med.* marzo de 2005;352(13):1324-34.
137. Guevara-Iópez U, Covarrubias-gómez A, Rodríguez-Cabrera R, Carrasco-Rojas A, Aragón G, Ayón-Villanueva H. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. 2007;(5):385-407.
138. Moore A, Wiffen P, Kalso E. Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia. *JAMA.* 2014;312(2):182-3.
139. Zgaga AO, Irimie A, Sandesc D, Vlad C, Lisencu C, Rogobete A, et al. The role of ketamine in the treatment of chronic cancer pain. *Clujul Med.* enero de 2015;88(4):457-61.
140. Bell RF, Eccleston C, Kalso EA. Ketamine as an adjuvant to opioids for cancer pain. *Cochrane database Syst Rev.* enero de 2012;11:CD003351.
141. LeBon B, Zeppetella G, Higginson IJ. Effectiveness of topical administration of opioids in palliative care: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* mayo de 2009;37(5):913-7.
142. Cerchietti LCA, Navigante AH, Körte MW, Cohen AM, Quiroga PN, Villaamil EC, et al. Potential utility of the peripheral analgesic properties of morphine in stomatitis-related pain: a pilot study. *Pain.* septiembre de 2003;105(1-2):265-73.
143. Mason L, Moore RA, Derry S, Edwards JE, McQuay HJ. Systematic review of topical capsaicin for the treatment of chronic pain. *BMJ.* abril de 2004;328(7446):991.
144. Anand P, Bley K. Topical capsaicin for pain management: therapeutic potential and mechanisms of action of the new high-concentration capsaicin 8% patch. *Br J Anaesth.* octubre de 2011;107(4):490-502.
145. Derry S, Wiffen PJ, Moore RA, Quinlan J. Topical lidocaine for neuropathic pain in adults. *Cochrane database Syst Rev.* enero de 2014;7:CD010958.
146. Jensen B, Chen J, Furnish T, Wallace M. Medical Marijuana and Chronic Pain: a Review of Basic Science and Clinical Evidence. *Curr Pain Headache Rep.* septiembre de 2015;19(10):50.
147. Johnson JR, Burnell-Nugent M, Lossignol D, Ganae-Motan ED, Potts R, Fallon MT. Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study of the efficacy, safety, and tolerability of THC:CBD extract and THC extract



- in patients with intractable cancer-related pain. *J Pain Symptom Manage.* febrero de 2010;39(2):167-79.
148. Cherny NI, Baselga J, de Conno F, Radbruch L. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe: a report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative. *Ann Oncol.* marzo de 2010;21(3):615-26.
149. Hanks GW, Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, McQuay HJ, et al. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br J Cancer.* marzo de 2001;84(5):587-93.
150. Atici S, Cinel I, Cinel L, Doruk N, Eskandari G, Oral U. Liver and kidney toxicity in chronic use of opioids: an experimental long term treatment model. *J Biosci.* marzo de 2005;30(2):245-52.
151. Melilli G, Samolsky Dekel BG, Frenquelli C, Mellone R, Pannuti F. Transdermal opioids for cancer pain control in patients with renal impairment. *J Opioid Manag.* enero de ;10(2):85-93.
152. Likar R. Transdermal buprenorphine in the management of persistent pain - safety aspects. *Ther Clin Risk Manag.* marzo de 2006;2(1):115-25.
153. PCF5 PALLIATIVE CARE FORMULARY. 2014.
154. Bosilkovska M, Walder B, Besson M, Daali Y, Desmeules J. Analgesics in patients with hepatic impairment: pharmacology and clinical implications. *Drugs.* agosto de 2012;72(12):1645-69.
155. Hanna M. The effects of liver impairment on opioids used to relieve pain in cancer patients. *Palliat Med.* julio de 2011;25(5):604-5.
156. Oliverio C, Malone N, Rosielle DA. Opoid use in liver failure #260. *J Palliat Med.* diciembre de 2012;15(12):1389-91.
157. Straube C, Derry S, Jackson KC, Wiffen PJ, Bell RF, Strassels S, et al. Codeine, alone and with paracetamol (acetaminophen), for cancer pain. *Cochrane database Syst Rev.* enero de 2014;9:CD006601.
158. Grond S, Sablotzki A. Clinical pharmacology of tramadol. Vol. 43, *Clinical Pharmacokinetics.* 2004. 879-923 p.
159. Fournier J-P, Azoulay L, Yin H, Montastruc J-L, Suissa S. Tramadol use and the risk of hospitalization for hypoglycemia in patients with noncancer pain. *JAMA Intern Med.* febrero de 2015;175(2):186-93.
160. Grond S, Radbruch L, Meuser T, Loick G, Sabatowski R, Lehmann KA. High-dose tramadol in comparison to low-dose morphine for cancer pain relief. *J Pain Symptom Manage.* septiembre de 1999;18(3):174-9.
161. Gardner JS, Blough D, Drinkard CR, Shatin D, Anderson G, Graham D, et al. Tramadol and seizures: a surveillance study in a managed care population. *Pharmacotherapy.* diciembre de 2000;20(12):1423-31.
162. Wiffen PJ, McQuay HJ. Oral morphine for cancer pain. *Cochrane database Syst Rev.* enero de 2007;(4):CD003868.
163. De Conno F, Ripamonti C, Fagnoni E, Brunelli C, Luzzani M, Maltoni M, et al. The MERITO Study: a multicentre trial of the analgesic effect and tolerability of normal-release oral morphine during «titration phase» in patients with cancer pain. *Palliat Med.* abril de 2008;22(3):214-21.
164. Pergolizzi, J., Boger, R. H., Budd, K., Dahan, a., Erdine, S., Hans, G., Kress HG, Langford, R., Likar, R., Raffa, R. B. & Sacerdote P. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International\nExpert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step\nIII opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, m. *Pain Pract.* 2008;8(4):287-313.
165. Davis MP, Varga J, Dickerson D, Walsh D, LeGrand SB, Lagman R. Normal-release and controlled-release oxycodone: pharmacokinetics, pharmacodynamics, and controversy. *Support Care Cancer.* febrero de 2003;11(2):84-92.



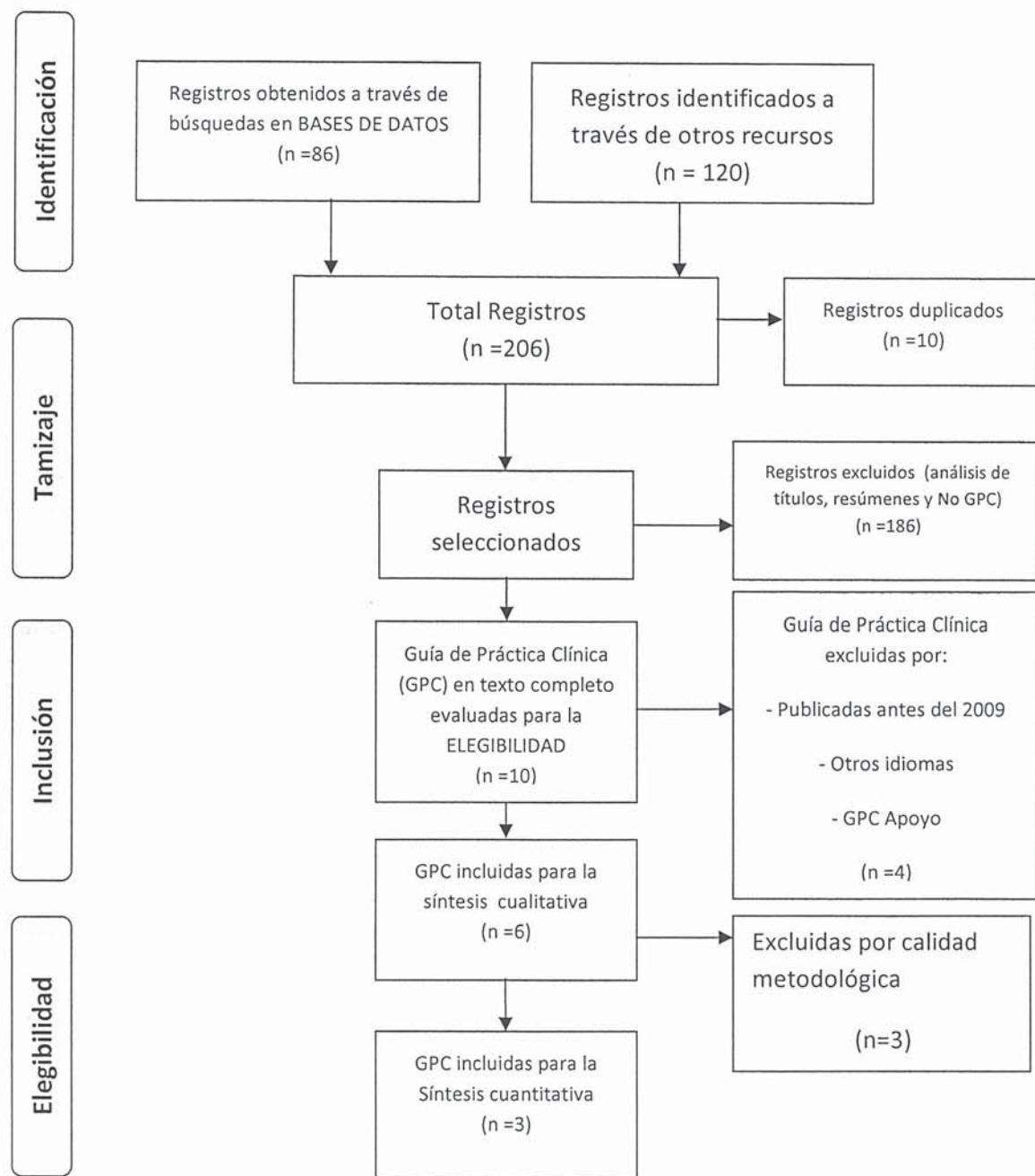
166. Donner B, Zenz M, Tryba M, Strumpf M. Direct conversion from oral morphine to transdermal fentanyl: a multicenter study in patients with cancer pain. *Pain*. marzo de 1996;64(3):527-34.
167. Schmidt-Hansen M, Bromham N, Taubert M, Arnold S, Hilgart JS. Buprenorphine for treating cancer pain. *Cochrane database Syst Rev*. enero de 2015;3:CD009596.
168. Davis MP. Buprenorphine in cancer pain. *Support Care Cancer*. 2005;13(11):878-87.
169. Fraser Health. Principles of Opioid Management of Pain. 2009.
170. Mishra S, Bhatnagar S, Chaudhary P, Rana SPS. Breakthrough cancer pain: review of prevalence, characteristics and management. *Indian J Palliat Care*. enero de 2009;15(1):14-8.
171. Zeppetella G, Davies AN. Opioids for the management of breakthrough pain in cancer patients. *Cochrane database Syst Rev*. enero de 2013;10:CD004311.
172. Mercadante S, Villari P, Ferrera P, Casuccio A, Mangione S, Intravaia G. Transmucosal fentanyl vs intravenous morphine in doses proportional to basal opioid regimen for episodic-breakthrough pain. *Br J Cancer*. junio de 2007;96(12):1828-33.
173. Coluzzi PH, Schwartzberg L, Conroy JD, Charapata S, Gay M, Busch MA, et al. Breakthrough cancer pain: a randomized trial comparing oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC) and morphine sulfate immediate release (MSIR). *Pain*. marzo de 2001;91(1-2):123-30.
174. Hagen NA, Elwood T, Ernst S. Cancer pain emergencies: A protocol for management. *J Pain Symptom Manage*. 1997;14(1):45-50.
175. Davis MP. Acute pain in advanced cancer: an opioid dosing strategy and illustration. *Am J Hosp Palliat Care*. enero de ;21(1):47-50.
176. Davis MP, Weissman DE, Arnold RM. Opioid dose titration for severe cancer pain: a systematic evidence-based review. *J Palliat Med*. 2004;7(3):462-8.
177. Mercadante S. Intravenous morphine for management of cancer pain. *Lancet Oncol*. 2010;11(5):484-9.
178. Harris JT, Suresh Kumar K, Rajagopal MR. Intravenous morphine for rapid control of severe cancer pain. *Palliat Med*. abril de 2003;17(3):248-56.
179. Shaheen PE, Walsh D, Lasheen W, Davis MP, Lagman RL. Opioid Equianalgesic Tables: Are They All Equally Dangerous? *J Pain Symptom Manage*. 2009;38(3):409-17.
180. González-Barboteo J, Treli-Navarro J, Tuca-Rodríguez A, Gómez-Batiste X. [Opioid rotation: a therapeutic choice in the management of refractory cancer pain]. *Med clínica*. noviembre de 2010;135(13):617-22.
181. Wermeling DP. Review of naloxone safety for opioid overdose: practical considerations for new technology and expanded public access. *Ther Adv drug Saf*. marzo de 2015;6(1):20-31.
182. Boyer EW. Management of opioid analgesic overdose. *N Engl J Med*. julio de 2012;367(2):146-55.
183. Castanheira T. Guidelines for the Use of Naloxone in Palliative Care in Adult Patients. 2012.
184. Swengle J, Logemann C. Management of Common Opioid-Induced Adverse Effects. *American Family Physician*. 2006. p. 1347-54.
185. Cherny BN, Ripamonti C, Pereira J, Davis C, Fallon M, McQuay H, et al. Morphine : An Evidence-Based Report. 2001;19(9):2542-54.
186. Apfel C, Korttila K, Abdalla M, Kerger H, Turan A, Vedder I, et al. A Factorial Trial of Six Interventions for the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting. *N Engl J Med*. 2011;350(24):2441-51.
187. McNicol E, Horowicz-Mehler N, Fisk RA, Bennett K, Gialeli-Goudas M, Chew PW, et al. Management of opioid side effects in cancer-related and chronic noncancer pain: a systematic review. *J Pain*. junio de 2003;4(5):231-56.



188. Portenoy RK, Thomas J, Moehl Boatwright ML, Tran D, Galasso FL, Stambler N, et al. Subcutaneous methylnaltrexone for the treatment of opioid-induced constipation in patients with advanced illness: a double-blind, randomized, parallel group, dose-ranging study. *J Pain Symptom Manage.* mayo de 2008;35(5):458-68.
189. Thomas J, Karver S, Cooney GA, Chamberlain BH, Watt CK, Slatkin NE, et al. Methylnaltrexone for opioid-induced constipation in advanced illness. *N Engl J Med.* mayo de 2008;358(22):2332-43.
190. Gourlay DL, Heit HA, Almahrezi A. Universal precautions in pain medicine: a rational approach to the treatment of chronic pain. *Pain Med.* enero de ;6(2):107-12.
191. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico.* Madrid; 2015.
192. Urrútia G, Bonfill X. PRISMA declaration: A proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses. *Med Clin.* 2010;135(11):507-11.
193. Glasziou P, Mar C Del, Salisbury J. Evidence based medicine workbook. Finding and applying the best research evidence to improve patient care. London: BMJ Publishing Group; 2010. 132 p.
194. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ.* febrero de 1999;318(7183):593-6.
195. Jamison RN, Serraillier J, Michna E. Assessment and treatment of abuse risk in opioid prescribing for chronic pain. *Pain Res Treat.* enero de 2011;2011:941808.
196. Fainsinger R, Nekolaichuk C, Lawlor PG, Neumann C. Edmonton Classification System for Cancer Pain (ECS-CP) Administration Manual. 2012;1-26.
197. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care.* enero de 1996;12(1):5-11.
198. González-Escalada J, Camba A, Muriel C, Rodríguez M, Contreras D, de Barutell C. Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico. *Rev la Soc Española del Dolor.* 2012;19(4):181-8.
199. Holen J, Saltvedt I, Fayers P, Hjermstad M, Loge J, Kaasa S. Doloplus-2, a valid tool for behavioural pain assessment? *BMC Geriatr.* 2007;7(29):1-9.
200. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncol.* 28(3):33-7.
201. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el indice de Barthel. *Rev Esp Salud Publica.* 1997;71(2):127-37.
202. Myers J, Chan V, Jarvis V, Walker-Dilks C. *Palliative Care Clinical Program. Intrapelvic Techniques for Pain Management in Cancer Patients. Program in Evidence-based Care Evidence-based Series No.:18-1,* editor. Toronto (ON): Cancer Care Ontario; 2009.
203. Álvarez Rodríguez JA, Arranz Arija F, Bajo Bajo A, Carnero López B, Casal Codesido JR, Del Valle Cuadrado Ó, et al. *Guía de Urgencias Oncológicas.* primera. Fernández Fernández G, editor. 2014. 1-112 p.
204. Taberna M, Villavicencio-Chávez C, González-Barboteo J. Uso de metadona en el anciano con dolor oncológico: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatría y Gerontología.* 2014. p. 129-36.
205. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Med.* enero de ;6(6):432-42.
206. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Norma de Atencion Cuidados Paliativos.* Quito-Ecuador; 2015. p. 1-81.

15. Anexos

Anexo 1. Declaración PRISMA



PRISMA: directrices para la publicación de revisiones sistemáticas y meta-análisis de estudios que evalúan intervenciones sanitarias. Incorpora varios aspectos conceptuales y metodológicos novedosos relacionados con la metodología de las revisiones sistemáticas que han emergido en los últimos años. (192)



Anexo 2. Nivel de evidencia y grado de recomendación

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por la Escuela de Medicina de la Universidad de McMaster de Canadá. La MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado individual de los pacientes. (193)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia en función del rigor metodológico del diseño de los estudio y pueden construir escalas de clasificación jerárquica de la evidencia a partir de las cuales pueden establecer recomendaciones respecto a la adopción de un determinad procedimiento médico o intervención sanitaria.

Aunque hay diferentes escalas de gradación la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

La Escala de Shekelle Modificada y colaboradores clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Par establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de estudios clínicos aleatorios.	A. Directamente basada en evidencia categoría I.
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio.	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorizar.	B. Directamente basada en evidencia de categoría II, o recomendaciones extrapoladas de evidencia I.
IIb. Evidencia de al menos otro tipo de estudio quasi experimental o estudios de cohorte.	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas.	C. Directamente basada en evidencia de categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia de categoría I o II.
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas.	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencia categorías II o III.

Fuente: Shekelle P, et al. Clinical guidelines: developing guidelines, 1999.(194)

Anexo 3. Factores de riesgo para desarrollar adicción a opioides.**Tabla 1. Factores de riesgo para desarrollar adicciones a opioides.**

Histórica familiar de abuso de sustancias.
Histórica personal de abuso de sustancias.
Jóvenes
Antecedentes penales, inclusive manejo de vehículos bajo la influencia de drogas.
Contacto regular con personas de alto riesgo o ambientes peligrosos.
Problemas en el pasado con empleadores, familiares y amigos (desorden mental).
Conducta temeraria.
Fumador de más de 20 cigarrillos diarios.
Antecedentes personales de depresión y/o ansiedad.
Antecedentes de ingreso a centros de rehabilitación por consumo de alcohol y drogas.

Fuente: Jamison R, et al. Assessment and Treatment of Abuse Risk in Opioid Prescribing for Chronic Pain. Pain Research and Treatment, 2011 (195)

Anexo 4. Clasificación de Edmonton (Dolor producido por el cáncer)**CLASIFICACIÓN DE EDMONTON**

Dolor Estadio I (buen pronóstico)	Dolor Estadio II (mal pronóstico)
Sin dolor la mayoría del tiempo con necesidad de dos o menos dosis de rescate por día	Paciente con 1 solo factor de mal pronóstico. 50% de pacientes en este estadio presentan 2 o más factores de mal pronóstico. Tratamiento más largo y complejo. Mayor número de fármacos y dosis. Dolor leve-moderado-severo, necesidad de tres o más dosis de rescate por día.
A1-B1-E1-F1-G1-A2	A3-A4-A5-B2-E2-F2-G2
Correcta evaluación-evolución-control: definir tipo de dolor neuropático, incidental, sufrimiento emocional y/o alteraciones cognitivas, historia de adicción.	
Categorías para clasificar el dolor	
A. Mecanismos de dolor Se ha sugerido que los pacientes con dolor neuropático por lesión de un nervio tienen menor probabilidad de mejora con el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Ocurre lo mismo en el dolor de tipo mixto.	
A1	Dolor visceral: dolor en el que se implican vísceras (p. Ej. Metástasis hepáticas) y usualmente se describe como no bien localizado. Ocasionalmente puede producir calambres (espasmo vesical, biliar)
A2	Tejidos blando-óseos: generalmente descrito como un dolor que afecta al hueso o a un área de tejido blando, agravado con la presión o el movimiento y bien localizado.
A3	Dolor neuropático: dolor localizado en la zona del nervio que ha sido lesionado asociado o no a déficit motor o sensorial, cambios autonómicos, parestesias o episodios de dolor paroxístico. Suele tener características quemantes o eléctricas.
A4	Dolor mixto: se aplica esta categoría cuando se identifican componentes de dolor neuropático y no neuropático.
A5	Desconocido: cuando después de hacer la historia clínica, examen físico y técnicas de imagen, el mecanismo de dolor continúa siendo incierto.
A3-A4: menor probabilidad de mejorar con tratamiento farmacológico y no farmacológico.	
B. Características del dolor La intensidad, duración, localización o irradiación no se correlacionan con las diferentes respuestas al tratamiento. Una de las características que ha sido asociada con una pobre respuesta a los analgésicos es el inicio con alguna maniobra o el llamado dolor incidental.	
B1	Dolor no incidental: dolor que no se modifica con el movimiento.
B2	Dolor incidental: el dolor se agrava de repente con el movimiento, la deglución, la defecación o la micción. El control del dolor suele ser excelente cuando el paciente permanece inmóvil o se abstiene de realizar las maniobras que causan dolor.
C. Exposición previa a opioides Aunque hay varios tipos de analgésicos opioides, pueden calcularse las dosis equivalentes utilizando tablas. No hay evidencia de que un opioide sea significativamente mejor que otro para un	

determinado tipo de dolor.

