

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° 14

Contenido

- Comentario de la Comisión Directiva
- Asociaciones nacionales
- Artículos de la literatura internacional
- Artículo regional
- Reglamento de publicaciones
- Actividad docente regional
- Misceláneos

COMENTARIO DE LA CD

Hola a todos!

El atraso de esta Circular # 14 se debe a que se envió información sobre el II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos y el VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos; hasta su realización se continuara con dos envíos mensuales: la Circular y la actualización de información sobre el encuentro.

El próximo Congreso de Montevideo es promisorio; la cordialidad de los anfitriones y las tareas del Comité Organizador y del Comité Científico permiten anticipar una actividad académica y social de excelente calidad. Probablemente en el próximo envío de información referente al encuentro, podamos comunicar el programa definitivo y los docentes participantes. En esta reunión hay un espacio destinado a actividad de la ALCP. En el se trabajara con vuestras propuestas e inquietudes, y se realizaran dos tareas importantes para la continuidad de nuestra Asociación: se elegirán las nuevas autoridades y se definirán los métodos de afiliación y cobro de cuotas societarias. En la próxima Circular incluiremos las instrucciones de la CD para el proceso electoral y la afiliación y pago de cuotas.

En el espacio "Asociaciones Nacionales", se reporta el desarrollo y actividad de la Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa, del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Ciudad de México. En las próximas dos Circulares se reportara información sobre el desarrollo del Cuidado Paliativo en Brasil y sobre la Fundación Nacional Pro Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos de Costa Rica.

En el espacio "Artículos regionales", se publica el segundo trabajo regional evaluado y aprobado por nuestro Comité Editorial de la ALCP. Colaboremos para que este espacio también tenga continuidad. Esperamos su aporte.

Dr. Roberto Wenk.
Presidente.

ASOCIACIONES NACIONALES.

En México no existe una asociación nacional de CP.

Este espacio esta disponible para presentar iniciativas que pueden tener impacto a nivel nacional de cada país, sin que formalmente sea reconocido como programa ni asociación nacional.

Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa.
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".
Ciudad de México.

Argelia Lara, Paola A. Díaz Zuluaga, Antonio C. Tamayo.

Acerca de la Clínica.

El Programa de Medicina Paliativa en el Instituto surgió en 1993 como una propuesta de la Clínica del Dolor para atender las necesidades del paciente terminal.

La Unidad está constituida por dos algólogos, un algólogo-paliativista, seis médicos especialistas en Anestesiología, que se encuentran realizando el Curso Universitario para Médicos especialistas en Medicina del Dolor y Paliativa; y dos psicólogas y una trabajadora social; y un Psiquiatra ínter consultante, además de contar con el apoyo del resto de los departamentos que integran este Instituto, que es considerado un centro de referencia nacional.

El grupo de pacientes que con más frecuencia se atienden son oncológicos, estadios avanzados de SIDA, o bien pacientes con alguna insuficiencia orgánica no trasplantable que cumplen con los criterios de terminalidad aceptados internacionalmente.

El programa está basa su atención en actuar como Departamento ínter consultante con los pacientes ingresados en áreas de hospitalización, así como en consulta externa (hospital de día), y se coordina la asistencia domiciliaria de los casos que lo ameritan, manteniendo una línea de comunicación abierta las 24 hrs.

Para el año 2000 se formalizó el tratamiento del paciente terminal, y se modificaron los formatos de evaluación, adaptando las recomendaciones de la Nacional Hospice Organization (NHO) y de la Internacional Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC).

Una de las más importantes actividades que llevamos a cabo es realizar sesiones académicas conjuntas con los diferentes Departamentos del instituto, involucrados en la atención de este colectivo de enfermos; así como la discusión de casos problema, consiguiendo llegar a consensos institucionales y algoritmos de manejo paliativo, con las otras especialidades médicas. Asimismo participamos en la capacitación de las enfermeras para los cuidados del paciente terminal. Como parámetro de control de calidad tenemos, la mejoría en el control de síntomas evaluados por el propio paciente mientras esto sea posible, el impacto sobre la calidad de vida y el nivel de satisfacción del paciente. Por otro lado, el apoyo domiciliario y la educación a los cuidadores

primarios, ha permitido una importante reducción el número de visitas al Departamento de Urgencias del Instituto.

Programa Académico.

Contamos con un Curso Universitario de Postgrado (avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México – UNAM), dirigido a Médicos con Grado de Anestesiología, cuya duración es de un año.

