

ALCP
Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos

Circulares en Español

Si desea suscribirse hágalo desde la página principal

Si desea publicitar en este medio algún artículo de su producción, contáctese con la coordinación en: alcp_secretaria@arnet.com.ar

EQUIPO EDITORIAL

Editor General: Dr. Roberto Wenk (Argentina)

Comité Editorial: Dr. Raúl Sala (Argentina)

Comité de traducción al Portugués: Dr. Roberto Bettega (Brasil), Dr. Císio Brandao (Brasil), Dra. Isabel Galrica Neto (Portugal)

Coordinación: Lic. Ana Carolina Monti (Argentina)

Circular N° 10

Contenido

- Comentario de la Comisión Directiva
- Artículo regional
- Artículo de la literatura internacional
- Actividad docente regional
- Buen trabajo. Felicitaciones!
- Misceláneos

COMENTARIO DE LA CD.

Hola a todos!

Afortunadamente hemos comenzado a recibir información y material regional.

Sería muy bueno que esta actividad se mantuviese y, si fuera posible, se multiplicase.

En la Circular # 9 hablamos de "grupo consolidado, con reglas propias". En este momento definimos nuestras reglas de revisión editorial.

El Dr. Raúl Sala (Universidad de Rosario, Argentina) acepto coordinar un grupo que realizara, en forma externa a la ALCP, la revisión editorial de los trabajos recibidos.

La evaluación considerará los siguientes criterios: importancia del estudio, originalidad del trabajo, calidad del diseño y del método, consistencia, interpretación y discusión de los resultados, consistencia de las conclusiones, calidad de tablas y figuras.

Cada revisor enviara al autor el resumen de su evaluación y sus recomendaciones sobre el trabajo.

Continuemos dedicando una pequeña parte de nuestro tiempo a la actividad comunitaria regional.

Necesitamos su aporte. Gracias.

Dr. Roberto Wenk.
Presidente.

ARTICULO REGIONAL.

PROTOCOLO LAXANTE EN PACIENTES CON DOLOR ONCOLÓGICO QUE UTILIZAN OPIÁCEOS

Tania Mara de Moraes (1) y Cibele Andrucio de Mattos Pimenta (2).

(1) Enfermera del Servicio de Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos de la Santa Casa de San Paulo. Magister en Enfermería por la Escuela de Enfermería de la USP.

(2) Enfermera. Doctora en Enfermería. Docente libre de la Escuela de Enfermería de la USP. Servicio de Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos de la Santa Casa de Misericordia de San Paulo, Brasil. parpca@usp.br

El estudio evaluó la efectividad de un protocolo para el manejo de la constipación intestinal en enfermos que utilizaron opiáceos y la adhesión de éstos al protocolo.

Se realizó en el 2001; participaron 50 enfermos oncológicos en inicio de tratamiento analgésico, sin neoplasias abdominales y sin estar sometidos a radioterapia abdominal o quimioterapia. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la institución y los enfermos firmaron su consentimiento después de ser informados.

Los enfermos fueron evaluados seis veces en sesenta días. La constipación fue evaluada por la frecuencia de evacuaciones y la Escala de Constipación de McMillan (ECM), que varía entre 0 y 16. La adhesión al tratamiento, por el llenado de una planilla de control diario. El protocolo constó de recomendaciones de uso diario de fibras (40 g. de salvado de trigo = aproximadamente 17 g. de fibra), líquido (6 a 8 vasos), emoliente (10 ml de óleo mineral) y supositorios de glicerina y enema, cuando no hubiera evacuación por hasta tres días.

Los resultados fueron clasificados en efectivo pleno (cuando la evacuación ocurrió con el uso de fibra, líquido y óleo mineral), parcial (cuando la evacuación ocurrió con uso de fibra, líquido, óleo mineral y supositorio) y poco efectivo (cuando la evacuación ocurrió con uso de fibra, líquido, óleo mineral, supositorio y enema).

Durante el período de estudio, la mayor parte de los enfermos (62 %) utilizó entre 18 y 60 mg de morfina (media 55 mg, DP 30). En el 78% de los enfermos que el intervalo medio de evacuación fue entre 1 y 2 días, y para el 22 % entre 2 y 3 días. El valor medio de la ECM fue 6.6 (DP 1.1).

El protocolo fue efectivo pleno en el 8 % de los enfermos; efectivo parcial en el 64 % y poco efectivo en el 28 % de los evaluados. Las heces fueron descritas como duras (74 %) y había disconfort al evacuar en el 26% de los casos. La mayor parte de los enfermos (92 %) utilizó supositorio de glicerina para evacuar (media 9.9, DP 5.6 en 60 días). Tal hecho sugiere que el supositorio deba ser incluido en el protocolo básico.