La dosis previa de opioide que recibe el paciente se consideró inicialmente con implicaciones pronósticas. Se consideraron 3 dosis.

C1	Menos de 60 mg de la dosis equivalente de morfina oral/día: incluye a pacientes que reciben opioides débiles o analgésicos no opioides.
C2	De 60 a 300 mg de la dosis equivalente de morfina oral/día: este grupo incluye a la mayoría de pacientes que reciben opioides mayores para el dolor.
C3	Más de 300 mg de la dosis equivalente de morfina oral/día: este grupo incluye paciente que reciben altas dosis orales o parenterales.

D. Función cognitiva

Evidencias recientes han sugerido que el fallo cognitivos es muy frecuente en pacientes con cáncer. La presencia de fallo cognitivo puede dificultar la evaluación del dolor y la respuesta analgésica y esto es particularmente importante en la investigación clínica.

D1	Función cognitiva normal
D2	Función cognitiva alterada: cuando el paciente presenta alterada alguna función mental, no es fiable la evaluación del dolor.

E. Distrés psicológico

El grado de distrés psicológico puede ser un factor pronóstico importante. La depresión mayor, la ansiedad o la hostilidad pueden tener un tratamiento difícil.

E1	No distrés psicológico
E2	Distrés psicológico: pacientes con somatización solo, o somatización asociada con depresión, ansiedad, hostilidad o alteración neurótica severa, en los que es difícil aliviar el dolor.

F. Tolerancia

La necesidad de incrementar la dosis de opioide puede deberse a tolerancia farmacológica (relacionada con los cambios del nivel del receptor) o por incremento del dolor.

F1	Aumento menor al 5% de la dosis inicial/día: estos pacientes pueden ser tratados con ajustes de dosis semanales.
F2	Aumento del 5% o más de la dosis inicial/día: los pacientes necesitan aumento de dosis varias veces a la semana. En estos pacientes la tolerancia puede ser un problema serio de manejo.

G. Historia de adicción pasada

Una historia pasada de personalidad adictiva, con adicción demostrada a alcohol o drogas puede predisponer al paciente a la adicción a opioides cuando se administran para el tratamiento del dolor. La evaluación del dolor y la respuesta al tratamiento es muy difícil en estos pacientes.

G1	Historia negativa de alcoholismo o adicción a drogas
G2	Historia positiva de alcoholismo o adicción a drogas

Modificado de: Fainsinger R, et al. Edmonton Classification System for Cancer Pain (ECS-CP). Administration Manual. Alberta, 2012.(196)

Anexo 5. Escala de Valoración del Dolor. (Paliative Performance Scale – PPS)

%	Deambulación	Evidencia de enfermedad (EE)	Autocuidados	Ingesta	Conciencia
100	Libre	Normal (Sin EE)	Completos	Normal	Alerta
90	Libre	Normal. (Alguna EE)	Completos	Normal	Alerta
80	Libre	Con esfuerzo. (Alguna EE)	Completos	Normal o reducida	Alerta
70	Reducida	Alguna EE	Completos	Normal o reducida	Alerta
60	Reducida	Imposible hacer hobbies, trabajo doméstico, EE manifiesta	Ayuda ocasional	Normal o reducida	Alerta o confusión
50	Principalmente sentado o estirado	Imposible cualquier trabajo, EE extensa	Ayuda considerable	Normal o reducida	Alerta o confusión
40	Principalmente encamado	Igual	Básicamente asistido	Normal o reducida	Alerta o somnolencia o confusión
30	Totalmente encamado	Igual	Completamente dependiente	Reducida	Igual
20	Totalmente encamado	Igual	Completamente dependiente	Pequeños sorbos	Igual
10	Totalmente encamado	Igual	Completamente dependiente	Cuidados de la boca	Somnolencia o confusión
0	Fallecido	-	-	-	-

Fuente: Anderson F, et al. Palliative performance scale (PPS): a new tool. J Palliat Care, 1996.(197)

Anexo 6. Índice Lattinen

Cuestionario del Índice de Lattinen		
FECHA		
Intensidad del dolor	Nulo	0
	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insopportable	4
Frecuencia del dolor	No	0
	Raramente	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
	Continuo	4
Consumo de analgésicos	No toma analgésicos	0
	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	No	0
	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Como siempre	0
	Algo peor de lo habitual	1
	Se despierta con	2
	Frecuencia	3
	Menos de 4 horas	
	Precisa hipnóticos	4
TOTAL	Hasta 20 puntos*	

*A mayor puntaje (=20 puntos) mayor descompensación del dolor en tratamiento. Este índice se recomienda para el seguimiento de la efectividad del tratamiento, puede ser usado conjuntamente con el diario de dolor del paciente.

Fuente: González-Escalada JR, et al. Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico. Rev.Soc. Esp Dolor, 2012. (198)

Anexo 7. Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory)

**Cuestionario breve del dolor
(brief pain inventory)**

1. Indique en el diagrama la/s zona/s donde siente dolor sombreando la/s parte/s afectada/s. Marque con una cruz la zona que más le duele.



2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor en la última semana.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										El peor imaginable
										Sin dolor

3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad mínima de su dolor en la última semana.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										El peor imaginable
										Sin dolor

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad media de su dolor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										El peor imaginable
										Sin dolor

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor ahora mismo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										El peor imaginable
										Sin dolor

6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor (p. ej., el calor, la medicación, el descanso...)?
-
-

7. ¿Qué tipo de cosas empeora el dolor (p. eje., caminar, estar de pie, levantar algo...)?
-
-

8. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?
-
-

9. En la última semana, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o la medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
No existe alivio	Alivio total del dolor									

10. Si toma medicación, ¿cuánto tarda en volver a sentir dolor?

La medicación no me ayuda	4 horas
1 hora	De 5 a 12 horas
2 horas	Más de 12 horas
3 horas	No tomo medicación

11. Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las respuestas.

Creo que mi dolor es debido a:

Si	No	Los efectos del tratamiento (p. ej., medicación, operación, radiación, prótesis)
Si	No	Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se está tratando y evaluando)
Si	No	Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (p. ej., artrosis) Por favor describa la situación: _____

12. Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz «sí» o «no» si ese adjetivo se aplica a su dolor.

	SI	NO		SI	NO
Continuo			Agudo		
Palpitante			Sensible		
Irradiación			Quemante		
Punzante			Agotador		
Pesado			Adormecimiento		



Penetrante			Penoso		
Persistente			Insoportable		
Calambre					

13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor lo ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.

a) Actividades en general

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado										Me ha afectado por completo

b) Estado de ánimo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado										Me ha afectado por completo

c) Capacidad de caminar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado										Me ha afectado por completo

d) Trabajo habitual (incluyendo tanto el trabajo fuera de la casa como las tareas domésticas)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado										Me ha afectado por completo

e) Relaciones con otras personas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado										Me ha afectado por completo

f) Sueño

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado										Me ha afectado por completo

g) Disfrutar de la vida

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado										Me ha afectado por completo

14. Prefiero tomar mi medicación para el dolor. (marque con una X)

De forma regular	
Solo cuando lo necesito	
No tomo medicación para el dolor	

15. Tomo mi medicación para el dolor (en el período de un día) (marque con una X)

No todos los días		5 a 6 veces al día	
-------------------	--	--------------------	--

1 a 2 veces al día		Más de 6 veces al día	
3 a 4 veces al día			

16. ¿Cree que necesita una medicación más fuerte para el dolor? (marque con una X)

Si		No		No lo se	
----	--	----	--	----------	--

17. ¿Cree que necesita una medicación más fuerte para el dolor? (marque con una X)

Si		No		No lo se	
----	--	----	--	----------	--

18. ¿Está preocupado/a porque toma demasiada medicación para el dolor? (marque con una X)

Si		No		No lo se	
----	--	----	--	----------	--

Si la respuesta es "sí", ¿por qué?:

19. ¿Tiene problemas con los efectos secundarios de su medicación para el dolor? (marque con una X)

Si		No	
----	--	----	--

¿Qué efectos secundarios?:

20. ¿Cree que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?

Si		No	
----	--	----	--

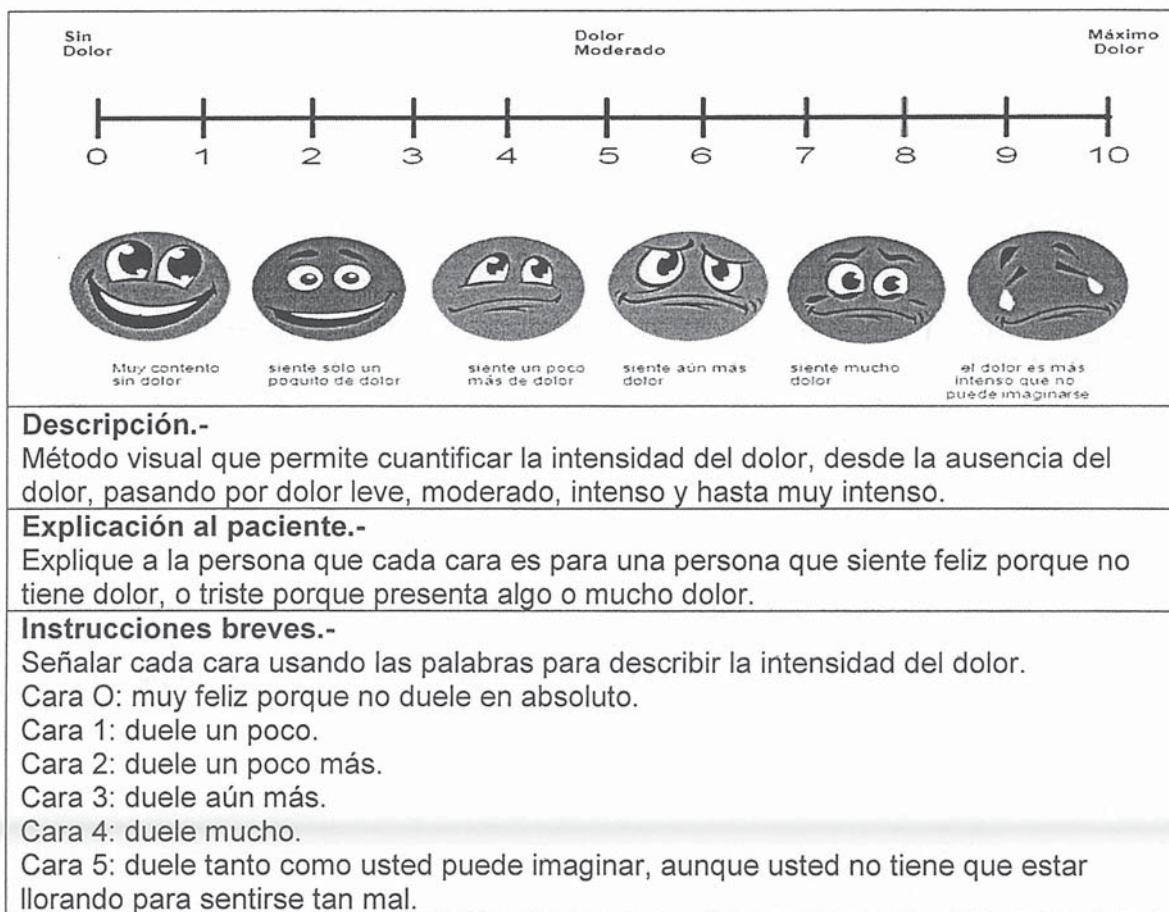
21. Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son (por favor, marque con una cruz todo lo que se le aplique)

Compresas calientes	Compresas Frías	
Distracción	Biofeedback	
Hipnosis	Técnicas de relajación	
Otros	Especifique	

22. Otras medicaciones no recetadas por mi médico y que tomo para el dolor son:

Fuente:Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica(53)





Fuente: Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica de Dolor Lumbar. Primera ed. Quito, 2015. (31)

Anexo 9. DOLOPLUS 2. Valoración del comportamiento en adultos mayores.

Apellidos:	Nombres:	Unidad:
Observación del comportamiento:		
FECHAS		
Reacciones somáticas		
REACCIÓN SOMÁTICA	*ninguna queja	0 0 0 0
	*queja únicamente ante el estímulo	1 1 1 1
	*queja espontánea ocasional	2 2 2 2
	*queja espontánea continua	3 3 3 3
POSICIÓN ANTIÁLGICA EN REPOSO	*ninguna posición antiálgica	0 0 0 0
	*ciertas posiciones ocasionalmente	1 1 1 1
	*posición antiálgica permanente y eficaz	2 2 2 2
	*posición antiálgica permanente e ineficaz	3 3 3 3
PROTECCIÓN DE LA ZONA DOLOROSA	*ninguna protección	0 0 0 0
	*protección ante estímulo que no impide examen	1 1 1 1
	*protección ante estímulo que impide el examen	2 2 2 2
	*protección en reposo en ausencia de estímulo	3 3 3 3
MÍMICA	*habitual	0 0 0 0
	*que parece expresar dolor ante un estímulo	1 1 1 1
	*que parece expresar dolor en ausencia de estímulo	2 2 2 2
	*inexpresiva de forma permanente (fija, atonía mirada vacía)	3 3 3 3
SUEÑO	*habitual	0 0 0 0
	*dificultad para conciliar el sueño	1 1 1 1
	*despertar frecuente (agitación motora)	2 2 2 2
	*insomnio con repercusión en las fases de vigilia	3 3 3 3
Reacciones psicomotoras		
ASEO Y VESTIDO	*posibilidades habituales sin cambio	0 0 0 0
	*posibilidades habituales poco disminuidas (precaución pero completas)	1 1 1 1
	*posibilidades habituales muy disminuidas (difíciles y parciales)	2 2 2 2
	*aseo y/o vestido imposibles.	3 3 3 3
MOVIMIENTO	*posibilidades habituales sin cambio	0 0 0 0
	*posibilidades habituales activas limitadas (disminuye su perímetro de marcha)	1 1 1 1
	*posibilidades habituales activas y pasivas limitadas	2 2 2 2
	*movimiento imposible (todo movimiento encuentra oposición)	3 3 3 3
Reacciones psicosociales		
COMUNICACIÓN INHABITUAL	*sin cambios	0 0 0 0
	*intensificada (atrae la atención de manera)	1 1 1 1
	* Disminuida (la persona se aísla)	2 2 2 2

	*ausencia o rechazo de toda comunicación	3	3	3	3
VIDA SOCIAL	*participación habitual en las distintas actividades (comidas, talleres)	0	0	0	0
	*participación en las distintas actividades solo bajo estímulo	1	1	1	1
	*rechazo parcial de participación en distintas actividades	2	2	2	2
	*Ausencia de toda vida social	3	3	3	3
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO	*comportamiento habitual	0	0	0	0
	*trastornos del comportamiento bajo estímulo y ocasional	1	1	1	1
	*trastornos del comportamiento bajo estímulos y permanente	2	2	2	2
	*trastornos del comportamiento permanentes y fuera de todo estímulo	3	3	3	3

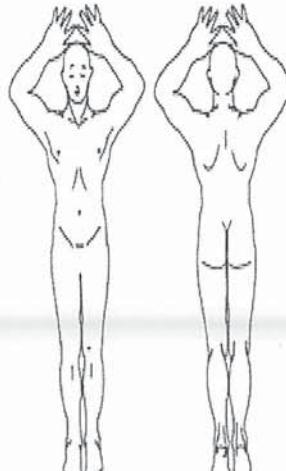
Fuente: Holen J, et al. Doloplus-2, a valid tool for behavioural pain assessment?BMC Geriatrics, 2007. (199)

Anexo 10. Áreas sugeridas para ser evaluadas detalladamente durante la historia clínica y el examen físico.

Áreas sugeridas para ser evaluadas detalladamente durante la historia clínica y el examen físico
Inicio/duración
Sitio(s) y número(s) de dolor(es)
Intensidad y severidad del dolor(es)
Irradiación del dolor(es)
Media de duración del dolor(es)
Cualidades del dolor(es)
Agravantes y atenuantes del dolor
<u>Áreas de la piel con alteraciones de la sensibilidad</u>
Historia de uso de analgésicos incluyendo: dosis, frecuencia, regularidad y efectos adversos
Creencias del paciente acerca del significado del dolor, efectividad del tratamiento y consecuencias de la terapia analgésica
Presencia de desórdenes psicológicos clínicamente significativos ejemplo: ansiedad y/o depresión
Consideraciones familiares, culturales, económicas, ideológicas acerca del dolor
Historia previa de abuso o adicción al alcohol u otras drogas
Terapias anteriores y actuales de tratamiento del dolor
Comorbilidades como enfermedades cardíacas o diabetes
Uso de otros medicamentos

Fuente: Ontario CC. Symptom Management Guides-to-Practice Pain. 2010.⁽²⁾

Anexo 11. Parámetros recomendados para evaluación al ingreso y controles.

Parámetros recomendados para evaluación al ingreso y controles											
Fecha dd/mm/aa	Nº biopsia que comprueba el cáncer	Ps	Peso (Kg)	Pulso	Presión Arterial	Frecuencia Respiratoria	Derivado desde				
EVA Ingreso	Características del dolor	Marque en el esquema corporal el sitio de localización del dolor con una X				Señale en el esquema corporal el sitio de irradiación del dolor					
 Esquema Corporal		Frecuencia en 24 horas		1 vez	2 a 4	5 y más					
		Duración en horas		Pocos minutos	1 hora	<1 hora					
		El dolor impide la actividad diaria		Nada	Regular	Mucho					
		El dolor impide el reposo		Nada	Regular	Mucho					
		El dolor impide el sueño		Nada	Regular	Mucho					
		El dolor cambia su humor		Nada	Regular	Mucho					
		El dolor altera su relación familiar		Nada	Regular	Mucho					
		El dolor altera su relación con los demás		Nada	Regular	Mucho					
		Factores que aumentan el dolor									
		¿Ha recibido tratamiento para el dolor?									
Tipo de síntomas y EVA	Náusea	<input type="checkbox"/>	Vómito	<input type="checkbox"/>	Prurito	<input type="checkbox"/>	Somnolencia	<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	
	Sequedad de mucosa	<input type="checkbox"/>	Fatiga	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	Anorexia	<input type="checkbox"/>	Depresión respiratoria	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	¿Cuál es su mayor preocupación?										
	¿Cómo cree usted que podemos ayudarle?										
	¿Cuál es su mayor molestia?										
¿Cómo siente la atención recibida?											

Fuente: Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica de Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y cuidados Paliativos. Tercera ed. Santiago de Chile, 2011. (13)

Anexo 12. Tablas de clasificación de dolor

Tipos de dolor	
A. Según duración	
A1	Agudo: limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico.
A2	Crónico: ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico.
B. Segundo su patogenia	
B1	Neuropático: está producido por un estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas.
B2	Nociceptivo: es el más frecuente y se divide en somático y visceral.
B3	Psicógeno: interviene el ambiente psicosocial que rodea al individuo. Es típica la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.
C. Segundo la localización	
C1	Somático: producido por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc).
C2	Visceral: producido por la excitación anormal de nociceptores viscerales.
D. Segundo el curso	
D1	Contínuo: persistente a lo largo del día y no desaparece.
D2	Irruptivo: exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlado con dolor de fondo estable.
E. Segundo la intensidad	
E1	Leve: puede realizar actividades habituales.
E2	Moderado: interfiere con las actividades habituales.
E3	Severo: interfiere con el descanso.
F. Segundo factores pronósticos de control de dolor (Escala de Edmonton)	
F1	Estadio I: buen pronóstico
F2	Estadio II: mal pronóstico
G. Segundo la farmacología	
G1	Responde bien a los opiáceos: dolores viscerales y somáticos.
G2	Parcialmente sensible a los opiáceos: dolor óseo y dolor por compresión de nervios periféricos.
G3	Escasamente sensible a los opiáceos: dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos.