Esta Unidad se ha caracterizado por ofrecer un programa académico en Algología y Cuidados Paliativos apegado a los lineamientos internacionales de manejo del paciente con dolor crónico y del paciente terminal.

Este programa hace una convocatoria anual en la cual pueden aplicar médicos nacionales y extranjeros y contamos con ex-alumnos de Centro y Sudamérica.

Es para nosotros un honor recibir a quienes estén interesados en esta formación. Las inscripciones para aplicar al siguiente periodo académico (Del 1º. de marzo 2004 – 28 febrero 2005), están abiertas hasta el 31 de agosto del 2003.

Reconocimientos internacionales.

1. Annual IAHPC Institucional Award 2002 (Internacional Association for Hospice and Palliative Care), http://www.hospicecare.com/Awards/awardwinners/institutional_winner/2002winner.htm
2. Premio Accésit por Investigación en Dolor, otorgado por la Cátedra Extraordinaria del Dolor de la Universidad de Salamanca, España (enero - 2003).
2. Objetivos a largo plazo. Nuestra prioridad es ofrecer al paciente terminal un enfoque científico basando la terapéutica en la evidencia médica, sin dejar de lado los aspectos éticos, humanistas y la calidez de la atención. Uno de nuestros objetivos fundamentales es promover el desarrollo de la Medicina del Dolor y Paliativa, capacitar profesionales de la salud bajo los parámetros internacionales vigentes, en beneficio de nuestros pacientes. La misión es optimizar la calidad de la asistencia, fomentar la investigación y enseñanza de esta área de la Medicina, con los recursos humanos, científicos y tecnológicos de que disponemos.

Finalmente nuestra meta es ofrecer la mejor atención clínica, emocional, espiritual y social, a los pacientes terminales a nuestro cuidado, y servir como un modelo para otras instituciones médicas. En caso de necesitar información, contactar con: Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubiran".

C/ Vasco de Quiroga No. 15.

Col. Sección XVI, Tlalpan.

México 14000 D. F.

Telefax: (52 – 55) 54 85 43 33.

Email: clenicadolor_incmnsz@hotmail.com

Dr. Uriah Guevara MD, Jefe de Servicio y Profesor titular

Dr. Argelia Lara MD, Profesor Adjunto

Email: argelara34@hotmail.com

ARTÍCULO REGIONAL.

Evaluado y aprobado por el Comité Editorial.

CASO CLÍNICO

Obstrucción ureteral bilateral en cáncer avanzado. ¿Deben realizarse procedimientos invasivos?

Dr. C. Viaggio, Dra. C. Losada, Dra. V. Tedeschi, Dra. M. A. Minatel, Dr. R. Wenk.
Unidad de Cuidado Paliativo.
Hospital Baldomero Sommer, Programa Argentino de Medicina Paliativa.

Introducción.

El cáncer de cuello uterino es el tercer cáncer ginecológico más frecuente en la mujer; según algunas estadísticas la prevalencia es de 6 %.

Es un cáncer muy frecuente en nuestra población, y generalmente se encuentra en estadio avanzado al momento de la consulta a Oncología o CP. La supervivencia de estas pacientes en general es corta, y la mayoría de las veces fallecen por insuficiencia renal o hemorragias severas, como complicaciones secundarias al tumor.

En un periodo de 2 años y medio, se atendieron 197 mujeres en la UCP, de las cuales 18 % tenían cáncer de cuello uterino.

Una de las complicaciones más frecuentes es la obstrucción ureteral maligna bilateral que puede desencadenar insuficiencia renal aguda y provocar la muerte en horas. El tratamiento de elección es la desobstrucción de la vía urinaria con procedimientos mínimamente invasivos, pero muchas veces debido a la falta de recursos materiales, hay que decidir sobre la realización de intervenciones que están en desuso en estas situaciones de enfermedad avanzada: la nefrostomía y la ureterostomía cutánea por medio de cirugía convencional, con o sin diálisis previa. El Hospital Sommer se encuentra en un área suburbana del conurbano de la Provincia de Buenos Aires; la UCP atiende mayoritariamente a pacientes con escasos recursos socio-económicos. Muchas veces se debe decidir realizar o no procedimientos invasivos, para resolver las complicaciones y mejorar la evolución de las pacientes.

Se reporta un caso que demuestra la necesidad de reconsiderar este tema, debido a la alta prevalencia de esta patología y sus complicaciones.

Caso Clínico.