La mayor parte de los enfermos presentó adhesión plena al salvado de trigo (84 %), adhesión parcial al líquido (74 %) y adhesión insuficiente al óleo (54 %). La adhesión observada fue alta, superior al frecuentemente descrito en el tratamiento de cuadros crónicos. No se observaron relaciones entre la efectividad del protocolo y la adhesión al salvado de trigo (p 0,370), al consumo de líquidos (p 0,177) y al uso de emoliente (p 0,991). Tal hecho causó extrañeza, puesto que tales factores son fundamentales para el buen funcionamiento intestinal. Es posible que las dosis recomendadas de óleo, líquido y salvado de trigo fueron insuficientes, o que el enfermo haya supra estimado su adhesión. El diseño del estudio impone limitaciones que deben ser cuidadosamente analizadas.

ARTÍCULO DE LA LITERATURA INTERNACIONAL

ARTÍCULOS DEL BOLETÍN DE LA IAHP.

REFLECCIONES ÉTICAS SOBRE LA MEDICINA ALTERNATIVA Y LA FUTILIDAD MÉDICA.

Dra. Paulina Taboada.

Profesora del Centro de Bioética de Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Un artículo interesante sobre la medicina alternativa y el concepto de futilidad médica apareció en Octubre del 2002 en *Annals of Internal Medicine* (Cf. Adams et. al.: *Ethical Considerations of Complementary and Alternative Medical Therapies in Conventional Medical Settings*, *Ann Intern Med* 2002, 137, 8 660.664). Los autores utilizan un proceso de razonamiento moral basado en situaciones clínicas (también conocido como el acceso o camino ético casuístico), en el cual las circunstancias concretas juegan un papel principal en el juicio moral.

Después de analizar dos casos concretos desde la perspectiva del acceso casuístico, concluyen que el uso en aumento de las terapias alternativas "provee una oportunidad para reexaminar los fundamentos éticos de la práctica médica occidental ... los médicos balancean en forma rutinaria los riesgos y beneficios en la toma de decisiones, pero el advenimiento de las terapias MAC (medicina complementaria y alternativa) los desafía a enfrentar con responsabilidad con modelos de curación que están fuera de la práctica médica convencional y a tomar decisiones ... en ausencia de evidencia" (p. 663). No obstante los autores esperan que hasta que crezca el cuerpo de evidencia acerca de las terapias MAC, los médicos van a aprender a "combinar en forma rutinaria las herramientas poderosas de la medicina convencional y aquellas de las terapias MAC que han mostrado ser dignas de integración clínica (p. 664).

En este artículo se percibe la tensión entre la aplicación de medidas que no están basadas en la evidencia y el deseo de demostrar la utilidad de terapéuticas alternativas. Esta tensión nos refiere el concepto de la utilidad médica. Normalmente los médicos no desean implementar tratamientos fútiles. Pero definir la utilidad / futilidad terapéutica no es una tarea fácil. Este concepto se explora ampliamente en la literatura bioética en los últimos años.

Schneiderman se basa en una distinción entre beneficios y efectos, y propone una definición de futilidad médica centrada en el beneficio para el paciente. Pero este concepto de futilidad enfatiza excesivamente la experiencia consciente del paciente de beneficio. Y la experiencia médica muestra que la percepción subjetiva de los beneficios sobre una terapia dada no es necesariamente la condición para definir su utilidad objetiva.

El entendimiento correcto del concepto de futilidad médica debería combinar elementos cualitativos y cuantitativos. La distinción entre elementos cualitativos y cuantitativos permite diferenciar entre la futilidad médica basada en la evidencia de obtener un resultado determinado, y la relacionada con los juicios de valor.

Simplificando un proceso muy complejo de toma de decisiones, se podría decir que el componente estadístico de los juicios de utilidad pertenece primariamente los médicos en virtud de su experiencia técnica, mientras que el componente basado en el deseo de obtener un resultado o en la conveniencia de tomar algunos riesgos de un tratamiento necesariamente incluye el juicio del paciente (juicio de valor).

De esta forma, considerando a Christensensen me gustaría presentar una distinción entre futilidad absoluta, estadística y desproporcionada.

La futilidad absoluta se refiere a aquellas intervenciones que son completamente inefectivas en términos fisiológicos.

La futilidad estadística expresa la baja probabilidad de una medida específica de obtener un resultado determinado.

La expresión de futilidad desproporcionada califica una decisión basada en un juicio de valor para abstenerse de una intervención médica, a pesar de la probabilidad estadística de obtener efecto terapéutico benéfico inmediato, porque su aplicación representaría una carga excesiva y probablemente no modifique sustancialmente el pronóstico del paciente. Esta definición subyace el principio ético de la proporcionalidad terapéutica, que establece la obligación moral de implementar solamente las intervenciones médicas que tienen una relación de proporciones

adecuadas entre los medios empleados y los resultados deseados. Las intervenciones medicas que no tienen esta relación pueden ser consideradas como moralmente no obligatorias.

Pero hay también distinciones importantes entre lo que es moralmente obligatorio y lo que es moralmente licito. Más aun, el concepto de utilidad terapéutica no se refiere exclusivamente al objetivo de restaurar la salud, sino también a preservar o aumentar el confort y el bienestar general del paciente; prevenir otras enfermedades o complicaciones de una condición incurable son también objetivos de la Medicina, especialmente en el caso del CP. Esta reflexión también puede ser aplicada al uso de las terapias MAC.