Fuente: Puebla-Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S Dolor iatrogénico. Oncología, 2005. (200)

Anexo 13. Síndromes dolorosos en pacientes con cáncer.

Síndromes dolorosos en pacientes con oncológicos	
Causados por el cáncer	
Tumores con participación del hueso	<p>Metástasis en la bóveda y base del cráneo</p> <p>Metástasis en el cuerpo de la vértebra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fractura de la apófisis odontoide. - Metástasis a nivel de C7-T1 - Metástasis a nivel de L1 - Síndrome del sacro
Tumor con participación visceral	
Tumor con participación del sistema nervioso	<p>Neuralgia craneal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trigémino - Glosofaríngeo <p>Nervios periféricos</p> <p>Neuropatía intercostal</p> <p>Plexopatía braquial</p> <p>Plexopatía lumbosacra</p> <p>Radiculopatía</p> <p>Metástasis leptomenígea</p> <p>Compresión de la médula espinal</p> <p>Metástasis intracraneal</p>
Causados por el tratamiento del cáncer	
Post cirugía	<p>Dolor post operatorio agudo</p> <p>Síndrome post toracotomía</p> <p>Síndrome post mastectomía</p> <p>Síndrome post disección de cuello</p> <p>Síndrome del miembro fantasma</p>
Post quimioterapia	<p>Mucositis oral</p> <p>Espasmos vesicales</p> <p>Necrosis aséptica de la cabeza femoral</p> <p>Pseudo-reumatismo esteroidal</p> <p>Neuralgia post herpética</p> <p>Neuropatía periférica</p>
Post radioterapia	<p>Mucositis oral</p> <p>Esofagitis</p> <p>Quemadura de piel</p> <p>Fibrosis por radiación de los plexos braquial y lumbar</p> <p>Mielopatía por radiación</p> <p>Radiación inducida por un tumor segundo tumor primario</p>

Fuente:World Health Organization. Cancer pain relief. Second edition. Geneva, 1996.(105)

Anexo 14. Índice de Barthel, modificación de Granger con 15 actividades y 3 niveles de puntuación.

Índice de Barthel, modificación de Granger, con 15 actividades y 3 niveles de puntuación			
Índice de autocuidado	Independencia	Con ayuda	Dependencia
1. Beber de un vaso	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6. Aseo personal	5	0	0
7. Lavarse o bañarse	6	0	0
8. Control orina	10	5	0
9. Control heces	10	5	0
Índice de movilidad			
10. Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11. Entrar y salir de la ducha	1	0	0
12. Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
13. Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
14. Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0

Fuente: Cid-ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp Salud Pública. 1997.(201)

Anexo 15. Diario del dolor.

Diario del dolor										
Nombre del paciente:										
Fecha:										
Hora:										
¿Cuánto le duele?						¿Dónde le duele?				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SIN DOLOR	DOLOR LEVE	DOLOR MODERADO	DOLOR SEVERO	DOLOR MUY SEVERO	MÁXIMO DOLOR					
¿Cómo es su dolor?						¿Tomó la medicación? ¿Le pasó? ¿Tomó algo más? ¿Le pasó? SI NO SI NO SI NO SI NO				

Adaptado de: Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica de Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y cuidados Paliativos. Tercera ed. Santiago de Chile, 2011.⁽¹³⁾

Anexo 16. Intervenciones anestésicas

Tabla 6. Indicaciones y contraindicaciones del uso de analgesia neuroaxial.

Selección y elegibilidad del paciente
Dolor intratable a pesar de intervenciones farmacológicas agresivas por vías de administración convencionales (oral, rectal, transdérmica, subcutánea e intravenosa). Efectos adversos limitados de dosis habituales de medicamentos administrados por vías convencionales.
Contraindicaciones
Infección sistémica o local, activa, en el sitio de la inserción del catéter o de la implantación de la bomba.
Diátesis hemorrágica al momento del procedimiento.
Hipertensión intracraneal.
Patología espinal que impida una adecuada colocación de la medicación o que conlleve a ocasionar efectos adversos (ej.; estenosis severa de la columna vertebral)
Consideraciones adicionales
La selección del paciente debe ser considerada con cuidado.
Debe existir una apropiada disponibilidad de insumos, equipo y profesionales.
Debe existir disponibilidad de al menos 24 horas de manejo de enfermería y médico, que incluya la intervención de un profesional especializado en dolor.
Debe haber una alta expectativa que la aplicación de analgesia intra-espinal vaya a mejorar la calidad de vida y la funcionalidad del paciente.
Se debe solicitar consentimiento informado del paciente o de un tomador de decisiones sustituto.
Disponibilidad de enfermería domiciliaria y apoyo médico para el cuidado del catéter.
Si el método a utilizar es un sistema totalmente implantado, se debe realizar pruebas previas.
Si el método a utilizar es por medio de una bomba externa, no se necesitar realizar pruebas previas.

* Se recomienda referirse a la guía completa: *Palliative Care Clinical Program. Intrapspinal techniques for pain management in cancer patients*. Toronto, 2009. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=44119>

Fuente: Myers J, et al. Palliative Care Clinical Program. Intrapspinal techniques for pain management in cancer patients. Toronto, 2009.(202)

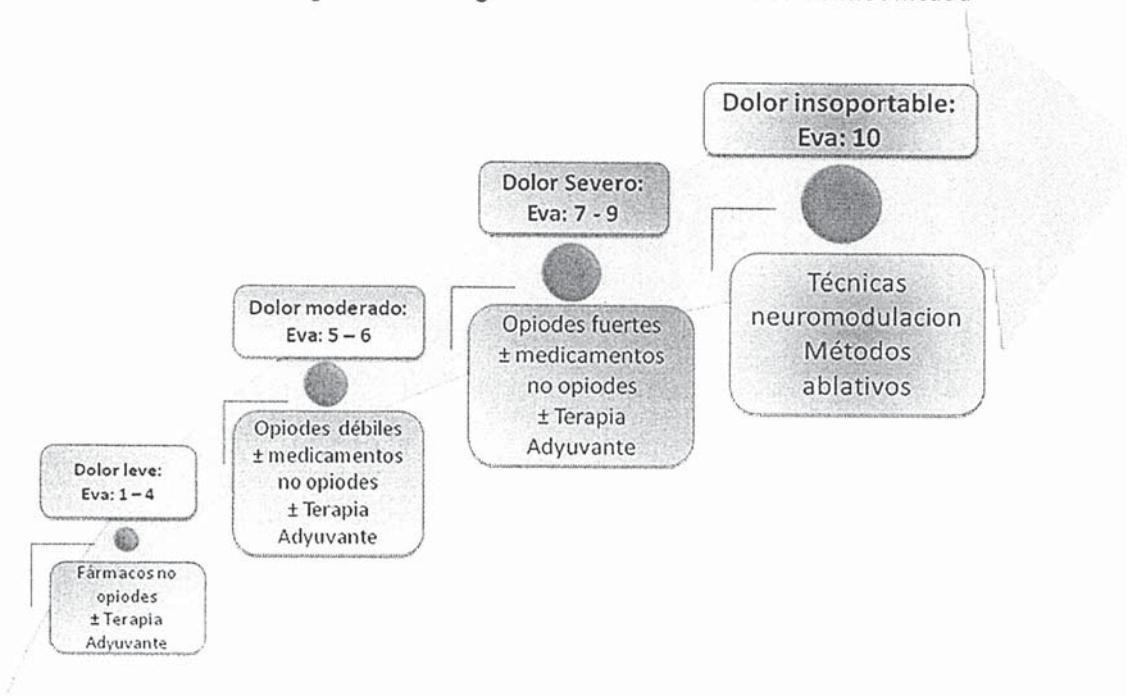
Tabla 7. Complicaciones y efectos adversos de la analgesia neuroaxial.

Depresión respiratoria
Cefalea
Infección (incluyendo abscesos, inflamación, sensibilidad, edema e hinchazón)
Alteración de la sensación, función motora y movilidad.
Daño neuronal o alteración del estado neurológico o mental [incluyendo; derrame de líquido cefalorraquídeo, higroma de líquido cefalorraquídeo, cefalea post punción, hematoma medular, granuloma medular (debido al uso prolongado del catéter y a altas dosis de opioides)]
Alteración del nivel de conciencia o sedación.
Tolerancia.
Depresión del sistema nervioso central.
Retención urinaria.
Derrame alrededor de la inserción del catéter.
Sangrado.
Náusea o vómito.
Constipación.
Prurito.
Hematoma o trauma tisular.
Dolor de espalda.
Parestesia.
Mioclonía
Hipotensión
Toxicidad cardiovascular
Mal control del dolor.

Fuente: Myers J, et al. Palliative Care Clinical Program. Intraspinal techniques for pain management in cancer patients. Toronto, 2009.(202)

Anexo 17. Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (modificada)

Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud modificada



"Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud modificada" Tomado de: Alvarez Rodriguez JA, Arranz Arrija F, Bajo-Bajo A, Carriero López B, Casal Codesido JR, Del Valle Cuadrado O, et al. Guía de Urgencias Oncológicas. Primera. Fernández Fernández G, editor. 2014. 1-112 p.

Fuente: Álvarez-Rodríguez JA, Arranz-Arrija F, Bajo-Bajo A, et al. Guía de Urgencias Oncológicas. Primera ed. Fernández-Fernández G, editor. 2014. (203)

Anexo 18. Características de los adyuvantes farmacológicos para el dolor neuropático

Tipos de drogas	Medicamentos específicos	Dosis	Efectos adversos importantes	Otros aspectos
Antidepresivos tricíclicos	Amitriptilina *Nortriptilina *Imipramina	Para todos comenzar con 25 mg hora sueño e incrementar gradualmente hasta 75-150 mg hora sueño. En ancianos frágiles, se puede iniciar con 10 mg. Titular cada 3-7 días	Boca seca, sedación, retención urinaria, constipación, boca seca especialmente con la amitriptilina	<ul style="list-style-type: none"> De forma general evitar el uso de amitriptilina especialmente en ancianos por los efectos adversos. No usar si: Bloqueo cardíaco de 2do y 3er grado en EKG, arritmias, aumento del intervalo QT, o historia de arritmias. NNT 2-3. No usar con SSRI.
SNRI	*Venlafaxina	37.5 – 300 mg diarios	Náusea, temblor, sedación	<ul style="list-style-type: none"> Se requieren ajustes de la dosis en insuficiencia renal. Se evidencia alguna respuesta en ensayos en dolor post-mastectomía. No usar con SSRI.
Anticonvulsivantes	Carbamazepina	200-600 mg diarios	Sedación, náusea	<ul style="list-style-type: none"> No usar si hay supresión de la médula ósea o disfunción hepática. Monitorizar cuentas leucocitarias y

Anticonvulsivantes				función hepática
				<ul style="list-style-type: none"> • No son particularmente efectivos.
Anticonvulsivantes	Gabapentina	300-3600 mg diarios. Titular cada 7 a 14 días comenzando con una dosis de 100 -300mg una vez al día o tres veces al día	Sedación, alteración cognitiva, edema periférico, ataxia con dosis mayores. Riesgo de depresión y suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuste de dosis en falla renal. • No descontinuar de forma súbita, usualmente en al menos 1 a 2 semanas.
	*Pregabalina	50-600 mg dosis diaria máxima. Titular cada 7 a 14 días. Comenzar con dosis de 25-50 mg diarios.		
Anticonvulsivantes	Fenitoína	300-600 mg diarios	Hipertrofia gingival, ataxia	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de niveles. • Tiene un pobre perfil de seguridad – interacciones con otras drogas. Eficacia limitada.
	Ácido valproico y sus derivados.	Depende la droga en específico.		<ul style="list-style-type: none"> • Pobre eficacia – no recomendado. • Monitoreo de formula leucocitaria y función hepática
Anticonvulsivantes	Lamotrigina	50-600 mg diarios.	Sedación, náusea, vómito, temblor.	
	*Topiramato	24-400 mg diarios.		<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna de estas drogas está recomendada, el NNT es alto y debería estar

				reservado para pacientes que no responden a otras drogas.
Cannabinoides	* Nabilona Delta-9-THC * TCH/cannabidiol en spray * Marihuana medicinal	0.5-6.0 mg diarios 5-20 mg diarios Comenzar con un puff (spray) cada 4 horas y titular	Sedación, temblor, rara vez falla cognitiva	- La marihuana médica está disponible bajo una licencia especial – no está recomendada generalmente.
Antagonistas NMDA	*Ketamina *Amantadina	Variable, puede ser administrado de forma oral, subcutáneo o intravenoso 100-400 mg diarios	Alteraciones cognitivas, sedación. Agitación, ansiedad, confusión, ataxia, sedación, piel moteada	<ul style="list-style-type: none"> • A ser usado por proveedores experimentados. • No muy efectivo y efectos adversos significativos.
Corticoesteroides	Prednisona Dexametasona	20-50 mg diarios 4-16 mg diarios	Efectos cushinoides, sangrado GI, edema, depresión, miopatía proximal, agitación, hiperexcitabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Uso limitado y a corto plazo. • Ha sido usado para limitar el dolor en la primera semana posterior a taxanos.

* Medicamento no consta en el CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud.

EAP: Programa de Acceso Excepcional; ODB: Beneficios de las Drogas de Ontario

Fuente: Ontario CC. Symptom Management Guides-to-Practice Pain. 2010.⁽²⁾

Anexo 19.Uso de Metadona en dolor oncológico.

Dosis de titulación

1. Cuando se prescribe metadona como primer opioide fuerte:

- Iniciar 5 mg (1-2,5 mg en ancianos) c/12 h y cada 3 h como rescate.
- Es necesario titular la dosis regular una vez a la semana, guiada según uso de rescates.
- Continúe con 5 mg de rescate o 1-2,5 mg en ancianos
- Con dosis mayores a 30 mg c/12 h, incrementa la dosis rescate a 1/6 o 1/10 de la dosis de 24 h, redondeado a dosis aproximada según presentaciones farmacológicas.

2. Cuando se prescribe metadona, en paciente recibiendo morfina:

Morfina vía oral a metadona vía oral

La morfina será suspendida abruptamente cuando se inicie metadona

- Si usa morfina de acción inmediata, administrar metadona 2 horas después de ultima dosis (dolor presente), o 4 horas después (dolor ausente).
- En caso de utilizar morfina de acción prolongada, se dosificara la primera dosis de metadona 6 horas después de ultima dosis (dolor presente) o 12 horas después (dolor ausente) de administrar la última dosis de morfina de 24 horas.
- Se debe administrar una dosis única de carga de metadona, correspondiente a 1/10 de la dosis total de morfina de 24 horas, con un máximo de 30 mg.
- Debe darse dosis rescates de metadona correspondiente a 1/3 de la dosis única de carga de metadona, redondeada según dosis aproximada según presentación farmacológica. No sobrepasar el máximo de 30 mg por dosis.

Ejemplo: morfina 300 mg/24 h vía oral = dosis carga de metadona 30 mg vía oral, y 10 mg c/3 h rescate

- En el día 6, la dosis completa de metadona de los 2 últimos días será dividida para 4, el resultado será la dosis regular cada 12 horas. Las dosis rescates serán el 1/6 o 1/10 de la dosis de 24 horas c/3 h.
- Si se requiere más de 2 dosis rescates de metadona diariamente, la dosis regular deberá ser corregida cada semana según el número de requerimientos del paciente.
- En pacientes con dolor severo, donde se requiere más analgesia con intervalo menor a 3 h, referirse al numeral 6.

3. Si está usando otro opioide fuerte, calcule la dosis diaria equivalente de morfina y luego siga las guías para convertir morfina a metadona.

4. Si convierte metadona vía oral a metadona subcutánea o intravenosa u otro opioide por infusión continua, guíese por las siguientes instrucciones:

Metadona vía oral a Metadona subcutáneo /intravenoso o infusión continua intravenosa/ infusión continua subcutánea

- Para convertir metadona vía oral a subcutánea, requiere dividir la dosis 24 h vía oral a la mitad para administración subcutánea/intravenosa. Por ejemplo 10 mg vía oral /24 h es igual a 5 mg subcutánea/24 h.
- Debido a su vida media larga, la metadona 10 mg/ml puede ser administrada subcutánea cada 8 h o c/12 h.
- Si la inyección subcutánea es dolorosa o si causa inflamación local,



administrarla vía intravenosa o en infusión continua, si la metadona por infusión continua causa reacción dérmica:

- Administrar solución diluida en 20-30 ml en una jeringa
- Cambiar el sitio de administración diariamente
- Considerar uso de hidrocortisona tópica al 1 % alrededor de la entrada de la aguja bajo un vendaje oclusivo
- Considere añadir dexametasona 1 mg para diluir la combinación de drogas (según compatibilidad medicamentosa)

Para dosis adicionales de metadona subcutáneo /intravenoso dar 1/6 a 1/10 de la dosis subcutáneo /intravenoso de 24 h cada 3 h.

Ejemplo: si metadona 20 mg subcutáneo /intravenoso /24 h, administrar 2 mg subcutáneo /intravenoso cada 3 horas por dolor en rescates.

Si se requiere más de 2 dosis rescates por día, la dosis subcutáneo /intravenoso de 24 h deberá incrementarse 1 vez a la semana, guiada por el requerimiento de rescates en esa semana.

Otros opioides infusión continua subcutánea / infusión continua intravenosa a Metadona infusión continua intravenosa/ infusión continua subcutánea

- La aproximación más segura para seguir el método de intercambio de vía oral a intravenosa, es utilizando inyecciones en bolos de metadona vía subcutáneo /intravenoso en vez de dosis de vía oral.
 - Convierta la dosis del opioide de 24 h subcutáneo /intravenoso a su equivalente vía oral, y determine la dosis de metadona de vía oral (dosis tituladas en el punto 2).
 - La dosis de metadona de subcutáneo /intravenoso es la mitad de la dosis de vía oral.
 - La dosis máxima inicial de metadona subcutáneo /intravenoso deberá ser 15 mg. Esto es una relación segura de conversión para algunos pacientes. La dosis subcutáneo /intravenoso es igual a la dosis vía oral.
5. Si hubo una rápida titulación del opioide previo a la rotación con metadona, calcular la dosis inicial de metadona usando la dosis de pre titulación del opioide rotado.
 6. Para pacientes con dolor severo, que requieren más analgesia en menos de 3 horas, las opciones incluyen:
 - tomar el opioide usado previamente c/h en rescates (50-100 % dosis usada antes de la rotación).
 - Si hay neurotoxicidad con el opioide previo use una dosis apropiada de otro opioide fuerte.
 - Utilice *Ketamina
 7. La rotación de metadona es exitosa (mejora el alivio del dolor y/o reduce la toxicidad) en alrededor del 75% de los pacientes.
 8. Si un paciente:
 - Está muy somnoliento, reducir la dosis entre 33-50% (algunos centros monitorizan el nivel de conciencia y frecuencia respiratoria cada 4 horas durante 24 h)
 - Si desarrolla síntomas de abstinencia al opioide previo, dar dosis rescates de dicho opioide adicional para controlar el cuadro.

* Medicamento no consta en el CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud.

Propuesta alterna titulación morfina a metadona

Métodos de rotación de morfina a metadona

Método Ripamonti et al.

Dosis morfina/24h previa	Ratio
• 30- 90 mg/ día	4:1
• 90-300 mg/día	8:1
• 300 mg/día	12:1

- Calcular la dosis de morfina oral/24 h y dividir entre 4 – 8 ó 12, para obtener la dosis total de metadona diaria en miligramos.
- Repartir la **dosis resultante** de metadona en 3 tomas y administrarlas cada 8 h. En insuficiencia hepática disminuir frecuencia de dosis a cada 12 h.
- La dosis rescate se calculará con 1/6 de la dosis total de metadona/24 h.
- Se recomienda ajustar la dosis de metadona cada 72 horas según las necesidades de rescates y continuar observando estrechamente al paciente durante las dos primeras semanas del cambio, mientras se alcanza la fase de equilibrio terapéutico.
- En el caso de somnolencia, diaforesis, náusea o vómito, disminuir a 1/3 la dosis total diaria de metadona y repartir cada 12 horas.
- En los ancianos, podría requerir ajustes posteriores pudiendo administrarse la metadona cada 12 – 24 h.