Paciente de 41 años de edad con diagnóstico en septiembre de 2002 de carcinoma epidermoide de cuello uterino de células no queratinizantes semidiferenciado, con invasión de parametrios y extensión hasta endometrio; se le realizó anexo-histerectomía y radioterapia completando 5000 cgy.

En octubre comienza con signos de uronefrosis de riñón izquierdo.

Se deriva, 6 meses después de Oncología a CP para evaluar y tratar su dolor pelviano, que cede con morfina 60 mg/día.

En febrero de 2003 inicia quimioterapia con carboplatino, etopóxido y ciclofosfamida. A los 2 meses comienza con vómitos severos, y cuadro de deshidratación que genera internación en un hospital general. Se constata insuficiencia renal con uremia de 141 mg. % con valores en ascenso: en los 10 días posteriores al ingreso tiene creatininemia de 8,79 mg/dl, uremia de 160 mg/ml, K de 6,4 mEq/l, acidosis metabólica y empeoramiento de su estado clínico.

La TAC de abdomen muestra dilatación urétero-piello-calicial bilateral a predominio izquierdo con adelgazamiento córtico medular. Y conglomerado adenomegálico iliaco izquierdo, con compromiso de los músculos rectos anteriores.

Se consulta a Urología y se realiza cistoscopia que muestra infiltración vesical por tumor, sin posibilidad de cateterizar los meatos ureterales.

Se comunica a la paciente su situación clínica y pronóstico, y se le explica que si no se realiza la desobstrucción de la vía urinaria el cuadro puede ser mortal a corto plazo. Se le explica a ella y a su familia que en nuestro hospital se puede realizar una cirugía convencional con todos los riesgos que ello implica, y se hace referencia a la urostomía permanente y su implicancia en su calidad de vida posterior. La paciente acepta la realización del procedimiento.

La paciente presentaba un ECOG 4, hipervolemia y mal estado general, con hiperkalemia. Se plantea realizar diálisis para luego derivar la vía urinaria.

Como no es aceptada por el servicio de Nefrología de un hospital de mayor complejidad, se inicia dexametasona 16 mg/día para reducir la compresión extrínseca ureteral por 48 h. Otro hospital la acepta y se realizan 4 sesiones de diálisis hasta estabilizar su cuadro clínico (la diálisis se realizó porque el servicio de Anestesia se negó a realizar anestesia en esas condiciones; de no haber existido esta negación no hubiera tenido indicación).

Al tercer día se realiza la ureterostomía cutánea.

A los 4 días de la cirugía los niveles de uremia habían descendido a 48 mg. % y su cuadro clínico mejora significativamente; a la semana es dada de alta sin ninguna complicación quirúrgica. Continúa recibiendo CP en forma ambulatoria, con buen control de síntomas. La paciente era casada y tenía 4 hijos 3, 4, 19 y 22 años de edad. Fallece a los 3 meses posteriores debido a una metrorragia, en su domicilio, con su familia, con síntomas controlados.

Discusión.

Muchas veces desde los CP las intervenciones invasivas no son bien consideradas, debido a que pueden tratarse de tratamientos fútiles. En nuestra realidad socio-sanitaria, fundamentalmente en el ámbito público, con escasez de recursos o falta de organización, muchas veces estamos obligados a indicar procedimientos más invasivos y agresivos para controlar los síntomas y eventualmente mejorar la calidad de vida.

En casos como el descrito, el equipo de CP debe cumplir las siguientes etapas del proceso de toma de decisiones:

- 1) considerar los múltiples factores que determinan la evolución clínica y el pronóstico de la enfermedad
- 2) considerar las posibilidades terapéuticas reales del método seleccionado, y las restricciones a su implementación (p.e. falta de recursos).
- 3) comunicar la selección terapéutica a la unidad de tratamiento paciente-familia.
- 4) consensuar la aplicación del método.

En el proceso de toma de decisiones se deben respetar aspectos éticos, principalmente la autonomía del paciente, el riesgo / beneficio del tratamiento seleccionado y el balance sobrevida /calidad de vida (muchas veces se mejora la sobrevida en forma temporaria pero se desconoce si se mejora la calidad de vida). Todos estos conceptos deben ser explicados a unidad de tratamiento paciente-familia para tomar una decisión en conjunto.

Conclusiones.

Sin dudas, con los elementos necesarios, los procedimientos mínimamente invasivos (nefrostomía percutánea y stent ureteral) son los de elección para resolver la obstrucción ureteral maligna. Pero que ante falta de recursos, es necesario plantear la posibilidad de realizar una cirugía convencional, considerando cada caso en particular y con la base de la buena comunicación entre el paciente, la familia y el equipo tratante.