Comentario editorial.

Fútil: inefectivo, inútil. Futilidad médica: inefectividad médica.

El debate sobre futilidad medica generalmente se refiere a conflictos entre el médico y el paciente / familia sobre el derecho de decidir si una práctica particular es o no fútil y debe o no ser realizada. Los argumentos médicos a favor del concepto de futilidad resaltan los límites de la Medicina y de sus obligaciones; los argumentos de los pacientes reflejan la intención de mantener la autonomía sobre el paternalismo médico.

La mayoría del personal sanitario tiene un conocimiento superficial del concepto de futilidad, y cuando se les pregunta sobre su significado exacto, responden que lo reconocen pero no lo pueden definir; no existe una definición precisa de este término. En la mayoría de los casos las decisiones sobre futilidad médica se basan en juicios de valor ("no vale la pena", "no es acertado") sobre el tratamiento, más que en una definición aceptada.

Una definición operativa, simple, que considera el componente estadístico de los juicios de utilidad, es: "un procedimiento diagnóstico o terapéutico es fútil cuando en 100 casos (por experiencia personal, o experiencia de colegas, o publicaciones) demuestra no ser efectivo o tener efectividad marginal".

El uso regular, adecuado, de esta definición requiere investigación científica y, como el concepto de eficacia, requiere también conocer la información disponible y actualizada sobre resultados terapéuticos.

ACTIVIDAD DOCENTE REGIONAL

No se recibió información nueva !!.

Argentina.

Curso para psicólogos de psico-oncología en CP.

Inicio: Mayo 2003.

Duración: 40 horas en 3 meses (Teórico práctico y vivencial).

Quinto curso de Extensión Universitaria en CP para enfermería,

Inicio: Mayo 2003.

Duración: 128 horas (80 % clases prácticas)

Sexto curso anual de Post-Grado en CP para médicos.

Inicio: Mayo 2003.

Duración: 130 horas (60 % clases prácticas).

Cuarto curso para voluntarios en CP.

Inicio: Mayo 2003.

Duración: 40 horas (60 % clases prácticas).

Informes: UCP Tornú-Fundación FEMEBA, Combatientes de Malvinas 3002, 1427 Buenos Aires, Argentina. Telefax (54) 11 4523 3511, correo-E ucptornu@interlap.com.ar

México.

Primer Simposio de Cuidados Paliativos en Pediatría.

Fecha: 5 al 8 de Agosto de 2003 en el Instituto Nacional de Pediatría.

Diplomado de atención emocional en los cuidados paliativos

En la Facultad de Estudios superiores Zaragoza de la UNAM.

Inicio: Agosto 2003.

Duración: 6 meses.

Informes: josemendez@PsicoNet.zzn.com

BUEN TRABAJO. FELICITACIONES!!

No se recibió ningún material !!.

MISCELÁNEOS.

Becas disponibles.

La IAHPIC y la SECPAL, en asociación con la ALCP, anuncian la creación de un programa de becas para el desarrollo de los programas de CP en América Latina. Las becas son de dos categorías:

Para los programas interesados en invitar un profesor de España para que permanezca en la unidad hasta por un mes, enseñando y entrenando en CP.

Para las personas interesadas en participar en el Congreso Anual de la SECPAL en España y visitar centros y programas de CP en ese país, hasta por dos semanas.

El número de becas será de dos por año por categoría. Las personas interesadas pueden solicitar información adicional a Lilliana De Lima, MHA IAHPIC Executive Director ldelima@iahpc.com

Estas becas tienen el objetivo de ayudar a los locales en el desarrollo de su propio modelo, sin copiar ni adaptar modelos extranjeros a sus países. Los profesores visitantes, que permanecerán un mínimo dos semanas trabajando en el sitio, asistiendo pacientes y conociendo los recursos disponibles, ayudaran a desarrollar un modelo basado en las necesidades de los pacientes y en los recursos y limitaciones del país.

Tercer Curso de CP para niños.

Fecha: Mayo 24-31, 2003.

Lugar: Varsovia, Polonia.

Informes: www.hospicjum.waw.pl

Esta destinado a médicos y enfermeros dedicados a CP pediátrico, o que desean iniciar programas de atención. Las autoridades desean invitar a un medico y una enfermera de cada país de Europa.

Seminario de las Asociaciones Nacionales de Hospicios y CP.

Fecha: Marzo 30 – Abril 1, 2003.

Lugar: La Haya, Holanda.

Informes: l.gray@helpthehospices.org.uk y n.pahl@helpthehospices.org.uk

Circulares de la ALCP.

Las versiones anteriores pueden obtenerse en el sitio web de la IAHPIC (ir a www.hospicecare.com y hacer clic en Journals)

Las traducciones y los resúmenes son realizados por Roberto Wenk.