Método Mercante et al.*

Dosis morfina/24 h previa	Ratio fijo 5:1
---------------------------	-------------------

Método Bruera et al.

Dosis morfina/24 h previa	Ratio
• < 100 mg/día	Suspender opioide previo a iniciar 5 mg/8 h de metadona y 5 mg como dosis rescate
• > 100 mg/día	1er día: disminuir 30 – 50 % del opioide previo en ratio 10:1 2do día: disminuir un 30 – 50 % del opioide previo y aumentar la metadona si persiste dolor 3er día: retirar opioide previo y mantener metadona c/8h y usar rescates calculado 1/10 de dosis total diaria.

*En dicho estudio la dosis media utilizada fue de 125 mg/día de morfina con rango (30 mg-400 mg), siendo necesario una reducción de la dosis de metadona por efectos secundarios en aquellos pacientes que antes del cambio tenían una dosis media de morfina de 256 mg/día.

Fuente:Uso de metadona en el anciano con dolor oncológico: una revisión sistemática(204)

Anexo 20. Titulación rápida opioides

Titulación rápida de morfina en pacientes sin tratamiento previo con opioides (Instituto de Medicina Paliativa, India)

Prerrequisitos

- Dolor mayor a 5/10 de la escala numérica
- Probabilidad de respuesta completa o parcial a la morfina.

Método

- Obtener acceso venoso con cánula mariposa
- Administrar metoclopramida 10 mg vía intravenosa de forma rutinaria
- Diluir el contenido de una ampolla 10 mg de morfina en 10 ml (1 mg:1 ml)
- Inyectar 1-2 mg vía intravenosa c/10 minutos hasta que el paciente esté libre de dolor o se identifique sedación.
- Si el paciente experimenta náusea, administrar 5 mg vía intravenosa adicionales de metoclopramida.

Resultados

- Dosis requeridas (porcentajes aproximados):
- 1,5 – 4,5 mg (40%)
- 6 – 9 mg (40%)
- 10,5 – 15 mg (15%)
- >15 mg (5 %)
- Alivio completado en 80 %, ningún alivio en 1 %
- Abandono 2 %
- Efectos adversos: 32 %, otros 3 %.

Tratamiento en curso

Prescribir una dosis de morfina oral c/4horas similar a la dosis intravenosa. En dosis 3-6mg IV corresponde a 5 mg vía oral (jarabe). Si es necesario >2 rescates/24 horas aumentar dosis al día siguiente.

Traducida y modificada de: titulación rápida intravenosa/subcutánea de morfina en dolor severo por cáncer PCF 2014(153)(178)

Titulación rápida de morfina para pacientes en tratamiento opioide y aquellos que nunca han recibido opioides (basado en la práctica clínica Cleaveland, Ohio – EUA)

SECUENCIA	VIA INTRAVENOSA	VIA SUBCUTANEA
DOSIS	1 mg/min hasta 10 mg	2 mg c/5 min hasta 10 mg
PAUSA	5 minutos	10 minutos
DOSIS	1 mg/min hasta 10 mg	2 mg c/5 min hasta 10 mg
PAUSA	5 minutos	10 minutos
DOSIS	1 mg/min hasta 10 mg	2 mg c/5 min hasta 10 mg*

Dosis mantenimiento intravenosa/subcutánea: Considerar la dosis efectiva obtenida como la equivalente a recibir cada 4 horas.

EJEMPLO:

Dosis efectiva intravenosa = 9 mg morfina

Administración en horario regular = 9 mg intravenosa cada 4 horas

En bomba infusión continua = 9 mg x 6 dosis = 54 mg/24h

Dosis rescate 1/10 dosis 24h = 5 mg c/hora

*Revisar causa en control inadecuado de dolor después del total de 30 mg

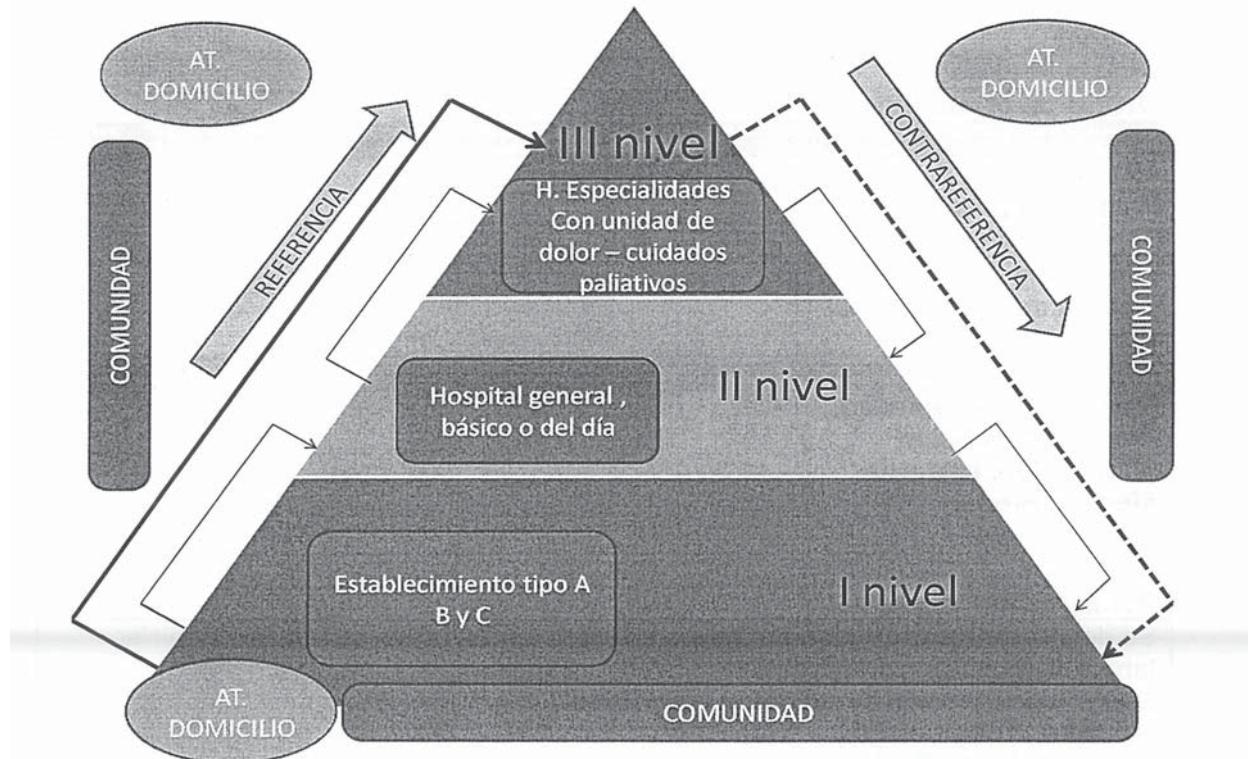
Traducida y modificada de: titulación rápida intravenosa/subcutánea de morfina en dolor severo por cáncer, PCF 2014(153)(174)(175)(176)

Anexo 21.Herramienta para valorar el riesgo de adicción (Opioid Risk Tool – ORT)

Herramienta para valorar riego de adicción de opioides Opiod Risk Tool (ORT)		
Marque una X en la casilla que corresponda	Femenino	Masculino
Historia familiar de abuso de sustancias		
Alcohol	1	3
Drogas ilegales	2	3
Drogas de prescripción	4	4
Historia Personal de abuso de sustancias		
Alcohol	3	3
Drogas ilegales	4	4
Drogas de prescripción	5	5
Edad entre 16 – 45 años	1	1
Historia de abuso sexual antes de los 12 años	3	0
Trastorno Psicológico		
Trastornos de ansiedad, Trastorno obsesivo compulsivo, trastorno afectivo Bipolar, Esquizofrenia	2	2
Depresión	1	1
Puntaje Total		
Se debe llevar a cabo esta herramienta en todos los pacientes que vayan a iniciar terapia analgésica con opioides.		
Riesgo para desarrollar adicción a opioides:		
Puntaje ≤ 3: bajo riesgo.		
Puntaje entre 4 y 7: riesgo moderado.		
Puntaje ≥ 8: alto riesgo.		

Fuente:Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. Pain Med. 2005;(205)

Anexo 22.

Pirámide de referencia – contrarreferencia Ministerio de Salud Pública.

Tomado de: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Norma de atención cuidados paliativos(206)

Anexo 23. Medicamentos avalados por esta Guía de Práctica Clínica

Paracetamol

ATC	N02BE01
Indicación avalada en esta guía	Dolor leve a moderado.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 500 mg Sólido rectal 100 mg y 300 mg Líquido parenteral 10 mg/ml
Dosis	<p>Vía Oral Adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 500 – 1000 mg vía oral cada 4 – 6 horas. - Dosis máxima: 4000 mg vía oral en 24 horas. <p>Vía Parenteral Adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar lentamente, en al menos 15 minutos. <p><50 kg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 12.5 mg/kg intravenosa c/4 horas. - Alternativa: 15 mg/kg intravenosa c/6 horas. - Dosis máxima: 750 mg/dosis o 3.75 g/día. <p>≥50 kg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 650 mg intravenosa c/4 horas. - Alternativa: 1000 mg intravenosa c/6 horas. - Dosis máxima: 4 g/día.
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Alcoholismo crónico. - Alteraciones hepáticas o renales. - Deficiencia de G6PD - Desnutrición crónica - Deshidratación severa - Riesgo de hepatotoxicidad a dosis altas y en administración crónica. - No se recomienda utilizar más de un producto que contenga paracetamol.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o sus componentes, hepatitis o Disfunción hepática, insuficiencia renal, alcoholismo, administración repetitiva en pacientes con anemia, enfermedad cardiaca, pulmonar o renal.
Efectos adversos	Frecuentes: Exantemas, urticaria, prurito, náusea. Poco frecuente: Fiebre medicamentosa, lesiones de mucosas. Raros: Hepatotoxicidad, ictericia colestática, necrosis hepática, alteraciones hematológicas: neutropenia, trombocitopenia, pancitopenia, anemia hemolítica, necrosis tubular renal aguda, anafilaxia, angioedema, malestar general, reacciones de la piel incluyendo el síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, pustulosis exantemática generalizada aguda, hipotensión, enrojecimiento, taquicardia, neumonitis
Interacciones:	<p>Disminución de la eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carbamazepina, fenitoína: inducción de metabolismo hepático y formación de metabolitos tóxicos. - Gabapentina: Disminuye los niveles de paracetamol al aumentar el metabolismo. - Ácido valproico: Disminuye los niveles de paracetamol al aumentar el metabolismo. <p>Aumento de los efectos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcohol, isoniazida, rifampicina: toxicidad aditiva, inducción de metabolismo hepático y formación de metabolitos tóxicos. - El ASA, naproxeno y demás AINE, especialmente en uso prolongado pueden producir necrosis papilar renal de mecanismo no conocido, así como enfermedad renal terminal y cáncer del riñón o vejiga producidos por analgésicos, aumentando el riesgo de nefrotoxicidad. - Nitroprusiato: efecto aditivo, aumenta el riesgo de metahemoglobinemia. - Warfarina: inhibición de su metabolismo hepático, incrementando el riesgo desangrado. - Heparina: Aumenta los efectos de la heparina, incrementa el riesgo de

	sangrado. - Metoclopramida: Efecto tóxico aumento de los niveles de paracetamol ya que mejora su absorción gastrointestinal. - Las unidades de salud habilitadas para la administración de paracetamol IV, deben contar con N acetil cisteína y un donador de grupos sulfidrilos que sirven como sustrato para el metabolito tóxico del paracetamol sustituyendo al glutatión
Uso en el embarazo	Categoría A. Se recomienda su uso

Diclofenaco

ATC	M01AB05
Indicación avalada en esta guía	Dolor agudo leve – moderado
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 50 mg Líquido parenteral 25 mg/ml
Dosis	Adultos: Vía oral Dosis usual: 100 mg vía oral por una ocasión. Después 50 mg vía oral cada 8 horas, si es necesario. Vía parenteral Dosis usual: 75 mg intramuscular una vez al día, o si se requiere para condiciones más severas 75 mg intramuscular dos veces al día. El tiempo recomendado de uso parenteral es de máximo 2 días.
Precauciones	- Utilizar únicamente por vía intramuscular la forma parenteral. - En los pacientes que requieran antiinflamatorios, su uso no debe exceder más de 3 días (excepto en prescripción de especialista de cuarto nivel de formación). - Todos los AINE se relacionan con un pequeño aumento del riesgo de episodios trombóticos. - Utilizar la dosis eficaz más baja y por el tiempo más corto posible, en caso de necesitar tratamiento a largo plazo este debe ser revisado periódicamente por el especialista. - No usar concomitantemente con otros AINE o anticoagulantes. - Lactancia y Niños (no se ha establecido seguridad). - Pacientes con diabetes e hipertensión. - Los AINE incrementan el riesgo de eventos cardiovasculares graves, infarto del miocardio y accidentes cerebro vasculares (ACV) que puede ser fatales. - Este riesgo aumenta con la duración de su uso. - Pacientes con enfermedad cardiovascular pre-existente o con factores de riesgo no deberán utilizarlo como analgésico o antes de intervenciones quirúrgicas vasculares. - Los AINEs aumentan el riesgo de efectos adversos graves cardiovasculares, renales, gastrointestinales. - Los efectos adversos gastrointestinales pueden ocurrir en cualquier momento durante su uso y sin síntomas de alarma previos. - Los adultos mayores tienen un riesgo mayor de presentar alteraciones gastrointestinales graves. - Hipertensión, retención de fluidos, tabaquismo, lupus eritematoso sistémico. - Enfermedad de Crohn, diverticulitis, colitis ulcerativa, puede empeorar su condición. - Alcoholismo y tabaquismo, aumentan riesgo de lesiones gástricas. - Enfermedades psiquiátricas, Epilepsia, Enfermedad de Parkinson. - Durante la conducción de vehículos puede producir vértigo u otros trastornos del SNC, incluyendo alteraciones visuales. NOTA: Paciente con dolor abdominal agudo no debe usar AINE.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento otros aine o sus componentes,



	reacciones anafilácticas, enfermedad hepática grave e insuficiencia renal, ulceración gastrointestinal recurrente o hemorragia digestiva, embarazo: 3er trimestre, discrasias sanguíneas, hipovolemia y deshidratación, evento cerebrovascular (incluyendo sospecha), antecedentes de asma, porfiria. Todos los AINEs están contraindicados en insuficiencia cardiaca severa, está contraindicado en enfermedad isquémica cardíaca, los pacientes hipertensos no deben usar antiinflamatorios.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Distención abdominal, flatulencia, dolor abdominal, dispepsia, náusea, anorexia, úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal, prurito, rash, tinitus, edema periférico, retención de fluidos, insuficiencia renal aguda, cefalea, somnolencia, mareo, vértigo, obnubilación, confusión mental, hipercoagulabilidad, exantemas, equimosis, incremento detransaminasas, depósitos cornéales.</p> <p>Poco frecuentes: Hepatitis, colestasis, agranulocitosis, anemia aplásica, púrpura, anemiahemolítica, leucopenia, hiper reactividad bronquial, incremento de urea nitrogenada, nefrotoxicidad, incremento de la azoados, hipertensión, ICC.</p> <p>Raros: Lesión tisular en el lugar de inyección, reacciones anafilácticas, dermatitis exfoliativa, síndrome de Stevens Johnson, necrólisis tóxica epidérmica, hepatitis (ocasionalmente letal), ictericia, depresión profunda, psicosis, alucinaciones, neutropenia, trombocitopenia, inducción o exacerbación de la colitis o enfermedad de Crohn, meningitis aséptica en pacientes con desordenes del tejido conectivo.</p>
Interacciones:	<p>Disminución de la eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antihipertensivos y antagonistas adrenérgicos: reduce la respuesta hipotensora, por aumento en la retención de sodio y agua. • Misoprostol: efecto antagónico de esta prostaglandina sintética, disminuye efectos farmacológicos de diclofenaco, así como sus efectos adversos especialmente gastrointestinales. • Sucralfato, colestiramina, colestipol: se reducen las concentraciones plasmáticas dediclofenaco, por disminución de su absorción. <p>Aumento de los efectos adversos con el uso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ácido acetil salicílico, otros AINE (incluso selectivos COX 2): por efectos aditivos, mayor riesgo de efectos adversos gastrointestinales, hepáticos, renales y cardiovasculares. <p>Contraindicado uso concomitante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • IECAs (ej. enalapril) y ARA-II (ej. losartán): aumenta el riesgo de insuficiencia renal. • Diuréticos: aumenta el riesgo de insuficiencia renal y desbalance electrolítico. • Insulina e hipoglucemiantes: incrementan el efecto hipoglucemiante. • Digitálicos, calcioantagonistas: aumentan sus efectos tóxicos, al desplazar su fracción ligada a proteínas plasmáticas. • Heparina, dipiridamol, clopidogrel, ASA, inhibidores selectivos de la recaptación de laserotonina: mayor riesgo de sangrado, por efecto antiplaquetario adicional. • Warfarina: desplaza fracción ligada a proteínas y aumenta el riesgo de sangrado. • Acido omega - 3, urokinasa, ácido valproico, glucosamina: efecto antiplaquetario adicional. • Ciclosporina: aumenta el riesgo de insuficiencia renal. • Glucocorticoides: aumenta el riesgo de hemorragia gastrointestinal. • Metotrexato: aumentan sus niveles plasmáticos y tóxicos, por disminución de la excreción renal. • Micofenolato, alelendronato: efecto tóxico aditivo. • Probenecid, alcohol, litio: por disminución de la excreción renal, mayor riesgo de efectos adversos, contraindicado uso simultáneo.
Uso en el embarazo	Categoría C.

Ketorolaco

ATC	M01AB15
Indicación avalada en esta guía	Tratamiento del dolor agudo moderado a severo, tratamiento a corto plazo del dolor postoperatorio agudo moderado a severo (duración máxima del tratamiento 2 días), dolor oncológico y cuidados paliativos.
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 30 mg/ml
Dosis	Adultos y niños mayores de 16 años: Intramuscular / intravenoso durante al menos de 15 segundos. Dosis inicial: 10 mg Después: 10-30 mg/ 4 - 6 horas durante el periodo postoperatorio. Máximo: 90 mg/día
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar únicamente por vía intramuscular la forma parenteral. • En los pacientes que requieran antiinflamatorios, su uso no debe exceder más de 3días (excepto en prescripción de especialista de cuarto nivel de formación). • Todos los AINE se relacionan con un pequeño aumento del riesgo de episodios trombóticos. • Utilizar la dosis eficaz más baja y por el tiempo más corto posible, en caso de necesitar tratamiento a largo plazo este debe ser revisado periódicamente por el especialista. • No usar concomitantemente con otros AINE o anticoagulantes. • Lactancia y Niños (no se ha establecido seguridad) • Pacientes con diabetes e hipertensión. • No usar ketorolaco para afecciones que requieran más de 2 días de analgesia, (excepto por prescripción por especialista de cuarto nivel de formación académica), en ese caso utilizar opiáceos. • Los AINE incrementan el riesgo de eventos cardiovasculares graves, infarto del miocardio y accidentes cerebro vasculares (ACV) que puede ser fatales. Este riesgo aumenta con la duración de su uso.+• Pacientes con enfermedad cardiovascular pre-existente o con factores de riesgo no deberán utilizarlo como analgésico o antes de intervenciones quirúrgicas vasculares. • Los AINEs aumentan el riesgo de efectos adversos graves cardiovasculares, renales, gastrointestinales. • Los efectos adversos gastrointestinales pueden ocurrir en cualquier momento durante su uso y sin síntomas de alarma previos. • Los adultos mayores tienen un riesgo mayor de presentar alteraciones gastrointestinales graves. • Hipertensión, retención de fluidos, tabaquismo, lupus eritematoso sistémico. • Enfermedad de Crohn, diverticulitis, colitis ulcerativa, puede empeorar su condición. • Alcoholismo y tabaquismo, aumentan riesgo de lesiones gástricas • Enfermedades psiquiátricas, Epilepsia, Enfermedad de Parkinson. • Durante la conducción de vehículos puede producir vértigo u otros trastornos del SNC, incluyendo alteraciones visuales. <p>NOTA: Paciente con dolor abdominal agudo no debe usar AINE.</p>
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento otros AINE o sus componentes, reacciones anafilácticas, enfermedad hepática grave e insuficiencia renal, Ulceración gastrointestinal recurrente o hemorragia digestiva, 3er trimestre de embarazo, discrasias sanguíneas, hipovolemia y deshidratación, evento cerebrovascular (incluyendo sospecha), antecedentes de asma, porfiria, todos los AINEs están contraindicados en insuficiencia cardiaca severa, está contraindicado en enfermedad isquémica cardíaca, los pacientes hipertensos no deben usar antiinflamatorios Duración del tratamiento mayor a 2 días, síndrome total o parcial de pólipos nasales, diátesis hemorrágicas
Efectos adversos	Similares a los AINE.