Como la obstrucción ureteral maligna es una de las complicaciones frecuentes en las pacientes con cáncer de cuello uterino, los médicos que realizamos CP debemos estar alertados sobre esta complicación y tratar de realizar el diagnóstico precoz controlando las pacientes con pruebas de función renal y ecografía. El diagnóstico precoz permite tener más tiempo para las tomas de decisiones correctas para cada caso en particular.

Estamos convencidos de que si se trabajara desde la ínter disciplina y con una organización sanitaria diferente, los costos con los procedimientos mínimamente invasivos serían menores que con las cirugías habituales.

Bibliografía.

1. Palliative Medicine 2002; May ;16(3):195-204.
2. Annal Urology (Paris) 1990; 24(6): 530-2
3. Urology Radiology 1989; 11(3): 129-32
4. Journal of Urology 1996; 102 (5-6): 220-4
5. Journal of Urology 1992 Jul; 40(1):1-6

6. European Journal of Urology 1995;28(4): 328-33
7. Journal Endourology 1994 Dec; 8(6):425-8
8. . M González Barón, Tratado de Medicina Paliativa
9. . Jorge Luis Manzini., Bioética Paliativa
10. D. Doyle, G. Hanks, N.Mac Donald. Oxford Textbook of Palliative Medicine: 2nd Edition,1998.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES.

La sección "Asociaciones Nacionales" esta destinada a reportes de iniciativas (asociaciones nacionales, programas, fundaciones, grupos, etc) que pueden tener impacto a nivel nacional de cada país.

La sección "Artículo Regional" esta destinada a:

1. Trabajos originales de investigación, básica y clínica.
2. Reportes de casos
3. Revisión de trabajos y material existentes
4. Cartas al editor

Los **trabajos originales de investigación** deben incluir: introducción, materiales y métodos, resultados, discusión y conclusiones.

Los **reportes de casos** deben incluir: introducción, caso clínico, discusión y conclusiones.

La **revisión de trabajos y material existentes** no deben superar las 400 palabras y deben incluir: título original, autores y lugar de publicación.

Las **cartas al editor** no deben superar las 300 palabras.

Deben utilizarse nombres genéricos de drogas y evitar los nombres comerciales; si un producto comercial en particular fue utilizado, debe aclararse la causa y el nombre genérico en la sección del trabajo que corresponda.

Excepto en las unidades de medida, no se aconseja el uso de abreviaturas; en el caso de ser utilizadas, la palabra completa deberá preceder a cada abreviatura la primera vez que esta se utilice.

El estilo de las citas bibliográficas debe ser el del Index Medicus:

- 1) Artículos: Autores separados por coma y seguidos de punto. Título. Año seguido de punto y coma, Volumen seguido de dos puntos y finalmente la primera y última página del trabajo.
- 2) Libros: Autores separados por coma y seguidos de punto. Título. Ciudad (seguido de dos puntos), editorial seguido de coma y año de edición.
- 3) Capítulos de libro: Autores separados por coma y seguidos de punto. Título del capítulo seguido de punto. Cita del libro y finalmente la primera y última página del capítulo. Se citarán todos los autores con un máximo de seis, en el caso de ser siete o más, se citarán los seis primeros y luego se colocará y col.

Las referencias deberán ser verificadas por los autores sobre la base de los documentos originales; para la mención de comunicaciones en prensa o comunicaciones personales los autores deberán contar con el aval de la fuente, además de citarlo debidamente en el texto. Los agradecimientos se ubicarán antes de la bibliografía.

CONFLICTO DE INTERESES. Los autores de los trabajos deben aclarar, en el momento de enviar el artículo, si existe algún tipo de relación comercial o económica con alguna compañía cuyos productos figuren prominentemente en el trabajo. Dicha información influirá en la aceptación o rechazo del trabajo. En el caso de que el mismo sea aceptado para su publicación, dicha información se comunicará en la revista.

El material debe ser enviado como archivo adjunto del correo electrónico a la ALCP (alcp@intercom.com.ar) para que la Secretaria confirme la recepción.

El material para la sección **Artículo regional**, tendrá un código de identificación, y se re-enviará al Coordinador del Comité Editorial (CE, externo a la ALCP).

1. Dentro de los 30 días de haber el CE recibido el material, el autor y la ALCP recibirán el dictamen.
2. El/ los autores contarán con otros 30 días para enviar una nueva versión corregida si correspondiera (considerada versión definitiva).
3. El trabajo publicado irá acompañado de los comentarios o aportes que el CE considere necesarios.

