

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° 15

Contenido

- Comentario de la Comisión Directiva
- Asociaciones nacionales
- Artículo de la literatura internacional
- Artículo regional
- Buen trabajo. Felicitaciones!!!

COMENTARIO DE LA CD.

Hola a todos!

Durante el II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos y el VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos, que se realizara en Montevideo en Abril del 2004, se elegirá la Comisión Directiva que dirigirá y administrará la ALCP en el período 2004-2006.

Los invito a que elaboren las listas de candidatos con la siguiente guía:

Se pueden presentar hasta 5 listas de candidatos: una por cada región de Latinoamérica.

Cada lista debe proponer seis miembros titulares (Presidente, Vice-Presidente, Secretario, Tesorero y dos vocales) y dos vocales suplentes.

Cada lista debe incluir por lo menos un representante de cada región: Países Andinos (Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Venezuela), Centro América y el Caribe (Cuba, Republica Dominicana, Haití, Guatemala, Nicaragua, Honduras, Panamá y Costa Rica), Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay), de Brasil y de México.

La lista debe incluir: los nombres de los candidatos a cada cargo (con profesión, disciplina, posición y país de origen), una Bio del candidato a Presidente (150 palabras, con detalle a las

tareas realizadas en CP), y la descripción (200 palabras) del plan de acción propuesto para el período.

Las listas se deben enviar a la ALCP por correo E; la fecha límite es el 10 de Diciembre del 2003. Luego se circularán por correo E cada 30 días hasta la realización del Congreso, donde se realizará la votación.

Podrán votar solo los concurrentes al Congreso (después que haber pagado la cuota societaria anual) o los que envíen su voto junto con el pago de la cuota.

La elección democrática de una CD interesada y activa garantizará el desarrollo de nuestra Asociación.

Dr. Roberto Wenk.
Presidente.

ASOCIACIONES NACIONALES.

En Costa Rica no existe una asociación nacional de CP.

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

Fundación Nacional Pro Clínica Del Dolor y Cuidados Paliativos de Costa Rica "Regalemos alivio a quienes sufren por dolor".

Lic. Edith L. de Behm y Dr. Isaías Salas Herrera.

En 1994 un grupo de profesionales de diferentes ramas decidieron ayudar al Dr. Isaías Salas Herrera, que dirigía desde 1991 la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos en el Hospital Calderón Guardia, a lograr los medios necesarios para ampliar los servicios y brindar alivio a la gran cantidad de pacientes que requerían atención.

Tomando en cuenta que el cáncer es la segunda causa de muerte en el país, y la incidencia en 1994 era de 2800 nuevos pacientes por año (y sigue en aumento en vez de disminuir), y que la OMS dice que en los países en vías de desarrollo hasta un 70% de los pacientes llegan tarde a la consulta médica para poder recibir tratamiento curativo, se decidió constituir la Fundación "Regalemos alivio a quienes sufren por dolor" con los objetivos de promover acciones para mejorar la calidad de vida de pacientes con dolor por cáncer y SIDA, dolor crónico benigno, dolor agudo y cualquier otro tipo de dolor, mediante la atención integral del enfermo y de su familia por un equipo interdisciplinario que brinda alivio a su dolor físico, psicológico, social y espiritual.

LOGROS DE LA FUNDACIÓN EN EL PERÍODO 1994 - 2003.

Espacio físico para la Clínica.

Remodelación, con fondos obtenidos de una colecta pública realizada con los Clubes de Leones de todo el país en 1994, de una parte del edificio de la Consulta Externa del Hospital; se construyó la Clínica, se amuebló y compró el equipo médico indispensable, y en Junio de 1995 se inició la actividad.

Establecimiento de las visitas al hogar.

Provisión de un vehículo para establecer las visitas al hogar de aquellos pacientes que por su condición física no pueden asistir a la Consulta Externa.

Recaudación de fondos.

Con diferentes actividades: un partido de fútbol entre las selecciones de Italia y Costa Rica, celebración de Bingos, remate de obras de arte donadas por artistas nacionales, actividades celebradas por las Damas Panameñas y las Damas Peruanas residentes en el país, donación de los alumnos del INCAE, y donaciones del pueblo de Costa Rica.