Interacciones:	Similares a las de diclofenaco.
Uso en el embarazo	Categoría D.

Ibuprofeno

ATC	M01AE01
Indicación avalada en esta guía	Dolor leve a moderado.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 400 mg
Dosis	<p>Utilizar la dosis efectiva más baja posible.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si bien es útil la administración oral con alimentos, las lesiones gastrointestinales de los AINEs son independientes de la vía de administración. Dependen directamente de su mecanismo de acción. • Discontinuar si se detecta alteraciones en pruebas funcionales renales o hepáticas. • Adultos y niños mayores de 12 años. • Dosis inicial: 300 mg - 400 mg / 3 - 4 veces al día si es necesario se incrementa a un máximo de 2.4 g al día. • Dosis de mantenimiento: 0.6 g - 1.2 g al día.
Precauciones	Similares a las de diclofenaco.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento otros AINE o sus componentes, reacciones anafilácticas, enfermedad hepática grave e insuficiencia renal, ulceración gastrointestinal recurrente o hemorragia digestiva, 3er trimestre de embarazo, discrasias sanguíneas, hipovolemia y deshidratación, evento cerebrovascular (incluyendo sospecha), antecedentes de asma, porfiria, todos los AINEs están contraindicados en insuficiencia cardíaca severa, está contraindicado en enfermedad isquémica cardíaca, los pacientes hipertensos no deben usar antiinflamatorios.
Efectos adversos	Similares a los de diclofenaco.
Interacciones:	Similares a las de diclofenaco.
Uso en el embarazo	Categoría B en el primer trimestre y D en el tercer trimestre, en general, si bien algunas indicaciones lo consideran seguro.

Omeprazol

ATC	A02BC01
Indicación avalada en esta guía	Manejo de úlcera gástrica relacionada con estrés y con AINEs.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 20 mg Sólido parenteral 40 mg
Dosis	<p>Vía oral: Prevención de úlcera inducida por AINEs: 20 mg vía oral una vez al día, por 4 semanas (extenderse 4 semanas más de ser necesario).</p> <p>Vía parenteral: La administración intravenosa directa se realiza en al menos 5 minutos en infusión continua.</p>
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Se ha asociado a diarrea por Clostridium difficile, hipomagnesemia (con uso prolongado). - Eleva los niveles de cromogranina A lo que puede dar falsos positivos en pruebas neuroendocrinas de tumores. - Compromete el metabolismo de los medicamentos cuyo metabolismo incluye CYP2C19 - Se ha reportado tumores carcinoides gástricos en dosis elevadas en animales, sin embargo no se ha demostrado en humanos.

	<ul style="list-style-type: none"> - Precaución en pacientes de avanzada edad, con riesgo de sufrir fracturas, infecciones entéricas y respiratorias. Evitar dosis altas o tratamientos prolongados (no más de 8semanas). - En adultos mayores: la excreción disminuye y aumentan los niveles plasmáticos. Aumento de aminotransferasas - transaminasas (ALT y AST); aumento de fosfatasa alcalina. - En pacientes con enfermedades hepáticas crónicas es necesario disminuir las dosis, especialmente para mantenimiento de esofagitis erosiva. - Sujetos con riesgo de malignidad: Puede enmascarar la presencia de cáncer gástrico. - Se ha reportado casos de hipergastrinemia y elevación moderada de las transaminasas en niños que lo han utilizado por períodos prolongados. (Más de 8 semanas).
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a los componentes.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Cefalea, dolores abdominales o cólicos, diarrea, náusea, vómito, flatulencias, mareo.</p> <p>Poco Frecuentes: Dolor muscular, cansancio, dolor de espalda; sueño; regurgitación ácida, rash y prurito.</p> <p>Raros: Eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis tóxica epidérmica; anemia, agranulocitosis, anemia hemolítica, leucocitosis, neutropenia, pancitopenia o trombocitopenia; hematuria, proteinuria; síntomas de infección de vías urinarias, nefritis intersticial, hepatotoxicidad.</p>
Interacciones:	<p>Disminuye la eficacia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sales de hierro, ketoconazol, itraconazol, clopidogrel, cefuroxima, cianocobalamina(B12), penicilina oral, ampicilina, dicloxacilina, erlotinib, atazanavir, rilpivirine. Disminuye la absorción de estos medicamentos al aumentar el pH gástrico. <p>Aumenta efectos adversos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Digoxina: por aumento de su absorción y sus niveles plasmáticos. - Claritromicina: inhibe el metabolismo hepático y aumentan los niveles plasmáticos de los dos medicamentos. - Warfarina: inhibe metabolismo hepático y aumentan niveles plasmáticos, con incremento del riesgo de sangrado - Ciclosporina, diazepam: inhibe metabolismo hepático y aumentan niveles plasmáticos
Uso en el embarazo	Categoría C.

Ranitidina

ATC	A02BA02
Indicación avalada en esta guía	Ulceración gástrica asociada a AINEs.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 150 mg Líquido parenteral 25 mg/ml
Dosis	<p>Vía oral:</p> <p>Adultos y mayores de 15 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 150 mg dos veces al día o 300 mg hora sueño por 4 – 8 semanas. <p>Vía parenteral:</p> <p>Administración Intravenosa lenta. Se recomienda diluir a una concentración de 2,5 mg/ml de dextrosa al 5 % o cloruro de sodio al 0,9 %, esto es, 50 mg en 20 ml de dextrosa al 5 % o cloruro de sodio al 0,9 %. Administrar la solución en al menos 3 minutos.</p> <p>Adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50 mg vía intravenosa cada 6 – 8 horas.
Precauciones	<p>Respuesta inadecuada al tratamiento de enfermedad por reflujo gastroesofágico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La terapia con ranitidina se asocia con un incremento del riesgo de enterocolitis necrotizante y desenlace fatal en prematuros de muy bajo



	<p>peso al nacer. (Valorar el riesgo beneficio en su utilización).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de enmascarar cáncer gástrico- Insuficiencia renal (ajustar la dosis). - Antes de comenzar tratamiento en pacientes con úlcera gástrica debe excluirse la posible existencia de un proceso maligno, ya que el tratamiento con ranitidina podría enmascarar los síntomas del carcinoma gástrico.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a los componentes. Porfiria, daño hepático, daño renal, alteración renal, EPOC, diabetes mellitus, inmunocomprometidos, fenilcetonuria.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Cefalea, mareo.</p> <p>Poco Frecuentes: Agitación, confusión, estreñimiento, diarrea, náusea, dolor abdominal, vómito.</p> <p>Raros: Pancreatitis aguda, bradicardia, broncoespasmo, depresión; alucinaciones (en edad avanzada o enfermos graves); reacciones de hipersensibilidad; alteraciones hematológicas como agranulocitosis, leucopenia, pancitopenia, trombocitopenia), hepatotoxicidad, alopecia e impotencia (en tratamientos prolongados).</p>
Interacciones:	<p>Disminuye la eficacia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sales de hierro, cefuroxima, captopril, ketoconazol e itraconazol: disminuye su absorción oral al aumentar el pH gástrico. Por tanto disminuye su eficacia; administrar 1 hora antes de ranitidina. <p>Aumenta efectos adversos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metformina: disminuye su excreción renal por competencia con el transporte activo para la excreción tubular, aumentan los niveles de metformina y sus efectos adversos, incluyendo acidosis láctica. Se recomienda vigilar la función renal. - Triazolam: incremento de absorción por alcalinización gástrica, con niveles altos detriazolam, con riesgo de depresión y alteraciones del SNC. - Warfarina: Inhibe su metabolismo hepático y aumenta riesgo de sangrado. Puede aumentar el INR. Monitorización constante.
Uso en el embarazo	Categoría B. Los fabricantes recomiendan evitar su uso, a menos que sea indispensable.

Ácido Zoledrónico

ATC	M05BA08
Indicación avalada en esta guía	Metástasis ósea desde tumores sólidos
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral o sólido parenteral 4 mg
Dosis	4 mg intravenosa cada 3 – 4 semanas.
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar control de la función renal antes y después del tratamiento con este fármaco. En caso de presentar algún tipo de insuficiencia se recomienda ajustar la dosis. - Administrar en infusión intravenosa lenta >15 minutos, la administración rápida se asocia anefotoxicidad - La administración de este fármaco se ha asociado a osteonecrosis mandibular. - Rehidratar adecuadamente a los pacientes que presenten hipercalcemia maligna, monitorizar los electrolitos antes y durante el tratamiento. - La administración de este fármaco puede causar defectos congénitos y muerte fetal. - Riesgo aumentado de fracturas subtrocantérica y diafisaria del fémur. Se deberá reevaluar periódicamente la necesidad de continuar con el tratamiento, especialmente en tratamientos de más de 5 años.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o sus componentes. Embarazo. Lactancia Insuficiencia renal grave ($\text{CrCl} < 35 \text{ ml/min}$). Hipocalcemia. Deficiencia de vitamina D

Efectos adversos	<p>Frecuentes: Náusea, fiebre, fatiga, vómito, constipación, disnea, diarrea, anorexia. Neutropenia, leucopenia, anemia, linfopenia. Dolor de huesos, artralgia, cefalea, mareo, insomnio.</p> <p>Infección del tracto urinario. Ansiedad. Reacciones de fase aguda, después de 3 días de iniciar la administración: fiebre, fatiga, dolor de los huesos o artralgias, migas, escalofríos y síntomas similares a la influenza, los cuales pueden persistir por más de 30 días.</p> <p>Poco Frecuentes: Hipofosfatemia, hipokalemia, hipomagnesemia. Eritema. Inflamación ocular con uveítis, escleritis, conjuntivitis, iritis, inflamación orbitaria. Hipertensión, bradicardia, hipotensión asociada con síncope o colapso circulatorio, especialmente en pacientes con factores de riesgo. Hematuria, proteinuria. Aumento de peso.</p> <p>Raros: Desordenes visuales, distorsión del gusto, hiperestesia, tremor, mucosa oral seca, calambres, bradicardia, hipotensión, reacciones de hipersensibilidad, hematuria, proteinuria. Diaforesis intensa. Calambres. Osteonecrosis de maxilar inferior. Fractura atípica subtrocantérica y diafisaria de fémur. Broncoespasmo especialmente asociado con ASA, enfermedad pulmonar intersticial, angioedema. Hiperkalemia, hipernatremia.</p>
Interacciones:	<p>Disminuye la eficacia con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASA, calcio en diferentes sales, hidróxido de aluminio, bicarbonato de sodio, citrato disminuye la absorción oral de ácido zoledrónico. <p>Aumenta efectos adversos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aminoglucósidos, ácido etacrínico, furosemida, bumetanida, fosfarnet: incrementa el riesgo de hipocalcemia por efecto sinérgico. - Amfotericina B, aciclovir, valaciclovir, ganciclovir, ciclosporina, penicilamina, mitomicina, vancomicina, talidomida: pueden potenciar los efectos nefrotóxicos.
Uso en el embarazo	Categoría C

Gabapentina

ATC	N03AX12
Indicación avalada en esta guía	Dolor neuropático periférico que no cede a otras alternativas.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 300 mg
Dosis	<ul style="list-style-type: none"> - Día 1: 300 mg vía oral una vez al día. - Día 2: 300 mg vía oral cada 12 horas. - Día 3: 300 mg vía oral cada 8 horas. - Mantenimiento: se puede incrementar hasta 600 mg vía oral cada 8 horas.
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar descontinuar el medicamento abruptamente por riesgo de presentar convulsiones. Disminuir gradualmente la dosis en un periodo mínimo de una semana. - Crisis convulsivas mixtas. - Historia de eventos psicóticos. - Incrementa los niveles de CPK, puede provocar rhabdomiolisis. - Puede provocar depresión del SNC y afectar la capacidad física o mental. - En niños de 3 a 12 años aumenta el riesgo de efectos neuro-psiquiátricos, incluyendo labilidad emocional, hostilidad, desórdenes del pensamiento e hipercinesia. - Incrementa el riesgo de suicidio. - Se ha presentado reacciones con eosinofilia y síntomas sistémicos de hipersensibilidad multiorgánica: Reacción a medicamentos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS). - Ancianos. - Diabetes mellitus.



	- Las altas dosis de la solución oral en los adolescentes y adultos con bajo peso corporal.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Ataxia, fatigas, somnolencia, mareo, náuseas, vómitos, gingivitis.</p> <p>Poco Frecuentes: Diplopía, nistagmus, temblor, ambliopía, dolor lumbar, estreñimiento, depresión, mucosa oral seca, disartria, dispesia, incremento del apetito, leucopenia, mialgias, nerviosismo, edema periférico, faringitis, prurito, vasodilatación, rinitis, ganancia de peso.</p> <p>Raros: Desórdenes visuales, anorexia, hipertensión arterial, artralgia, astenia, malestar general, parestesias, púrpura, vértigo, angioedema, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, fiebre, hiponatremia, ictericia.</p>
Interacciones:	<p>Disminuye la eficacia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antiácidos: disminuyen la absorción oral de gabapentina y su efecto anticonvulsivante. - ISRS, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, mefloquina: antagonizan el efecto antiepiléptico de gabapentina. <p>Aumenta efectos adversos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Naproxeno: incrementa la absorción de gabapentina. - Morfina: incrementa la biodisponibilidad de gabapentina - Orlistat: incrementa el riesgo de desarrollar convulsiones. - Cimetidina: altera ligeramente la excreción de gabapentina. - Paracetamol: disminuyen los niveles de paracetamol por incremento de su metabolismo, con mayor producción de metabolitos hepatotóxicos. - Relajantes musculares despolarizantes y no despolarizantes: antagonismo farmacodinámico produce disminución de los efectos de los relajantes musculares.
Uso en el embarazo	Categoría C

Amitriptilina

ATC	N06AA09
Indicación avalada en esta guía	Dolor neuropático
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 10 mg - 25 mg
Dosis	<ul style="list-style-type: none"> - La primera semana 12.5 mg e incrementar a la siguiente semana 12.5 mg la dosis varía de acuerdo a la edad del individuo, tolerancia y efectos indeseables - Dosis máxima: 150 mg
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - En pacientes en la fase maníaca de trastorno bipolar. - No administrar con medicamentos que prolongan el segmento QT. - Puede provocar pensamientos suicidas o cambios del comportamiento especialmente en niños, adolescentes y jóvenes. - Se debe observar cuidadosamente en busca de cambios del comportamiento, empeoramiento clínico y tendencias suicidas. Estos eventos generalmente se producen en los dos primeros meses de tratamiento. - No se ha aprobado su uso en pacientes pediátricos. - En adultos mayores y pacientes con sobrepeso. - Puede causar: sedación, diminución de las habilidades físicas y mentales, hipotensión ortostática. - Uso con precaución en pacientes con enfermedad cardiovascular, diabetes, manía, insuficiencia renal o hepática, disfunción tiroidea, convulsiones, retención urinaria, trastornos de la motilidad gastrointestinal, ileo paralítico y supresión de médula ósea. - Este medicamento tiene actividad antimuscarínica y puede provocar estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa, xerostomía.

	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar el uso con anticolinérgicos por el aumento de íleo paralítico e hipertermia. - No utilizar concomitantemente con macrólidos, dextrometorfán y pseudoefedrina.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes, IMAO en las 2semanas previas, infarto de miocardio reciente o enfermedades cardiovasculares, glaucoma de ángulo cerrado, porfiria y enfermedad uteroprostática.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Convulsiones, visión borrosa, palpitaciones, taquicardia, incremento del apetito y de peso, estreñimiento, náusea, vómito, diaforesis, somnolencia, desorientación, confusión, insomnio, ansiedad, retención urinaria, rash cutáneo, prurito y sequedad de la boca.</p> <p>Poco Frecuentes: Hipotensión ortostática, síncope, hipertensión, arritmias ventriculares, prolongación del segmento QT, bloqueo AV, convulsiones, exacerbación de psicosis, manía, ideas de suicidio, galactorrea y ginecomastia.</p> <p>Raros: Síndrome extrapiramidal, ataxia, íleo paralítico, agranulocitosis, leucopenia, trombocitopenia, disfunción sexual y síndrome neuroléptico maligno.</p>
Interacciones:	<p>Disminuye la eficacia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antiepilépticos: la administración concomitante de amitriptilina antagoniza el efecto anticonvulsivante. - Carbamazepina, fenobarbital: acelera el metabolismo de amitriptilina. - Estrógenos: disminuyen el efecto de la amitriptilina y otros antidepressivos tricíclicos. - Fenitoína: puede reducir los niveles plasmáticos de amitriptilina. <p>Aumenta efectos adversos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trióxido de arsénico: aumenta el riesgo de arritmias cardíacas. - Cimetidina: inhibe el metabolismo de la amitriptilina. - Disulfiram: incrementa los efectos adversos relacionados con la ingesta de alcohol. - Duloxetina: aumenta los efectos serotoninérgicos. - Fluconazol, cimetidina, diltiazem: incrementa los niveles plasmáticos de amitriptilina. - Hormonas tiroideas: aumenta su efecto con la administración concomitante de amitriptilina. - Adrenalina: aumenta el riesgo de hipertensión y arritmias cardíacas. - Alcohol, antihistamínicos, ansiolíticos, opioides e hipnóticos: aumenta los efectos sedantes del medicamento. - Amiodarona, disopiramida, droperidol, moxifloxacina, antipsicóticos, noradrenalina, pimozida, propafenona: incrementa el riesgo de arritmias cardíacas. - ISRS: puede incrementar los niveles plasmáticos de antidepressivos tricíclicos. - Antimuscarínicos: el uso concomitante con amitriptilina incrementa el riesgo de presentar reacciones adversas como mucosa oral seca, retención urinaria y estreñimiento, principalmente. - Anestésicos generales: aumentan el riesgo de hipotensión. - Oxibato sódico: sinergismo farmacodinámico. - Clonidina: la administración concomitante de amitriptilina reduce el efecto hipotensor de clonidina. - Warfarina y otros cumarínicos: amitriptilina puede alterar el efecto anticoagulante. Vigilar el INR. - Inhibidores de la MAO: incrementa el riesgo de excitación del sistema nervioso central manifestada principalmente por hipertermia, convulsiones y crisis hipertensiva. La administración de amitriptilina u otros antidepressivos tricíclicos puede realizarse luego de dos semanas de la suspensión de IMAO. - La amitriptilina al igual que otros antidepressivos tricíclicos pueden reducir el efecto de los nitratos especialmente si son administrados vía sublingual. - Resagilina: riesgo de neurotoxicidad.



Uso en el embarazo	Categoría C. Utilizar sólo si el beneficio potencial para la madre justifique el riesgo.
---------------------------	--

*Indicación que no consta en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos 9na edición.