El CE realizara la revisión y comentario del material recibido considerando los siguientes aspectos:

- a. Importancia del trabajo.
- b. Originalidad del trabajo.
- c. Calidad del diseño y del método utilizado.
- d. Consistencia.
- e. Interpretación.
- f. Discusión de los resultados.
- g. Consistencia de las conclusiones.
- h. Calidad de tablas y figuras.

Luego de analizar cada trabajo, el CE realizara una de las siguientes recomendaciones: 1) Aceptarlo para publicación. 2) Aceptarlo luego de los autores consideren las sugerencias del CE y realicen las modificaciones correspondientes, y 3) Rechazarlo.

Las sugerencias se realizarán sobre el contenido y las normas gramaticales.

ACTIVIDAD DOCENTE REGIONAL.

ARGENTINA.

Cuarto Congreso de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos.

Fecha: 6 y 7 de Septiembre de 2003.

Lugar: Hospital "Dr. Juan P. Garrahan" Ciudad de Buenos Aires.

Informes: aamycp@sion.net

CHILE.

Seminario "Pautas éticas para la investigación en seres humanos, nuevos desarrollos".

Objetivos: conocer las pautas éticas internacionales para la investigación en seres humanos en una perspectiva comparada, familiarizarse sus aspectos jurídicos y conceptuales, y desempeñar mejor las funciones de participación en comités de ética o consultoría a organismos que trabajan en investigación con seres humanos.

Fecha: 15-17 de Octubre de 2003.

Lugar: Santiago de Chile.

Informes: <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/ciomse.htm>

COLOMBIA.

VIII Simposio de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos.

Dolor agudo postoperatorio, Dolor neuropático, Dolor Cronico, Cuidados Paliativos.

Fecha: 29-30 de Agosto de 2003.

Lugar: Auditorio de la Cámara de Comercio, Unicentro Cali, Cali.

Informes: simposiodolorcali2003@hotmail.com

ECUADOR.

Actividades académicas programadas a nivel nacional por la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL).

“ACOMPAÑAMIENTO A LOS ENFERMOS DE VIH/SIDA Y SUS FAMILIAS”.

Fecha: 22-23 de Agosto de 2003.

Intensidad: 20 Horas

Lugar: Centro Camiliano – Quito

“RELACION PASTORAL DE AYUDA”.

Fecha: 25-26-27 de Agosto de 2003.

Intensidad: 30 Horas

Lugar: Centro Camiliano – Quito

“ESPIRITUALIDAD PARA LA TERMINALIDAD”.

Fecha: 25-26 de Agosto de 2003.

Intensidad: 20 Horas

Lugar: Centro Camiliano – Quito

“BIOÉTICA Y CUIDADOS PALIATIVOS”.

Fecha: 28-29 de Agosto de 2003.

Intensidad: 20 Horas

Lugar: Centro Camiliano – Quito

“BIOÉTICA Y SALUD”.

Fecha: 27-29 de Octubre de 2003.

Intensidad: 30 Horas

Lugar: ITEPE – Quito

Informes: fecupal@uio.telconet.net

MISCELÁNEOS.

Anuncio de EAPC (Asociación Europea de Cuidado Paliativo)

El Tercer Forum de Investigación de la EAPC, presidido por el Dr. Franco De Conno, tendrá lugar el 3-6 de Junio del 2004 en Stresa, Italia.

El forum reúne a expertos en Cuidado Paliativo involucrados e interesados en investigación, y a expertos en especialidades relacionadas con el CP, como terapia del dolor, oncología, geriatría y neurología.

La fecha límite para el envío de trabajos es Octubre 19, 2003.

Información: congressi@effetti.co, antonella.lió@istitutotumori.mi.it,

www.eapcnet.org/research2004/

Material de la OPS/PAHO

Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas.

Fernando Lolas, Alvaro Quezada, editores. OPS/OMS, 2003 - ISBN 956-7938-04-0

"...aporta un análisis de los aspectos éticos de la investigación biomédica, destacando los conceptos más frecuentes presentes en las normas escritas y ofrece perspectivas sobre la ética de la investigación con sujetos humanos....."

Texto completo en Español, gratis, en archivo PDF en: <http://www.bioetica.ops-oms.org/E/docs/pautas.pdf>

Las traducciones, resúmenes y adaptaciones son realizados por Roberto Wenk.