

# Preguntas a responder

- 1.** ¿Cuál es el fármaco de primera elección para el tratamiento de pacientes en situación terminal con dolor moderado no controlado, o intenso?
- 2.** ¿Cuál es el fármaco de primera elección, para el tratamiento de la disnea *refractaria*<sup>1</sup>, en pacientes en situación terminal?
- 3.** ¿Cuál es el fármaco de segunda elección para el tratamiento de pacientes en situación terminal con dolor moderado no controlado, o intenso?
- 4.** ¿Cuál es el fármaco más adecuado, en los pacientes en situación terminal con dolor intenso y persistente no controlado a pesar del tratamiento inicial adecuado?
- 5.** ¿Cuándo está indicada la vía espinal en pacientes en situación terminal, con dolor intenso y persistente, a pesar del tratamiento con opioides por vía sistémica<sup>11</sup>?
- 6.** ¿Cuánto tiempo es deseable mantener los opioides en pacientes en situación terminal?
- 7.** Ante la mejoría o estabilización de los síntomas, ¿es aconsejable reducir dosis? ¿A qué ritmo?
- 8.** ¿Cuál es la vía de administración más adecuada de los opioides para el tratamiento de pacientes en situación terminal con dolor moderado no controlado, o intenso y/o disnea *refractaria*?
- 9.** ¿Cuál es el abordaje más correcto de la neurotoxicidad por opioides?
- 10.** ¿Cuál es el abordaje más correcto para la prevención o el tratamiento de los efectos secundarios más frecuentes de los opioides, como las náuseas, vómitos o el estreñimiento?
- 11.** ¿Cuál es el opioide de elección en el dolor irruptivo?

<sup>1</sup> Uronis Hope E, Currow David C, Abernethy Amy P. Palliative management of refractory dyspnea in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2006 September; 1(3): 289-304 (ver Glosario).

<sup>11</sup> Cualquiera de las vías de administración de los opioides, no invasivas.

# Significación según GRADE de los grados de calidad de la evidencia y de fuerza de la recomendación

**CALIDAD DE LA EVIDENCIA:** Nivel de confianza en que la estimación del efecto que informan los estudios es correcta, si es alta habrá poca probabilidad de que la aparición de nuevos estudios cambie la estimación del efecto, en cambio, si la calidad es baja, la aparición de nuevos estudios probablemente cambiará la estimación del efecto.

<b>ALTA</b> 	Es muy improbable que la aparición de nuevos estudios cambien la confianza en la estimación del efecto
<b>MODERADA</b> 	Es probable que la aparición de nuevos estudios tenga un impacto importante en la confianza en la estimación del efecto y pueda cambiarla
<b>BAJA</b> 	Es muy probable que la aparición de nuevos estudios tenga un impacto importante en la confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie
<b>MUY BAJA</b> 	Cualquier estimación del efecto es muy incierta

**FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN:** Nivel de confianza en que si se sigue la recomendación, se hará más beneficio que daño

<b>FUERTE A FAVOR*</b> (Se recomienda...)	La mayoría de los pacientes se beneficiarían; > 90% lo elegirían si fueran informados Poca variabilidad esperada en la práctica clínica
<b>DÉBIL A FAVOR*</b> (Se sugiere...)	Incierto que sea lo más adecuado para todos; >10% elegirían una alternativa Es necesaria ayuda para tomar la decisión Probable variabilidad en la práctica clínica

\* una recomendación fuerte o débil en contra de una intervención se interpreta en sentido inverso