Fluoxetina

ATC	N06AB03
Indicación avalada en esta guía	Terapia coadyuvante en dolor neuropático*
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 20 mg
Dosis	-20 mg vía oral una vez al día con incrementos (si es necesario) cada 3-4 semanas hasta máximo de 60mg/día
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Puede provocar pensamientos suicidas o cambio del comportamiento especialmente en niños, adolescentes y jóvenes. - Se debe observar cuidadosamente en busca de cambios del comportamiento, empeoramiento clínico, y tendencias suicidas. Estos eventos generalmente se producen en los dos primeros meses de tratamiento. - Suspender el tratamiento si se observa empeoramiento conductual o tendencias suicidas que no sean parte de los síntomas usuales del paciente. - Se ha reportado síndrome serotoninérgico con la administración de este medicamento, sin embargo existe un riesgo mayor con la ingesta concomitante de otros agentes serotoninérgicos. (triptanes, antidepresivos tricíclicos, fentanilo, litio, tramadol buspirona especialmente). - En pacientes que se encuentran en tratamiento con antidepresivos tricíclicos se recomienda esperar un periodo de 3 semanas antes de iniciar fluoxetina. - Uso con precaución en pacientes con antecedente de convulsiones. - Se ha reportado episodios ansiosos, insomnio y pérdida importante de peso, que generalmente se acompaña con disminución del apetito. - Los cambios en las dosis generalmente no se reflejan en los niveles plasmáticos sino hasta semanas después. - El riesgo de presentar sangrado gastrointestinal incrementa, especialmente cuando se administra conjuntamente con AINEs, ácido acetil salicílico, o drogas que actúan sobre la coagulación. - Pacientes con glaucoma agudo de ángulo cerrado. - Pacientes diabéticos puede alterar los niveles de glucemia. - Puede prolongar el intervalo QT y causar arritmias ventriculares y torsión de pointes. Hiponatremia (ancianos) - Pacientes con enfermedades cardíacas y diabetes
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes, administración concomitante con pimozida o tioridazina y en el tratamiento con inhibidores de la MAO (ver precauciones).
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Cefalea, náusea, insomnio, anorexia, ansiedad, astenia, diarrea, nerviosismo y somnolencia.</p> <p>Poco Frecuentes: Convulsiones, sequedad de la mucosa oral, dispepsia, tremor, decremento de la libido, sabor anormal, agitación, dolor torácico, insomnio, ansiedad, hiponatremia, polaquiuria, prolongación del intervalo QT, producción de arritmia ventricular, midriasis, hipoglucemias y alteración de los controles de glicemia en pacientes con diabetes.</p> <p>Raros: Escalofríos, confusión, otalgia, hipotensión, incremento o decremento del apetito, palpitaciones, tinnitus, vértigo, ganancia o pérdida de peso, activación de manía/hipomanía (evaluar la posibilidad de desorden bipolar) y convulsiones cuando se asocia a terapia electroconvulsivante.</p>
Interacciones:	<p>Disminuye la eficacia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nevirapina, rifampicina: inducción del metabolismo hepático. <p>Aumenta efectos adversos de:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibidores de la MAO: se ha reportado serios e incluso fatales reacciones que incluyen hipertermia, rigidez, mioclonos, inestabilidad autonómica, con fluctuaciones de los signos vitales y cambios del estado mental que incluyen agitación extrema, delirio y coma. - Pimozida, cisaprida, amiodarona: fluoxetina produce disminución del metabolismo de estos medicamentos y riesgo de prolongación del intervalo QT. - Tioridazina, linezolid, selegilina, tranielcipromina, metoclopramida: incrementa el riesgo de presentar síndrome serotoninérgico por inhibición de la MAO-A e incremento de los niveles de serotonina. Suspender estos medicamentos e iniciar la terapia con fluoxetina por lo menos 24 horas después. Con metoclopramida puede presentar además síndrome neuroléptico maligno u otros síntomas extra piramidales. - Antidepresivos tricíclicos típicos y atípicos, antipsicóticos y antiarrítmicos: fluoxetina inhibe la actividad del CYP2D6 incrementando los niveles plasmáticos de estos medicamentos. - Antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos (haloperidol), anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina): la administración conjunta con fluoxetina incrementa los niveles plasmáticos de estos medicamentos. - Benzodiacepinas: la administración conjunta con fluoxetina incrementa la vida media de este medicamento. - Litio: los niveles séricos de este medicamento son fluctuantes y pueden presentar incrementos o decrementos plasmáticos. - Ácido acetil salicílico, AINEs, warfarina: Incrementan el riesgo de sangrado gastrointestinal por inhibición del metabolismo hepático.
Uso en el embarazo	Categoría C. Se ha asociado con malformaciones cardiovasculares en el primer trimestre. En el tercer trimestre se asocia con hipertensión pulmonar persistente en el neonato, que podría requerir hospitalización prolongada, soporte respiratorio y alimentación por sonda nasogástrica.

* Indicación que no consta en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos 9na edición.

Dexametasona

ATC	H02AB02
Indicación avalada en esta guía	Terapia coadyuvante en dolor neuropático*
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 4 mg y 8 mg Líquido parenteral 4 mg/mL
Dosis	4-16 mg diarios vía oral
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Los corticoides aumentan las concentraciones de glucosa en sangre, pueden ser necesarios ajustes de la dosificación de los agentes hipoglucemiantes. - Puede reducirse al mínimo las reacciones adversas utilizando la dosis mínima eficaz durante el periodo más corto requerido. - Atrofia cortico-suprarrenal cuyas concentraciones plasmáticas han superado a las fisiológicas por un periodo mayor a 3 semanas. - El retiro del glucocorticoide posterior al uso prolongado del mismo podría provocar una insuficiencia renal aguda. - Es necesario informar al anestesiólogo si el paciente está recibiendo glucocorticoides para prever una caída de la presión arterial durante un procedimiento quirúrgico o inmediatamente después. - Insuficiencia suprarrenal. - Arritmia cardiaca, bradicardia, colapso circulatorio y parada cardíaca en la administración intravenosa de cantidades elevadas y de forma rápida. - Signos de infección activa, cirrosis herpес simple ocular, hipertensión, diverticulitis, hipotiroidismo, miastenia gravis, úlcera péptica, osteoporosis, colitis ulcerativa, insuficiencia renal, diabetes, patologías tromboembólicas. - Epilepsia, Glaucoma. - Infecciones virales (varicela, sarampión, herpes simple ocular, HIV). La varicela es un motivo de gran preocupación, ya que esta enfermedad, que



	<p>normalmente no es grave, puede ser mortal en los pacientes inmunosuprimidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anastomosis intestinales recientes. - Psicosis aguda y trastornos afectivos. - Niños y Adultos mayores, son más susceptibles a efectos adversos. En niños hay mayor riesgo de hipertensión intracranial y retardo en el crecimiento. - Síndrome de supresión, especialmente luego de uso prolongado, con insuficiencia suprarrenal aguda y grave, que puede poner en peligro la vida. - No efectivo en síndrome de dificultad respiratoria en neonatos. - Mínima actividad de retención de sodio, pero puede incrementarse con altas dosis. - Considerar el uso de un mineral o corticoide en insuficiencia suprarrenal. - Puede ocasionar reactivación de infecciones latentes o la exacerbación de infecciones recurrentes, dar tratamiento en la amebiasis activa antes de iniciar el tratamiento con glucocorticoides. - Incremento de la presión intracranial en niños después de suspender la terapia. - Promueve la reactivación de tuberculosis latente. - Aumenta el riesgo de perforación en úlceras activas, latentes diverticulitis, anastomosis intestinales recientes, colitis ulcerosa inespecífica. - Aumento de la excreción de calcio.
Contraindicaciones	Infecciones sistémicas por hongos, hipersensibilidad a los corticosteroides, infecciones sistémicas sin terapia antimicrobiana adecuada, vacunación con virus vivos en pacientes que requieren dosis inmunosupresoras de corticoides, glaucoma, infección periocular, incluyendo infección viral en cornea o conjuntiva.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: visión borrosa, incremento del apetito, indigestión, nerviosismo, náusea, vómito, dispepsia, hiporexia, retención hídrica y de sodio, edema, cefalea, mareo, vértigo, insomnio, ansiedad, hipertensión arterial, hipokalemia, hiperglicemia. Síndrome Cushing, atrofia de la piel, acné, hirsutismo, miopatías, ruptura de tendones y cicatrización deficiente de heridas por uso crónico, irregularidades menstruales, equimosis, reacción anafiláctica, angioedema, dermatitis alérgica.</p> <p>Poco Frecuentes: Insuficiencia suprarrenal, inmunosupresión, fracturas y osteoporosis con uso prolongado, artralgias, psicosis, úlcera péptica, insuficiencia cardíaca congestiva, anafilaxia, pseudo tumor cerebral, alteraciones de crecimiento, osificación y pancreatitis en niños, cambios en la coloración de la piel, cataratas, convulsiones, diabetes mellitus.</p> <p>Raros: Reacciones alérgicas, urticaria, delirio, desorientación, euforia, episodios maníaco depresivos, paranoia, psicosis, ceguera súbita.</p>
Interacciones:	<p>Disminuye la eficacia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carbamazepina, barbitúricos, fenitoína, rifampicina: por inducción enzimática, disminuyen niveles plasmáticos de corticoesteroides. - Anticonceptivos orales: pueden disminuir sus concentraciones plasmáticas y ocurrir falla contraceptiva. - Hormona de crecimiento: pueden disminuir sus concentraciones. - Hormona tiroidea y antitiroideos: ajustar las dosis del corticoide, porque la metabolización del mismo está aumentada en hipertiroidismo y disminuida en hipotiroidismo. - Neostigmina: Posible efecto antagonista, disminuye respuesta estimuladora de neostigmina sobre placa mioneuronal. - Vacunas vivas (Sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, rotavirus): puede disminuir la respuesta inmunológica. Vacunar luego de 3 meses de recibir corticoides sistémicos. <p>Aumenta efectos adversos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AINEs (incluyendo selectivos COX2): efectos aditivos, incrementan riesgo de sangrado GI y edema por retención hidro-salina. - Albendazol: mayor riesgo de toxicidad, por mecanismo desconocido. - Andrógenos: efecto aditivo aumenta riesgo de hipercalcemia, edema y otros efectos adversos.

	<ul style="list-style-type: none"> - Anticonceptivos orales y estrógenos: aumentan los efectos tóxicos de los corticoesteroides. - Amiodarona, amfotericina B, agonistas beta 2 adrenérgicos (salbutamol): por efectos aditivos, mayor riesgo de efectos adversos e hipokalemia. - Diazóxido: efectos aditivos, aumenta riesgo de hiperglicemia. - Digoxina: por hipokalemia, mayor riesgo de arritmias. - Diuréticos tiazídicos: disminuye eficacia diurética pero aumenta riesgo de hipokalemia. - Imidazoles, macrólidos, quinolonas (ofloxacino, norfloxacina, levofloxacina y otras): mayor riesgo de arritmia cardíaca por hipokalemia y prolongación del intervalo QT. Con quinolonas aumenta también riesgo de ruptura del tendón de Aquiles. - Inhibidores de la proteasa: por inhibición del P450 aumentan efectos tóxicos de corticoesteroides. - Metformina, sulfonilureas, insulina: disminuye eficacia de hipoglucemiantes por efecto antagonista. - Metotrexato y otros inmunosupresores: por efecto sinérgico aumenta riesgo de infecciones. - Paracetamol: aumenta riesgo de hepatotoxicidad. - Warfarina: incrementan riesgo de sangrado GI.
Uso en el embarazo	Categoría C

* Indicación que no consta en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos 9na edición.

Prednisona

ATC	H02AB07
Indicación avalada en esta guía	Terapia coadyuvante en dolor neuropático*
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 5 mg y 20 mg
Dosis	20-50 mg diarios
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Puede reducirse al mínimo las reacciones adversas utilizando la dosis mínima eficaz durante el periodo más corto requerido. - Atrofia cortico-suprarrenal cuyas concentraciones plasmáticas han superado a las fisiológicas por un periodo mayor a 3 semanas. - El retiro del glucocorticoide posterior al uso prolongado del mismo podría provocar una insuficiencia renal aguda. - Es necesario informar al anestesista si el paciente está recibiendo glucocorticoides para prever una caída de la presión arterial durante un procedimiento quirúrgico o inmediatamente después. - Insuficiencia suprarrenal. - Pacientes que reciben dosis superiores a 32 mg al día. - Arritmia cardíaca, bradicardia, colapso circulatorio y parada cardíaca en la administración intravenosa de cantidades elevadas y de forma rápida. - Signos de infección activa, cirrosis herpес simple ocular, hipertensión, diverticulitis, hipotiroidismo, miastenia gravis, úlcera péptica, osteoporosis, colitis ulcerativa, insuficiencia renal, diabetes, patologías tromboembólicas. - Epilepsia, Glaucoma. - Infecciones virales (varicela, sarampión, herpes simple ocular, HIV). La varicela es un motivo de gran preocupación, ya que esta enfermedad, que normalmente no es grave, puede ser mortal en los pacientes inmunosuprimidos. - Anastomosis intestinales recientes. - Psicosis aguda y trastornos afectivos. - Niños y Adultos mayores, son más susceptibles a efectos adversos. En niños hay mayor riesgo de hipertensión intracraneal y retardo en el crecimiento. - Síndrome de supresión, especialmente luego de uso prolongado, con insuficiencia suprarrenal aguda y grave, que puede poner en peligro la vida. - No efectivo en síndrome de dificultad respiratoria en neonatos.

U U () / - 2017

	<ul style="list-style-type: none"> - Mínima actividad de retención de sodio, pero puede incrementarse con altas dosis. - Considerar el uso de un mineral o corticoide en insuficiencia suprarrenal. - Puede ocasionar reactivación de infecciones latentes o la exacerbación de infecciones recurrentes, dar tratamiento en la amebiasis activa antes de iniciar el tratamiento con glucocorticoides. - Incremento de la presión intracranial en niños después de suspender la terapia. - Promueve la reactivación de tuberculosis latente. - En pacientes que realizan actividad física extenuante pueden presentar el síndrome de Duchenne caracterizado por rabdomiolisis y mioglobinuria.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a los corticosteroides. Infecciones sistémicas sin terapia antimicrobiana adecuada, shock séptico, vacunación con virus vivos en pacientes que requieren dosis inmuno supresoras de corticoides, infecciones oftálmicas causadas por bacterias, hongos o virus, pues puede exacerbar la infección, insuficiencia adrenal primaria o secundaria, hiperplasia adrenal congénita, tiroiditis subaguda no supurativa
Efectos adversos	<p>Frecuentes: visión borrosa, incremento del apetito, indigestión, nerviosismo, Náusea, vómito, dispepsia, hiporexia, retención hídrica y de sodio, edema, cefalea, mareo, vértigo. Insomnio, ansiedad, hipertensión arterial, hipokalemia. Hiperglicemia, Síndrome Cushing, atrofia de la piel, acné, miopatías, irregularidades menstruales, equimosis.</p> <p>Poco Frecuentes: Insuficiencia suprarrenal, inmunosupresión, fracturas y osteoporosis con uso prolongado, artralgias, trastornos psicóticos, úlcera péptica, retención de líquidos y sodio, insuficiencia cardíaca congestiva, hipersensibilidad, alteraciones de crecimiento, osificación y pancreatitis en niños, cambios en la coloración de la piel, cataratas, convulsiones, exacerbación de Diabetes mellitus, ruptura de tendones y cicatrización deficiente de heridas por uso crónico.</p> <p>Raros: Reacciones alérgicas, urticaria, delirio, desorientación, euforia, episodios maníaco depresivos, paranoia, psicosis, ceguera súbita, hipercolesterolemia.</p>
Interacciones:	<p>Disminuye la eficacia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carbamazepina, barbitúricos, fenoitoína, rifampicina: por inducción enzimática, disminuyen niveles plasmáticos de corticosteroides. - Anticonceptivos orales: pueden disminuir sus concentraciones plasmáticas y ocurrir falla contraceptiva. - Hormona de crecimiento: pueden disminuir sus concentraciones. - Hormona tiroidea y antitiroideos: ajustar las dosis del corticoide, porque la metabolización del mismo está aumentada en hipertiroidismo y disminuida en hipotiroidismo. - Neostigmina: posible efecto antagonista, disminuye respuesta estimuladora de neostigmina sobre placa mioneuronal. - Vacunas vivas (Sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, rotavirus): puede disminuir la respuesta inmunológica. Vacunar luego de 3 meses de recibir corticoides sistémicos. <p>Aumenta efectos adversos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AINEs (incluyendo selectivos COX2): efectos aditivos, incrementan riesgo de sangrado GI y edema por retención hidro-salina. - Albendazol: mayor riesgo de toxicidad, por mecanismo desconocido. - Andrógenos: efecto aditivo aumenta riesgo de hipercalcemia, edema y otros efectos adversos. - Anticonceptivos orales y estrógenos: aumentan los efectos tóxicos de los corticoesteroides. - Amiodarona, amfotericina B, agonistas beta 2 adrenérgicos (salbutamol): por efectos aditivos, mayor riesgo de efectos adversos e hipokalemia. - Diazoxido: efectos aditivos, aumenta riesgo de hiperglicemia. - Digoxina: por hipokalemia, mayor riesgo de arritmias. - Diuréticos tiazídicos: disminuye eficacia diurética pero aumenta riesgo de hipokalemia. - Imidazoles, macrólidos, quinolonas (ofloxacino, norfloxacina, levofloxacina)

	<p>y otras): mayor riesgo de arritmia cardíaca por hipokalemia y prolongación del intervalo QT. Con quinolonas aumenta también riesgo de ruptura del tendón de Aquiles.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inhibidores de la proteasa: por inhibición del P450 aumentan efectos tóxicos de corticoesteroides. - Metformina, sulfonilureas, insulina: disminuye eficacia de hipoglucemiantes por efecto antagonista. - Metotrexato y otros inmunosupresores: por efecto sinérgico aumenta riesgo de infecciones. - Paracetamol: aumenta riesgo de hepatotoxicidad. - Warfarina: incrementan riesgo de sangrado GI
Uso en el embarazo	Categoría C

* Indicación que no consta en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos 9na edición.

Carbamazepina

ATC	N03AF01
Indicación avalada en esta guía	Terapia coadyuvante en dolor neuropático
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 200 mg Sólido oral (liberación controlada) 400 mg
Dosis	200-600 mg diarios
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - En personas con genotipo HLA-B*1502 positivo, con ancestros de origen asiático, aumenta el riesgo de síndrome de Steven Johnson y necrólisis tóxica epidémica. - La presencia del alelo HLA-A*3101 se asocia con reacciones de hipersensibilidad inducida por carbamazepina, entre personas con ancestros norte europeos. - Riesgo significativo de anemia aplásica y agranulocitosis. Discontinuar si se presenta depresión medular. - Potencial comportamiento suicida reportado por la Food and Drug Administration (FDA). - Retirar el medicamento gradualmente. - Puede exacerbar las convulsiones. - Disminuye el efecto de los anticonceptivos, se recomienda usar contracepción adicional. - Puede ocasionar hiponatremia, especialmente en adultos mayores. - No debe ser usado como analgésico, no usar para molestias leves. - Pacientes con alteraciones hematológicas. - Convulsiones atónicas, mioclónicas o episodios de ausencia. - Insuficientes renales o hepáticos. - Enfermedades cardiovasculares, en alteraciones de la conductancia cardíaca. - Riesgo incrementado de producir arritmias. - En pacientes con lupus eritematoso sistémico. - En depresión del sistema nervioso central. - En uso frecuente de alcohol. - Precaución al conducir o manejar maquinarias o al realizar trabajos que requieran atención y coordinación.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o sus componentes, uso de IMAO concomitante o en los últimos 14 días, depresión medular, porfiria, evitar la supresión abrupta del medicamento, hepatitis, embarazo (1er trimestre).
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Ataxia, mareo, somnolencia, náusea, vómito, temblor, visión borrosa, nistagmus, rash, confusión, elevación de ALT y AST, debilidad, fatiga, fotosensibilidad.</p> <p>Poco Frecuentes: Aplasia medular, agranulocitosis, pancitopenia, depresión medular, trombocitopenia, leucopenia, leucocitosis, eosinofilia, anemia, porfiria intermitente, necrólisis epidémica tóxica, síndrome de</p>



	<p>Steven Johnson, rash eritematoso o pruriginoso, dermatitis exfoliativa, eritema multiforme y nodoso, púrpura, agravamiento de LES, alopecia, diaforesis, insuficiencia cardiaca, edema, hipertensión, hipotensión, síncope, arritmias, bloqueoscárdicos, tromboflebitis, tromboembolismo, adenopatía y linfadenopatía, colestasis, ictericia hepatocelular, hipersensibilidad pulmonar caracterizada por fiebre, disnea, neumonitis o neumonía, retención urinaria aguda, oliguria con elevación de la presión sanguínea, azoemia, insuficiencia renal, impotencia.</p> <p>Raros: Adenopatías, polineuropatías, movimientos involuntarios, pancreatitis, constipación, estreñimiento, estomatitis, glositis, fotosensibilidad, impotencia.</p>
Interacciones:	<p>Disminuye la eficacia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Azoles (antifúngicos): disminuye el nivel de los antifúngicos y aumenta los niveles decarbamazepina, con incremento de su toxicidad, por alteración de su metabolismo hepático. - Contraceptivos orales: inducción de metabolismo hepático. Utilizar método contraceptivo adicional. - Doxorubicina, doxiciclina: mecanismo no establecido. - Isotretinoína: mecanismo no establecido, disminuye su efectividad. - Meperidina: inducción de metabolismo hepático y mayor toxicidad por aumento de niveles de noradrenalina. - Nevirapina: inducción de metabolismo hepático y disminución de sus niveles plasmáticos de carbamazepina. - Tramadol, carvedilol, ciclosporina, sulfonilureas, teofilina, hormonas tiroideas, cafeína, metilfenidato, mirtazapina, quinidina, disopiramida, dapsona, fentanilo, imatinib, colchicina, estrógenos progestágenos para TRH, montelukast, paclitaxel, sildenafil, tinidazol, warfarina: inducción de metabolismo hepático y disminución de la eficacia de estos medicamentos. - Warfarina: disminuye el efecto anticoagulante. <p>Aumenta efectos adversos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antihistamínicos, sedantes: incrementan el riesgo de depresión del SNC. - Adenosina: mecanismo no conocido, aumenta depresión cardíaca. - Ritonavir, indinavir, saquinavir: alteración del metabolismo hepático, aumenta toxicidad de carbamazepina y disminuyen las concentraciones de estos medicamentos. - Claritromicina, eritromicina, dextropropoxifeno, cimetidina, fluoxetina, haloperidol, genfibrozilo, litio, zafirlukast: inhibición del metabolismo hepático de carbamazepina con aumento de su toxicidad. - Fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos, ácido valproico, apomorfina, benzodiazepinas, dantroleno, barbitúricos, alcohol: efecto aditivo e inducción del metabolismo hepático, aumenta riesgo de depresión del SNC. - Inhibidores de la MAO no selectivos: efectos sinérgicos, riesgo de síndrome serotoninérgico. - IECA/ diuréticos tiazídicos, incrementan el riesgo de hiponatremia. - Paracetamol: producción de metabolitos tóxicos por inhibición del metabolismo hepático, incrementando la toxicidad y disminución de la eficacia del paracetamol. - Vasopresina: efecto aditivo, potencia efecto antidiurético. - Warfarina: disminución de efecto anticoagulante por inducción del metabolismo hepático. <p>Vigilar INR.</p>
Uso en el embarazo	Categoría C

Codeína.