Banco de equipo de hospital para prestar a los pacientes.

Creación de un Banco de Equipo de Hospital para prestar a los pacientes en estado terminal que permanecen en el hogar: camas de hospital, sillas de ruedas, concentradores de oxígeno, cachos, sillas inodoro, bastones etc. Se alquila una casa cerca del centro, y se paga el personal que entrega, recibe y mantiene el equipo. Se remodeló una parte de la casa para brindar servicios de terapia física, psicológica y servicios de nutrición.

Grupo de voluntarios.

Se capacitaron voluntarios, y la Clínica empezó a gozar de los beneficios de su trabajo en las visitas al hogar y en la recepción de pacientes en la Consulta Externa; con ello se involucró a las comunidades en la solución de estos problemas de salud.

Personal propio para la Clínica.

Se promovieron las acciones necesarias con la Caja Costarricense de Seguro Social y con el Ministerio de Hacienda para que otorgara personal propio a la Clínica: así se obtuvieron las primeras 12 plazas propias.

Creación del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

En marzo de 1999 se presentó a la Caja Costarricense de Seguro Social, la solicitud para poner a derecho lo que la necesidad forzó de hecho: el funcionamiento de la Clínica como un Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos. La solicitud fue aprobada por la Junta Directiva el 8 de abril de 1999 y así se alcanzó la meta primordial de la Fundación: lograda la consolidación de la Clínica, convertirla en un Centro Nacional de control del dolor y cuidados paliativos, con asistencia integral, docencia, investigación y coordinación dentro de la CCSS.

Creación de otras Clínicas de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

Se promovió la creación de otras clínicas de control del dolor en el país de acuerdo con la incidencia de cáncer, y como aporte hizo en julio del 2001 un *Plan Nacional para la Organización de las Clínicas de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Nivel I y II de Atención Médica*. Actualmente en Costa Rica existe una red de 23 Clínicas que forman un sistema con el Centro y la Fundación.

Colaboración en la elaboración del Manual de Normas.

Colaboración con el Centro, con el personal de las Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos del país, y con la ayuda de la Administración Central de la Caja, en el desarrollo de *El Manual de Normas para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos del I y II Nivel de Atención Médica y Protocolos Generales de Manejo de los síntomas y complicaciones del paciente Incurable y/o Terminal*, acogido por el Ministro de Salud y publicado en el Decreto Ejecutivo 29561-S 14-6-2001.

Impresión de las normas.

Organización y financiamiento de los Congresos de Medicina del Dolor.

El último, el V Congreso Internacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo, se celebró en este año los días 14-15 y 16 de mayo, participaron profesionales de la Universidad de Gales, del Beth Israel Hospital de New York, del Northwestern University Hospital de Chicago, de la Universidad de Arizona, y del Geisinger Health System de Dauville Pensilvania. Asistieron 160 profesionales (59 % médicos).

Adquisición de un intensificador de imágenes

Para realizar, sin cargo, los bloqueos de nervios para aliviar los dolores de difícil control.

Planificación del trabajo futuro sin centralización de servicios en San José. Esta es una labor de equipo: no se puede hablar de la existencia separada del Centro o de la Fundación, porque ambas trabajan en conjunto tras el mismo objetivo: *regalar alivio a quienes sufren por dolor*.

Dos cifras muestran los resultados obtenidos de esa unión Centro-Fundación: de una atención de 4.341 citas en 1994 se pasó a 16.832 en el año 2002.

ARTICULO DE LA LITERATURA INTERNACIONAL.

¿Es apropiado preguntar a pacientes en CP "Esta usted deprimido/a"? Estudio prospectivo

La depresión es un problema grave que afecta cerca de un cuarto de pacientes en CP (1). Diagnosticar la depresión es difícil porque la mayoría de los pacientes están comprensiblemente tristes. La falta de reconocimiento de la depresión puede generar morbilidad adicional y tener efecto perjudicial en la calidad de la vida (2).