ATC	R02DA04
Indicación avalada en esta guía	Dolor leve a moderado
Forma farmacéutica y	Sólido oral 10 mg y 30 mg

concentración	Líquido oral 10 mg/5 ml
Dosis	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 30 mg -60 mg vía oral cada 4 – 6 horas. - Dosis máxima: 240 mg/día. - Dosis superiores a 60 mg no demuestran mayor efectividad en pacientes no acostumbrados a la codeína. Además, sus efectos adversos son mayores.
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Este medicamento debe prescribirse siempre con un antiemético y un laxante. - Similares a las de morfina.
Contraindicaciones	Similares a las de la morfina.
Efectos adversos	Similares a los de la morfina.
Interacciones:	Similares a las de morfina.
Uso en el embarazo	Categoría C

Tramadol.

ATC	N02AX02
Indicación avalada en esta guía	Dolor leve a moderado
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 50 mg Líquido oral 100 mg/ml Líquido parenteral 50 mg/ml
Dosis	<p>Dolor agudo: Vía oral: Dosis usual: 50 mg – 100 mg vía oral cada 4 – 6 horas por razones necesarias. Dosis máxima: 400 mg vía oral en 24 horas. Vía parenteral: Dosis usual: 50 mg – 100 mg vía intravenosa cada 6 – 8 horas por razones necesarias. Dosis máxima: 400 mg vía intravenosa en 24 horas.</p> <p>Dolor crónico: Vía oral: <ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 25 mg vía oral cada mañana, se puede aumentar 25 - 50 mg/día cada 3 días hasta 50 mg -100 mg vía oral cada 4-6 h por razones necesarias. - Dosis máxima: 400 mg vía oral una vez al día. - Adultos > 65 años: Dosis máxima: 300 mg vía oral / vía intravenosa en 24 horas. </p>
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - No recomendado para medicación obstétrica preoperatoria o para la analgesia posparto en las madres lactantes. - Con el uso de depresores del sistema nervioso central (SNC) - Depresión - Riesgo suicida - Adultos mayores - Embarazo - Alcoholismo crónico - Dependencia a opioides - Hipotensión - Depresión del SNC - Alteraciones hepáticas o renales - Hipertrofia prostática o estenosis uretral - Antecedentes de epilepsia o convulsiones - Aumento de la presión intracranegal - Trauma Cráneo Encefálico



	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades biliares, obstrucción gastrointestinal - Alteraciones de la función respiratoria, secreciones bronquiales excesivas - Precaución al utilizar con otros depresores respiratorios e inhibidores de la MAO, aumenta el riesgo de depresión respiratoria o aumento de la presión intracranegal. - Aumenta el riesgo de convulsiones con dosis superior al rango recomendado, en pacientes con epilepsia o riesgo reconocido (traumatismos craneales, trastornos metabólicos, alcoholismo). - La coadministración con medicamentos serotoninérgicos (ISRS, IMAO) puede aumentar el riesgo de síndrome serotoninérgico
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a tramadol u opioides, reacción anafiláctica a opioides, alcoholismo o intoxicación aguda, dependencia a opiáceos, en niños < 14 años, insuficiencia renal o hepática grave, epilepsia no controlada.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Constipación, náusea, vómito, mareo, vértigo, cefalea, dispepsia, somnolencia, agitación, ansiedad, labilidad emocional, euforia, alucinaciones, nerviosismo, espasticidad, astenia, prurito.</p> <p>Poco frecuentes: Diarrea gastritis, flatulencias, mucosa oral seca, sudoración, hipertensión, malestar, síntomas de la menopausia, erupción cutánea, aumento de la frecuencia urinaria, retención urinaria, vasodilatación, alteraciones de la visión.</p> <p>Raros: Amnesia, disfunción cognitiva, depresión, dificultad en la concentración, disforia, tendencia suicida, disuria, fatiga, parestesia, taquicardia, síncope, hipoglucemias.</p>
Interacciones:	Similares a las de morfina.
Uso en el embarazo	Categoría C

Morfina.

ATC	N02AA01
Indicación avalada en esta guía	Dolor severo
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 10 mg/ml y 20 mg/ml Sólido oral (liberación prolongada) 10 mg, 30 mg y 60 mg Sólido oral 10 mg Líquido oral 2 mg/ml y 20 mg/ml
Dosis	<p>Individualizar el tratamiento para obtener la mayor eficacia y minimizar los efectos adversos, reconociendo que no existe dosis máxima o techo para el control del dolor, la presentación de liberación prolongada debe ser ingerida de forma íntegra, sin masticar o producir alguna deformidad de la misma, se administran cada doce horas. Las presentaciones de liberación rápida se administran cada cuatro horas.</p> <p>Adultos: Administración vía oral/ subcutánea/ intramuscular Dosis inicial: 5 – 10 mg cada 4 horas, ajustar la dosis según la respuesta. Administración vía oral Liberación extendida. Dosis inicial: 30 mg vía oral/ una vez al día, ajustar la dosis según la respuesta.</p>
Precauciones	<p>Las dosis elevadas fuera del rango terapéutico, pueden producir depresión respiratoria severa e incluso fallas terapéuticas es un medicamento seguro y eficaz.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Este medicamento debe prescribirse siempre con un antiemético y un laxante o medidas laxativas. - Advertir a los pacientes no ingerir conjuntamente alcohol. - Personas de avanzada edad, caquéticos y malnutridos o con enfermedad pulmonar aguda y crónica deben ser monitorizados pues

	<p>presentan un mayor riesgo de depresión respiratoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurarse que el paciente ha comprendido a cabalidad la prescripción, para evitar el riesgo de sobredosis. - Causa espasmo del esfínter de Oddi, precaución con patologías del tracto biliar y pancreático. - Uso con precaución en pancreatitis aguda, enfermedad de Addison, hipertrofia prostática benigna, arritmia cardiaca, depresión del sistema nervioso central, abuso o dependencia de drogas, colitis pseudomembranosa, trauma cráneo encefálico (aumento de la presión intracraneal), tumor cerebral, delirium tremens, core pulmonare, enfermedad pulmonar crónica, convulsiones, obesidad, daño hepático, daño renal y en neonatos. - Ajustar la dosis en casos de daño hepático. - Disminución de la función renal (ajuste de acuerdo al clearance de creatinina).
Contraindicaciones	<p>Depresión respiratoria, ileo paralítico, feocromocitoma, asma bronquial agudo o severo, hipersensibilidad al medicamento.</p> <p>En cuidados paliativos: Ninguna si se titula la dosis cuidadosamente en pacientes con dolor.</p>
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Prurito, retención urinaria, náusea, vómito, estreñimiento, cefalea, somnolencia, anorexia, dispepsia, inestabilidad, delirio.</p> <p>Poco frecuentes: Dolor abdominal, astenia, lumbalgia, diarrea, disnea, fiebre, , parestesia, rash, xerostomía, aumento de las transaminasas, depresión, inhibición del reflejo de la tos, insomnio, pérdida del apetito, ansiedad, mareo, desorientación, agitación, boca seca, diaforesis, alucinaciones y mioclonías.</p> <p>Raros: Taquicardia, hipo, hipotensión ortostática, sícope, depresión respiratoria, anafilaxia, paro cardíaco, depresión circulatoria, aumento de la depresión intracraneal, ileo, malestar general, miosis, shock, vértigo, dependencia psicológica</p>
Interacciones:	<p>Disminución de la eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rifampicina: aumenta el metabolismo de la morfina. - Ritonavir: Reduce la concentración plasmática de la morfina. - Metoclopramida: Antagoniza el efecto gastrointestinal de este medicamento. - Pentazocina: El uso concomitante con morfina disminuye su efecto analgésico. <p>Aumenta efectos adversos con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baclofeno: Incrementa el efecto sedante cuando se administra concomitantemente con morfina. - Esmolol: Incrementa los niveles plasmáticos del medicamento y sus efectos adversos. - Gabapentina: Incrementa la biodisponibilidad de este medicamento. - Alcohol y antipsicóticos: Potencia el efecto hipotensor y sedante. - Anestésicos generales intravenosos y volátiles, antihistamínicos, ansiolíticos e hipnóticos: Puede potenciar los efectos sedantes y depresores del SNC, especialmente a nivel respiratorio. - Inhibidores de la MAO: Incremento de defectos adversos sobre SNC, por lo que se recomienda administrar morfina dos semanas después de su suspensión. - Relajantes musculares: Aumenta el riesgo de depresión respiratoria. - Cimetidina: Riesgo de apnea y confusión. - Anticolinérgicos: Aumenta el riesgo de presentar retención urinaria y estreñimiento.
Uso en el embarazo	Categoría C

ATC	N02AA05
Indicación avalada en esta guía	Dolor severo que no cede a otras alternativas. Manejo de dolor crónico oncológico y no oncológico, en cuidados paliativos, se debe reservar para pacientes que no pueden tolerar morfina o para rotación de opioides.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 5 Sólido oral (liberación prolongada) 10 mg -40 mg
Dosis	<p>Adultos:</p> <p>Liberación rápida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 5 mg vía oral cada 4 - 6 horas - 48 horas posterior al control del dolor pasar a presentación de liberación prolongada, dosis total dividida en 2 tomas. <p>Liberación prolongada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 10 mg vía oral cada 12 horas. - Incrementos: ajustar la dosis a razón de 25 – 50 % cada 1 ó 2 días, de acuerdo al número de dosis de rescate (más de 2 dosis en 24 horas.), a intervalos de 12 horas.
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar costo beneficio por precio, con respecto a otros opioides. - Similares a las de morfina. - Se recomienda además, no administrar en personas con deficiencia de piruvato cinasa y glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.
Contraindicaciones	Similares a las de la morfina.
Efectos adversos	Similares a los de la morfina.
Interacciones:	Similares a las de morfina.
Uso en el embarazo	Categoría B

Fentanilo

ATC	N01AH01
Indicación avalada en esta guía	<p>Tratamiento del dolor crónico</p> <p>Dolor severo crónico, intolerancia a los efectos secundarios de la morfina (náusea, vómito, estreñimiento, alucinaciones), insuficiencia renal, disfagia, "fobia a las tabletas" o mal cumplimiento con la medicación oral.</p>
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 0.5 mg/10ml Sólido cutáneo (parche transdérmico) 4.2 mg (25 mcg/hora).
Dosis	<p>Uso de parches de fentanilo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes cuyo dolor no está controlado con 240 mg de codeína iniciar con parches de 25 mcg/hora. - Si usa morfina aplicar la tabla de conversión: <ul style="list-style-type: none"> - Morfina oral 90 mg/día = parche de fentanilo de 25 mcg - Morfina oral 180 mg/día = parche de fentanilo de 50 mcg - Morfina oral 270 mg/día = parche de fentanilo de 75 mcg - Morfina oral 360 mg/día = parche de fentanilo de 100 mcg - El parche tarda 12 horas en hacer efecto, es necesario continuar con el analgésico que usaba las 12 primeras horas. - La dosis de rescate es aproximadamente la mitad de la concentración del parche en mg de morfina de liberación rápida, ej. fentanilo de 50 mcg/hora usar morfina 20 - 30 mg vía oral. - Aplicar el parche en piel seca, no inflamada, no irradiada, sin vello, en la parte superior del brazo o en el tronco; el vello puede ser cortado pero no afeitado. Cambiar los sitios de colocación del parche. - Despues de 48 horas si el paciente continua necesitando 2 o más rescates de morfina/día, se debe incrementar un parche de 25 mcg/hora. Cuando se usa las dosis iniciales que los fabricantes recomiendan, casi el 50% de pacientes necesitan incrementar al parche más potente despues de los primeros 3 días. - Aproximadamente el 10% de pacientes experimentan síntomas de retirada de opioides cuando se cambia de morfina a parches de fentanilo,

	<p>manifestado por síntomas de gastroenteritis que dura pocos días, dosis por razones necesarias de morfina pueden ser usadas para aliviar estos molestos síntomas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Después de retirar el parche una cantidad de fentanilo permanece acumulado en la piel donde estaba el parche y niveles sanguíneos importantes persisten por 24 horas, a veces más, es importante conocer si se descontinúa el uso de fentanilo. - Los parches de fentanilo son insatisfactorios en menos del 5% de pacientes, generalmente porque se despegan o tienen alergia a la silicona del adhesivo. - Los parches usados aún contienen fentanilo, después de retirarlos doble el parche con el adhesivo hacia dentro y deséchelo en un recipiente de cortopunzantes, lávese las manos.
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Adultos mayores. - Pacientes con insuficiencia renal o hepática. - Pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE). - Pacientes con hipertensión intracranal o tumor cerebral. - En pacientes con alteraciones pulmonares, <i>enfermedad pulmonar obstructiva crónica</i> (EPOC). - Enfermedades cardiovasculares, arritmias. - En obstrucción gastrointestinal. - Hipertrofia prostática. - En pacientes con depresión del sistema nervioso central (SNC). - En depresión respiratoria. - Hipotensión. - Hipotiroidismo o mixedema no tratado. - Enfermedades biliares. - Pacientes que presenten convulsiones. - Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, cirugía GI previa o colitis pseudomembranosa. - Pancreatitis aguda. - Enfermedad de Addison. - Abuso de drogas o dependencia, alcoholismo. - En pacientes con cirugía de tracto urinario previa. - Labilidad emocional, delirium tremens. - Shock, cor pulmonale. - Pacientes con obesidad severa. - Riesgo de depresión respiratoria potencialmente fatal. Así como de abuso o adicción a fentanilo. - El calor (cobijas térmicas, ingreso a saunas, baños de sol, etc.) podría incrementar la concentración plasmática de fentanilo.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fentanilo o a sus componentes, pacientes con diarrea producida por toxinas, con ileo paralítico, depresión respiratoria o asma bronquial aguda o severa.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Astenia, confusión, constipación, sequedad de boca, náusea, vómito, mareos, somnolencia, bradicardia severa, hipotensión, depresión respiratoria transoperatoria y post-operatoria, disnea, sudoración, retención urinaria, nerviosismo, euforia, alucinaciones, incoordinación.</p> <p>Poco frecuentes: Dolor abdominal, anorexia, ansiedad, apnea, depresión, diarrea, dispepsia, disnea, euforia, fatiga, alucinaciones, cefalea, arritmias cardíacas, confusión postoperatoria, rigidez muscular intensa, delirio. Ileo paralítico, prurito, hemoptisis, hipoventilación, faringitis, infecciones respiratorias altas.</p> <p>Raros: Agitación, amnesia, angina de pecho, dolor lumbar, bradicardia, bronquitis, coma, disforia, fiebre, flatulencia, rubor facial, oliguria, reacciones paranoides, parestesias, convulsiones, infarto miocárdico, prolongación del intervalo QT, arritmias cardiacas severas, paro cardíaco, shock, elevación del segmento ST, sincope, taquicardia ventricular, rash, rinitis, sinusitis, alteraciones visuales, urticaria.</p>
Interacciones:	<p>Disminución de la eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Naloxona: Efecto antagonista. Se usa para revertir los efectos de los

	<p>opioides.</p> <p>Aumento de los efectos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amiodarona, antimicóticos azoles, contraceptivos orales, estrógenos en TRH warfarina, carvedilol, ciclosporina, disopiramida, imatinib, quinidina, sulfonilureas, hormonas tiroideas, glucocorticoides, dapsona, doxiciclina, montelukast, sildenafilo, isoniazida, dantroleno, ritonavir, indinavir, saquinavir, nelfinavir, lopinavir: aumentan niveles de fentanilo por inhibición del metabolismo hepático, aumenta el riesgo de depresión del SNC y prolonga recuperación de anestesia. - Clozapina, disopiramida, haloperidol, loperamida, codeína, antidepresivos tricíclicos: efecto sinérgico, riesgo de estreñimiento, íleo paralítico, depresión del SNC, hipotensión, alteraciones psicomotoras y otros efectos adversos. - Inhibidores de la MAO como selegilina, procarbazina, trancipromina, selegilina; sibutramina: efecto sinérgico, riesgo de síndrome serotoninérgico. - Pentazocina, benzodiazepinas, barbitúricos, antihistamínicos sedantes, droperidol, apomorfina, alcohol, relajantes musculares, dextropropoxifeno, anestésicos inhalatorios, anestésicos locales, metoclopramida, ácido valproico: efecto aditivo, aumenta el riesgo de depresión del SNC y prolonga su recuperación de anestesia. - Warfarina: por inhibición del metabolismo hepático aumenta el riesgo de hemorragia. Vigilar INR.
Uso en el embarazo	Categoría C

Buprenorfina.

ATC	N02AE01
Indicación avalada en esta guía	Dolor moderado a severo,
Forma farmacéutica y concentración	Sólido cutáneo (Parche transdérmico) 20 mg (35 ug/hora) Sólido oral (Sublingual) 0.2 mg Líquido parenteral 0.3 mg/ml
Dosis	Adultos y niños mayores de 16 años: <ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 0.1 mg - 0.2 mg sublingual / intravenosa, cada 8 -12 horas, administración intravenosa lenta, en 2 minutos. <p>Deberá iniciarse el tratamiento con un parche de 35 mcg/h cada 3 días. Si a las 72 h la analgesia es insuficiente, debe aumentarse la dosis a dos parches de la misma concentración o cambiando a la siguiente concentración. Si se requiere medicación de rescate, pautar buprenorfina sublingual (1 o 2 comprimidos sublinguales de 0,2 mg cada 24 horas además del parche). Si es necesario añadir entre 0,4 y 0,6 mg de buprenorfina sublingual (2-3 comprimidos) debe utilizarse la siguiente concentración del parche.</p>
Precauciones	Similares a las de la morfina.
Contraindicaciones	Similares a la morfina.
Efectos adversos	Similares a los de la morfina.
Interacciones:	<p>Disminución de la eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rifampicina y otros inductores del CYP3A4: pueden acelerar la biotransformación de buprenorfina. Aumento de los efectos adversos: - Alcohol: incrementa los efectos depresores en SNC. - Barbitúricos: aumentan el riesgo de depresión cardiorrespiratoria y del SNC. - Benzodiazepinas: por sinergia, se incrementan efectos adversos de ambos medicamentos. - Imidazoles (ej. ketoconazol), macrólidos (ej. eritromicina), antirretrovirales y otros inhibidores del CYP3A4: disminuyen la biotransformación de

	buprenorfina e incrementan sus efectos tóxicos. - Otras medicaciones pre-anestésicas o con acción sobre el SNC: aumentan los efectos sedantes, anestésicos y depresores cardiorrespiratorios.
Uso en el embarazo	Categoría C

Hidromorfona.

ATC	N02AA03
Indicación avalada en esta guía	Dolor severo que no cede a otras alternativas, manejo de dolor oncológico y en cuidados paliativos.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 2.5 mg y 5 mg Líquido parenteral 2 mg/ml
Dosis	Individualizar el tratamiento para obtener la mayor eficacia y minimizar los efectos adversos. Seguir protocolos específicos de acuerdo con la condición del paciente. La presentación de liberación extendida debe ser ingerida de forma íntegra, sin masticar o producir alguna deformidad de la misma. Administración oral: - Dosis usual: 2 mg – 4 mg vía oral cada 4 – 6 horas. - En dolor severo: 4 mg vía oral cada 3-6 horas. Administración parenteral: - Dosis usual: 1 mg – 2 mg vía intravenosa/ vía subcutánea cada 4 – 6 horas. Adultos mayores: - Dosis usual: 2 mg - 4 mgc/4-6 horas. - En dolor severo: 4 mgc/3-6 horas.
Precauciones	Similares a las de morfina. La hidromorfona es 5 veces más potente que la morfina.
Contraindicaciones	Depresión respiratoria, asma agudo o severo, obstrucción respiratoria superior, ileo paralítico, hipersensibilidad al medicamento.
Efectos adversos	Similares a los de la morfina.
Interacciones:	Similares a los de la morfina.
Uso en el embarazo	Categoría C

Metadona.

ATC	N07BC02
Indicación avalada en esta guía	Dolor moderado a severo.
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 5 mg/ml
Dosis	Dosis usual: 2.5 mg – 10 mg vía oral/intramuscular/subcutánea cada 4 - 12 horas, dependiendo de la condición clínica.
Precauciones	- Se debe realizar una valoración integral de la dependencia a los opioides. - Administrar con precaución en pacientes con asma, enfermedad intestinal inflamatoria, patología respiratoria. - Debe ser prescrito únicamente por un profesional capacitado en el uso de opioides. - Se debe tener precaución sobre la función respiratoria y cardíaca por el riesgo potencial de falla severa con consecuencias fatales, especialmente en la conversión de tratamiento del dolor con otro opioide a metadona. - Puede prolongar el segmento QT y producir arritmias severas. - El manejo de dependencia a los opioides debe ser administrado bajo programas integrales de rehabilitación.



Contraindicaciones	Dolor abdominal agudo sin diagnóstico. Diarrea mediada por toxinas. Colitis pseudomembranosa, depresión respiratoria.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Bradicardia, palpitaciones, cefalea, agitación, mareo, depresión respiratoria, náusea, vómito, estreñimiento, anorexia.</p> <p>Poco frecuentes: Euforia, disforia, debilidad, sedación, insomnio, desorientación, alteraciones visuales, miosis, retención urinaria, sudoración excesiva, otras reacciones cutáneas, edema.</p> <p>Raros: Paro cardíaco, hemorragias, urticaria, desvanecimientos.</p>
Interacciones:	<p>Aumenta efectos adversos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quinidina, Verapamilo: inhiben la glicoproteína P aumentando sus concentraciones plasmáticas. - Barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, nevirapina, rifampicina, claritromicina, eritromicina, delavirdina, fluconazol, ketoconazol, itraconazol, paroxetina, fluvoxamina, sertralina: inhiben el metabolismo hepático por inhibición de la isoenzima CYP3A4 y aumentan las concentraciones plasmáticas de metadona y sus efectos. - Didanosina, estadivudina, zidovudina, inhibidores de la proteasa: aumentan las concentraciones plasmáticas de metadona, por inhibición de su excreción renal. - Antihistamínicos sedantes, barbitúricos, otras benzodiazepinas, clonidina, haloperidol, carbamazepina, fenitoína, prometazina, levopromazina, clozapina, otros antidepresivos tricíclicos, meprobamato, mirtazapina, metoclopramida, opioides, dextropropoxifeno, hipnóticos y sedantes, alcohol, sertralina, tramadol, trazodona, ácido valproico: efecto aditivo u otro no conocido, aumentan la depresión del SNC.
Uso en el embarazo	Categoría D

Ondansetrón.

ATC	A04AA01
Indicación avalada en esta guía	Profilaxis y manejo de la náusea y vómito inducidos por opioides
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 4 mg y 8 mg Líquido parenteral 2 mg/ml
Dosis	12 -24 mg/día vía oral subcutánea o intravenosa variable según riesgo de emesis
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Ondansetrón se elimina por vía renal y hepática. No suele ser necesaria una reducción de la dosis en Adultos mayores o en sujetos con insuficiencia renal. Sin embargo, podría requerirse disminuir la dosis en pacientes con insuficiencia hepática. - Cirugía abdominal: Puede enmascarar un ileo progresivo. - Susceptibilidad a la prolongación del intervalo QT (incluyendo el uso concomitante de medicamentos que prolongan el intervalo QT y alteraciones electrolíticas como hipokalemia). - Cirugía adeno-amigdalar.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad conocida al medicamento y otros del mismo grupo. Síndrome de QT largo congénito, pacientes que reciben medicaciones que pueden prolongar el intervalo QT.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: cefalea, fatiga, diarrea, mareo, estreñimiento.</p> <p>Poco frecuentes: somnolencia, vértigo o mareo, fiebre, ansiedad, retención urinaria, parestesias; erupciones cutáneas; cansancio, calor en el sitio de la inyección.</p> <p>Raros: Alteraciones en E-KG (prolongación de QT, QRS), arritmias, anafilaxia, broncoespasmo, dolor torácico.</p>
Interacciones:	<p>Disminución de la eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rifampicina, carbamazepina, fenitoína: disminuye la biodisponibilidad de ondansetrón y subsecuentemente su eficacia por inducción del metabolismo hepático. <p>Aumenta efectos adversos de:</p>

	- Apomorfina: hipotensión severa y pérdida de la conciencia, por un mecanismo no establecido. Puede incrementar el riesgo de prolongación del intervalo QT probablemente por efecto aditivo.
Uso en el embarazo	Categoría B

Metoclopramida

ATC	A03FA01
Indicación avalada en esta guía	Profilaxis y manejo de la náusea y vómito inducidos por opioides
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 10 mg Líquido parenteral 5 mg/ml
Dosis	15 - 60 mg/día en 2 – 4 tomas vía oral, subcutánea intravenosa 30 – 90 mg/día infusión subcutánea
Precauciones	Los niños, adolescentes, jóvenes hasta los 20 años y Adultos mayores tienen mayor sensibilidad a los efectos adversos extra piramidales. <ul style="list-style-type: none"> - Epilepsia, enfermedad de Parkinson y depresión: puede agravar la sintomatología. - En insuficiencia renal y hepática aumenta la toxicidad. - En pacientes con un aclaramiento de creatinina < 40 ml/min las dosis deberán reducirse a la mitad. - Alteraciones de la conducción cardiaca (y el uso concomitante de otros medicamentos que afectan la conducción cardiaca). - En pacientes diabéticos. - Porfiria aguda.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a la metoclopramida o procainamida. Hemorragia gastrointestinal, obstrucción mecánica, perforación o inmediatamente luego de una cirugía gastrointestinal (3 a 4 días de postoperatorio). Epilepsia. Feocromocitoma (por desarrollo de crisis hipertensiva). Porfiria. Uso simultáneamente con inhibidores de la MAO. No usar en niños menores de un año.
Efectos adversos	Frecuentes: Síntomas extrapiramidales (reacciones distónicas: 25% en jóvenes de 18 – 30 años). Diarrea (con dosis altas), somnolencia, inquietud, cansancio o debilidad. Poco frecuentes: Congestión mamaria, cambios en la menstruación; estreñimiento; vértigo, cefalea, insomnio, depresión mental, estimulación de la prolactina con galactorrea, náusea, erupción cutánea; sequedad de la boca; irritabilidad. Raros: Ginecomastia, impotencia sexual, desórdenes menstruales, síndrome neuroléptico maligno, alteraciones hematológicas (agranulocitosis), hipotensión, hipertensión, taquicardia. Discinesia tardía: un trastorno potencialmente irreversible caracterizado por movimiento sin voluntarios de la cara, con movimientos labiales inusuales, inflar y resoplar con las mejillas, movimientos rápidos de la lengua, movimientos masticatorios, movimientos incontrolados de brazos y piernas. Generalmente ocurre luego de un año de tratamiento continuo y pueden persistir luego de suspender metoclopramida. El riesgo de desarrollar discinesia tardía aumenta con la duración del tratamiento y la dosis total acumulada.
Interacciones:	Disminución de la eficacia: <ul style="list-style-type: none"> - Anticolinérgicos, bromocriptina, levodopa, pergolida: antagonismo del efecto de estos medicamentos. - Digoxina, fosfomicina: el aumento de peristaltismo disminuye la absorción y efectividad de estos medicamentos. - Dopamina: Disminuye los niveles de dopamina. Aumenta efectos adversos de: <ul style="list-style-type: none"> - Antidepresivos ISRS : Aumenta los efectos adversos de estos (se produce el aumento de los niveles de serotonina)



	<ul style="list-style-type: none"> - Antipsicóticos: aumenta riesgo de efectos extrapiramidales y depresión del SNC - Aspirina: Aumenta la absorción de la aspirina (aumento del efecto) - Inhibidores de la MAO: pueden desencadenar crisis hipertensiva, por liberación de catecolaminas producida por metoclopramida. - Opioides, antidepresivos tricíclicos: antagonizan el efecto procinético de metoclopramida, con riesgo de depresión del SNC - Ciclosporinas: aumenta la concentración plasmática. - Paracetamol: aumenta la tasa de absorción de paracetamol. - Diazepinas, hipnóticos, sedantes, relajantes musculares, cetirizina, antihistamínicos sedantes, dantroleno, meprobamato, propoxifeno, ácido valproico y sus derivados: efecto aditivo y riesgo de depresión del SNC.
Uso en el embarazo	Categoría B

Lactulosa.

ATC	A06AD11
Indicación avalada en esta guía	Estreñimiento subsecuente al uso de opioides.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 10 mg Líquido parenteral 5 mg/ml
Dosis	15 ml/12 horas ajustar la dosis según respuesta
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes mellitus. - Vigilar potasio sérico por posibilidad de hipokalemia por pérdida excesiva de potasio intestinal, especialmente con el uso prolongado o exceso de dosis. - Síntomas de apendicitis aguda; sangrado rectal de etiología no establecida; abdomen agudo; dolor abdominal de etiología no establecida; náusea o vómito sin diagnóstico etiológico.
Contraindicaciones	Galactosemia. Uso concomitante con otros laxantes. Obstrucción Intestinal.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Distensión abdominal, náusea, vómito, calambres abdominales, sensación urente en el recto, diarrea por dosis excesivas, flatulencias.</p> <p>Raros: Desequilibrio electrolítico por dosis excesivas y colon catártico como producto del uso crónico; hipocalcemia, hiponatremia. Acidosis metabólica por exceso de dosis.</p>
Interacciones:	<p>Disminución de la eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidróxido de aluminio, carbonato cálcico, bicarbonato de sodio - Mesalazina: disminuye actividad antiinflamatoria intestinal, ya que altera la liberación retardada de este medicamento por disminución del pH intestinal. - Podría afectarse la absorción de otros medicamentos, al cambiar el tiempo de permanencia en el tránsito intestinal. <p>Aumenta efectos adversos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fosfato de sodio: con riesgo de deshidratación y alteraciones electrolíticas, por efectos aditivos. - Aumenta el efecto anticoagulante de los cumarínicos.
Uso en el embarazo	Categoría B

***Senna.**

ATC	A06AB06
Indicación avalada en esta guía	Estreñimiento subsecuente al uso de opioides.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral (senósidos A y B) 8,6 mg
Dosis	Senna 17,2 mg Hora sueño, c/12 horas
Precauciones	Cuando se usa conjuntamente con diuréticos - posibles alteraciones

	electrolíticas
Contraindicaciones	Obstrucción del intestino grueso
Efectos adversos	Cólico, diarrea, náusea.
Interacciones:	Cuando se usa conjuntamente con diuréticos, posibles alteraciones electrolíticas.
Uso en el embarazo	Categoría C

* Medicamento no consta en el CNMB, conforme a la normativa vigente se encuentra autorizada su adquisición y financiamiento en la Red Pública Integral de Salud.

Glicerol.

ATC	A06AG04
Indicación avalada en esta guía	Estreñimiento (si los laxantes orales no son efectivos)
Forma farmacéutica y concentración	Sólido rectal 0,92 g - 3 g
Dosis	4 g en una aplicación/día
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - No debe ser usado en presencia de dolor abdominal, náusea o vómito. - La frecuencia o el uso prolongado de laxantes pueden ocasionar dependencia. Evitar su uso en sangrado rectal. Acudir nuevamente si existe cambio en los hábitos intestinales en las últimas dos semanas. No debe ser usado por más de una semana. - Explicar al paciente y familia que un tercio de pacientes que reciben morfina de forma continua, a pesar del uso de laxantes orales necesitan de forma regular o intermitente realizar procedimientos en el recto como son: usos de supositorios laxantes, enemas o evacuación manual.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al componente
Efectos adversos	Irritación de la mucosa rectal, escozor anal
Interacciones:	Ninguna
Uso en el embarazo	Categoría A

Naloxona

ATC	V03AB15
Indicación avalada en esta guía	Sobredosis de opioides, reversión del síndrome narcótico: coma, depresión respiratoria, hipotensión.
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 0.4 mg/ml
Dosis	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 0.4 mg - 2 mg intravenoso - Repetir 2 mg intravenoso cada 2 – 3 min por razones necesarias; - Dosis máxima: 10 mg (0.01 mg/ kg). Si al administrar dosis máxima no se obtiene resultados positivos se debe considerar la probabilidad de otro agente etiológico. - En infusión continua: 0.005 mg/ kg intravenoso por una ocasión. - Dosis de mantenimiento: 0.0025 mg/ kg/hora intravenoso en infusión
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes adictos o tolerantes a los opioides pueden requerir una modificación en la dosis. En ellos los niveles plasmáticos de naloxona son inicialmente más bajos, el volumen de distribución es mayor y la vida media de eliminación es más larga. - La dosis efectiva depende de la cantidad de analgésico opioide que el paciente ha tomado o recibido, la afinidad relativa de la naloxona para el receptor μ de opioides, el opioide a ser desplazado, el peso del paciente y el grado de penetración en el SNC. - En pacientes insuficientes renales. - En el uso concomitante de fármacos cardiotóxicos. - En pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Contraindicaciones	- En pacientes con antecedentes de convulsiones. Hipersensibilidad al medicamento o sus componentes
Efectos adversos	Frecuentes: Taquicardia, hipertensión arterial, hipotensión, náusea, vómito, temblores, diaforesis, edema pulmonar, irritabilidad. Poco frecuentes: Fibrilación ventricular, paro cardíaco, convulsiones.
Interacciones:	Disminución de la eficacia: - Buprenorfina, alfentanilo, codeína, morfina, fentanilo, meperidina, metadona, oxicodona: disminuye sus efectos por antagonismo farmacodinámico. Naloxona sirve para revertir los síntomas de adicción a estos medicamentos. - Fentanilo intranasal: disminuye los efectos del fentanilo por antagonismo farmacodinámico. Aumento de los efectos adversos: - Tramadol: puede interferir en la reversión de los síntomas de sobredosis, puede desencadenar convulsiones.
Uso en el embarazo	Categoría C.

Anexo 24. Dispositivos Médicos

Lista de dispositivos médicos esenciales para el tratamiento del dolor oncológico en adultos		
Código único de dispositivos médicos - CUDIM	Nombre genérico	Especificaciones técnicas
12-730	Aguja de acupuntura, 0.30 mm x 40 mm, 0.25 mm x 25 mm, 0.25 mm x 50 mm, 0.22 mm x 50 mm,	Aguja de acero inoxidable, revestimiento de silicona, punta fina, empuñadura de polipropileno, estéril, descartable
17-428	Apósito Transparente, varias medidas	Políuretano, semipermeable, adhesivo hipoalergénico, con papel protector, estéril, descartable
18-331	Catéter intravenoso con/sin aletas, 20 G, 22 G, 24 G, 26 G	Teflón o poliuretano, radiopaco, con bisel biangulado y trifacetado, con mandril, cámara de flujo transparente, con dispositivo antipinchazos, libre de látex, estéril, descartable
16-579	Equipo de infusión para bomba	Polivinil, toma de aire con filtro antibacteriano, cámara cuentagotas flexible y transparente con filtro de líquido de 15 micras, tubo transparente, regulador de flujo roller, inyector lateral en



		Y, conector Luer Lock, libre de látex, estéril, descartable
11-882	Guantes de examinación, látex, nitrilo, talla pequeña, mediana, grande	De látex/nitrilo ambidiestro, hipoalergénico, con reborde, sin polvo absorbente, no estéril, descartable
11-883	Guantes quirúrgicos, N° 6, 6.5, 7, 7.5, 8, 8.5	De látex, superficie antideslizante, con reborde, polvo biodegradable, estéril, descartable
13-940	Jeringa, 1 ml, 3 ml, 5 ml, 10 ml	Polipropileno, con aguja desmontable con rosca, émbolo extremo distal de goma que no permita filtraciones, graduado cada ml, estéril, descartable
24-815	Lámina empapada en alcohol isopropílico al 70% o alcohol isoprólico + Clorhexidina al 2%	Celulosa absorbente, doblada en cuatro capas de 30 mm x 30 mm (+/- 5 mm), estéril, descartable
	Equipos biomédicos	
	Tensiómetro, fonendoscopio, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, bomba de infusión, tomógrafo, RMN	

ES FIEL COPIA DEL DOCUMENTO QUE CONSTA EN EL ARCHIVO
DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL AL QUE
ME REMITO EN CASO NECESARIO LO CERTIFICO EN
QUITO A, 21 FEB 2017

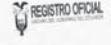
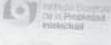
SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



REGISTRO OFICIAL®
ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Administración del Sr. Ec. Rafael Correa Delgado
Presidente Constitucional de la República

El Instituto Ecuatoriano de Propiedad Intelectual (IEPI) otorga Derecho de Marca y de Autor al Registro Oficial

 <p>IEPI_2015_TT_004659 1 / 1</p> <p>Dirección Nacional de Propiedad Industrial En cumplimiento a lo dispuesto en la Resolución No. IEPI_2015_RS_306668 de 13 de octubre de 2015, se procede a OTORGAR el título que acredita el registro MARCA DE PRODUCTO, trámite número IEPI-2015-17396, del 20 de mayo de 2015</p> <p>DENOMINACIÓN: REGISTRO OFICIAL ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR + LOGOTIPO</p> <p>PRODUCTOS O SERVICIOS QUE PROTEGE: Publicaciones, publicaciones impresas, publicaciones periódicas, revistas [publicaciones periódicas], Clase internacional 16.</p> <p>DESCRIPCIÓN: Igual a la etiqueta adjunta con todas las reservas que sobre ella se hacen. 13 de octubre de 2025</p> <p>VENCIMIENTO: CORTE CONSTITUCIONAL DEL ECUADOR</p> <p>TITULAR: Avda. 12 de Octubre N16-114 y Pasaje Nicolás Jiménez, Quito, Ecuador. Leoncio Patricio Pazuñío Freire</p> <p>DOMICILIO:</p> <p>REPRESENTANTE LEGAL:</p> <p></p> <p>Quito, 17 de noviembre de 2015</p> <p>Javier Freire Nuñez DIRECTOR NACIONAL DE PROPIEDAD INDUSTRIAL</p> <p></p>	 <p>Certificado N° QUI-046710 Trámite N° 001404</p> <p>Dirección Nacional de Derecho de Autor y Derechos Conexos La Dirección Nacional de Derecho de Autor y Derechos Conexos, en atención a la solicitud presentada el 20 de julio del año 2015, EXPIDE el certificado de registro.</p> <p>AUTOR(es): DEL POZO BARREZUETA, HUGO ENRIQUE</p> <p>TITULAR(es): CORTE CONSTITUCIONAL DEL ECUADOR</p> <p>CLASE DE OBRA: ARTÍSTICA (Publicada)</p> <p>TÍTULO DE LA(s) OBRA(s): DISEÑO DEL FORMATO DEL REGISTRO OFICIAL. Portada y páginas interiores.</p> <p>Quito, a 21 de julio del año 2015</p> <p> Luisa Elena López Moreno Delegada del Director Nacional de Derecho de Autor y Derechos Conexos, mediante Resolución N° 002-2012-DNDyOC-IEPI</p> <p><i>Este certificado no prejuzga sobre la originalidad de lo presentado para el registro, o su carácter literario, artístico o científico, ni acredita la autoría o titulidad de los derechos por parte de quien solicita la inscripción. Solamente da fe del hecho de su declaración y de la identidad del solicitante.</i></p> <p>EUM</p>
---	--