Los métodos de detección de depresión generan mucho interés, pero cuando los pacientes son frágiles y están indispuestos, los instrumentos deben ser simples y breves. Preguntar a los pacientes norteamericanos en CP la sola pregunta, "Esta usted deprimido/a?" tiene sensibilidad y especificidad perfectas y 100 % de valor predictivo positivo (3). Otros estudios de pacientes con accidente cerebro-vascular y pacientes ancianos encontraron que la respuesta con un "sí" o "no" clasificó correctamente más de 80 % como deprimido o no deprimido (4, 5).

Pacientes, métodos, y resultados.

Los pacientes podían participar si recibían CP; durante seis meses 106 fueron elegibles para el estudio. 74 pacientes aceptaron participar; obtuvimos información sobre edad, diagnóstico, historia de depresión, y de la capacidad funcional (todos tenían ECOG de 2 o 3, con función física limitada). La edad, el sexo, el estado de la enfermedad, y el ECOG no difirieron entre los que aceptaron participar y los que no. La edad de los pacientes fue de 28-89 (media 68) años.

Comparamos el resultado de la pregunta, "Esta usted deprimido/a?" con una entrevista psiquiátrica clínica semi-estructurada basada en los criterios de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM 4). Calculamos la sensibilidad, especificidad, y los valores predictivos positivos y negativos.

Pacientes que respondieron la pregunta "Esta usted deprimido/a" ? y resultados de su entrevista clínica.

Esta Ud. deprimido/a ?	Si	No
Entrevista clínica con DSM 4		
Deprimido/a	11	9
No deprimido/a	14	40
Total	25	49

Encontramos que 27 % de pacientes tenía depresión (95 % intervalo de confianza 17 % a 37 %). A la pregunta, "Esta usted deprimido/a?" 25 pacientes respondieron "sí"; en la entrevista clínica encontramos que 11 estaban deprimidos. Nueve pacientes que contestaron "no" a la pregunta se estaban deprimidos según la entrevista (tabla) clínica. Una respuesta "SI" tuvo sensibilidad de 55 % (34 % a 77 %) y especificidad de 74 % (61 % a 84 %) y los valores predictivos positivos y negativos de 44 % y 82 % respectivamente.

Comentarios.

La sola pregunta, "Esta usted deprimido/a?" se cree que detecta con éxito la depresión en CP—muchos clínicos lo utilizan rutinariamente—pero en la población del Reino Unido no tiene la sensibilidad y ni la especificidad perfectas que tiene en la de Norteamérica. Aunque esto es un estudio pequeño, es más grande que muchos otros estudios sobre pacientes en CP. Un cuarto de pacientes tuvo depresión. La pregunta en este estudio identificó correctamente apenas la mitad de los pacientes diagnosticados como deprimido y aproximadamente tres cuartos de los pacientes diagnosticados como no deprimidos. En el estudio norteamericano, los investigadores incluyeron la sola pregunta "Esta usted deprimido/a?" en el programa de entrevista, que puede haber influenciado los resultados. Nuestros resultados son también menos favorables que los del estudio de pacientes de accidente cerebro vascular y pacientes ancianos que compararon el poder de discriminación de la pregunta con una escala existente y no con una entrevista semi-estructurada.

Esta pregunta subjetiva requiere evaluación rigurosa adicional antes de recomendarse su aplicación para detectar la depresión en pacientes con cáncer avanzado.

Correspondencia a: M Lloyd-Williams mlw@liv.ac.uk

Referencias.

Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Lan Ly K. Depression in advanced disease: a systematic review. Part 1: Prevalence and case finding. *Palliat Med* 2002;16:81-97.

Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. A survey of antidepressant prescribing in the terminally ill. *Palliat Med* 1999;13:243-8.

Chochinov H, Wilson K, Enns M, Lander S. "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1997;154:674-6.

Mahoney J, Drinka TJ, Abler R, Gunter-Hunt G, Matthews C, Gravenstein S, et al. Screening for depression: single question versus GDS. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:1006-8.

Watkins C, Daniels L, Jack C, Dickinson H, van den Broek M. Accuracy of a single question in screening for depression in a cohort of patients after stroke: comparative study. *BMJ* 2001;323:1159.

ARTÍCULO REGIONAL

Evaluado y aprobado por el Comité Editorial.

Musicoterapia en CP

María Virginia Cicchetti.

Musicoterapeuta integrante del Servicio de Psico-oncología del Instituto de Terapia Radiante de la Ciudad de La Plata. Musicoterapeuta de la Clínica "Luminar" y en el Instituto "Vida" de La Plata, Argentina.

Las relaciones históricas existentes entre la música y la Medicina representan un vasto campo de estudio. La música terapia fue practicada en todos los países y desde siempre. Y, aunque el concepto de enfermedad y de actitud terapéutica han cambiado continuamente a través de los siglos, los efectos de la música sobre la mente y el cuerpo del hombre enfermo, mantienen desde tiempo inmemorial notables semejanzas (1).

Tenemos un solo sentido que no podemos suprimir: nuestro oído, con él comienza nuestra conciencia, así lo programó la evolución. Antes de pisar esta tierra, y durante toda nuestra vida hasta la hora de nuestra muerte, cuando todos los demás sentidos claudican: escuchamos.

Es a través de éste sentido que el mensaje sonoro accede, liberando emociones acalladas, reordenando los ritmos fisiológicos, desbloqueando recuerdos, comunicando experiencias, incitando un movimiento corporal.

Cómo sucede esto?

El sonido transita a través del córtex auditivo, activando al sistema límbico, responsable de nuestras experiencias emocionales, así como de las respuestas metabólicas básicas.

La escucha sonora puede sintetizar la producción de ciertos agentes llamados péptidos, o estimular sustancias químicas que generan nuestros organismos, por ejemplo las endorfinas, "opiáceos" naturales segregados por el hipotálamo y que inducen un estado particular de relajación y sensación de bienestar. Desde el año 1895 se realizan investigaciones y estudios acerca de la eficacia de la música y sus efectos definidos sobre el ser humano, para lograr mejoras en su estado psicofísico (2).

La música puede activar el flujo de materiales de memoria archivados a través del cuerpo caloso.

Qué es la Musicoterapia?

Es una disciplina terapéutica que emplea, como recurso específico, el sonido en sus múltiples dimensiones para abordar las diferentes problemáticas del ser humano a nivel físico, emocional, mental, social y espiritual.

La Musicoterapia es el uso con fines terapéuticos, de la música y/o de los elementos musicales (ritmo, melodía, armonía) por parte del musicoterapeuta calificado, para generar procesos conducentes al bienestar físico, psíquico, social y cognitivo (3).

El musicoterapeuta utiliza recursos específicos: silencio, ruido, sonido, música y todas las formas rítmicas y acústicas vivenciadas o expresadas a través del cuerpo, la voz, los instrumentos musicales, los objetos y los medios analógicos y digitales de producción, reproducción, edición y comunicación (4). Las formas de implementación terapéuticas pueden ser activas y/o pasivas.

Musicoterapia en CP.

Ofrece al paciente aliviar el sufrimiento, facilitar la aceptación de la muerte dentro de la completud de la vida y mejorar la calidad de vida:

Alivia los temores y las ansiedades.

Fortalece la conciencia de identidad y de autoestima

Disminuye la sensación de aislamiento

Facilita la expresión emocional a través de la comunicación no-verbal

Promueve la relajación psicofísica, disminuyendo la percepción de dolor, y facilitando el contacto con los aspectos espirituales.

Facilita el proceso de revisión de la vida.

Ayuda a la comunicación con la familia.

Si consideramos al Ser Humano desde el Paradigma de Complejidad como "persona" que resume aspectos biológicos, psicológicos, sociales, éticos y espirituales, fundamentamos el abordaje clínico de nuestros pacientes desde una visión holística. La Musicoterapia en CP esta avalada por dos fuentes de conocimiento indiscutibles: la historia de la Medicina paralela a la historia del uso terapéutico de la Música (5), y los aportes de la Psico-neuro-endocrino-inmunología (6).

Para ilustrar el concepto citaré un caso clínico.

Lidia M., paciente oncológica con metástasis pulmonares, en quimioterapia, lúcida; sufre de ahogos, ansiedad y angustia frente a la dificultad respiratoria. Desde la historia sonoro-musical (herramienta diagnóstica de la musicoterapia) diseño con ella con qué sonidos y música trabajar, la entreno a realizar movimientos respiratorios asociados al movimiento "adagio" del Barroco (ella elige uno de Bach) y le ayudo a realizar visualización guiada y libre durante la escucha de la música.

La paciente es muy activa y comprometida con las técnicas operativas, ya que los efectos benéficos rápidamente dieron resultado. Al comienzo la atención era domiciliaria. Al mes del tratamiento sufre una descompensación aguda pulmonar y es internada. Una noche recibo un llamado desde su celular, para que acuda a verla. Lidia se encontraba respirando agitadamente, con ritmo cardíaco acelerado y semblante enrojecido, transpirando, muy angustiada y ansiosa.

Discman y auriculares, y le sugiero que respire con la música como ella ya conoce; pasados 10 minutos los ritmos fisiológicos se reordenaron y respiraba sin dificultad. Luego elijo pasarle el tema de música que era su favorito para descansar. "Quiero dormir", me dijo. Minutos después quedó dormida. Compensada con medicación específica, es trasladada a su domicilio a los tres días, acompañada por la familia, su médico y la música. Fallece a la semana siguiente en paz.

En este caso, la escucha sonora asociada a los momentos respiratorios rítmicos, facilitaron la sincronización cardio-respiratoria y cerebral, relajación muscular y aquietamiento emocional.

Bibliografía:

Miquelarena, M. "El cuerpo y la música en el tratamiento psiquiátrico". Montevideo: Uruguay. Editorial Medina, 1987, pp. 139-145.

Spintge, R. "The anxiolytic effects of music" in MATHEW H. M. LEE. : "Rehabilitation, Music and Human Well-Being". Missouri, E.U.A. 1989, pp 82-97.

Fregtman, C. "Holomúsica". Barcelona, España. Editorial Kairós, 1988, pp. 152-157.

Definición publicada por la Federación Mundial de Musicoterapia.

Gallardo, R. "Musicoterapia en Salud Mental". Buenos Aires. Editorial Universo, 1998, pp. 20-23.

Solomovich, J. "Psico-neuro-endocrino-inmunología". Buenos Aires. Editorial Polemos, 2002, pp. 16-17.

BUEN TRABAJO. FELICITACIONES !!!!

COLOMBIA.

El Dr. John Jairo Vargas comunica que el Instituto de Cancerología de la ciudad de Medellín inauguró el 14 de agosto del corriente año la unidad de soporte oncológico. En este lugar se realizan las consultas externas de medicina paliativa y clínica del dolor, psico-oncología, terapia familiar, medicina física y rehabilitación, psiquiatría, nutrición, fisioterapia, terapia ocupacional, musicoterapia, etc.

Es una casa a las afueras de la ciudad donde se tienen zonas verdes, fuentes de agua, kioscos de reposo y zonas de atención; tiene además una habitación como la de una casa, para que la familia se entrene con supervisión en las tareas asistenciales.

El Instituto de Cancerología presta además los servicios de oncológica clínica , radioterapia y las diferentes especialidades quirúrgicas oncológicas. Por ahora no tiene internación.

MÉXICO.

La Lic. Fabiola Montoya Martín del Campo (psicóloga), miembro del equipo de Hospice Cristina, trabajó arduamente para solicitar reformas a la Ley para el paciente terminal. Logró recaudar más de 3,000 firmas, como cartas de diferentes instituciones públicas y privadas, incluyendo al Cardenal, Derechos Humanos y del propio Secretario de Salud de Jalisco consiguiendo la aprobación a las reformas de la Ley Estatal de Salud y que se publicará en el Diario de la Federación ya como una Ley. Los aspectos importantes de la ley son la prevención y control del dolor y la paliación del sufrimiento, y elaboración y desarrollo de programas de capacitación y actualización de los recursos humanos para lograr esos objetivos.

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