

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° 22

Contenido

- Comentarios de la Comisión Directiva.
- Artículo regional N° 1.
- Artículo regional N° 2.
- Artículo de la literatura internacional.
- Actividad regional.
- Buen trabajo. Felicitaciones!!
- Misceláneas.

Comentarios de la Comisión Directiva.

Hola a todos y bienvenidos a la última edición de esta circular en este año.

Tengo varios anuncios importantes:

Los países han consolidado sus esfuerzos en desarrollar y afianzar las asociaciones nacionales de Cuidados Paliativos: nuestros colegas en Perú han conformado la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos, con la Dra. Maria del Rosario Berenguel como Presidente y la enfermera Marlene Goyburu, como Secretario General. Felicitaciones por el avance que esto significa para Perú y resto de la Región. Felicitaciones también al Dr. René Linares del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia, por su elección como nuevo Presidente de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos. Esperamos poder colaborar y apoyar el trabajo de las nuevas Sociedades en sus proyectos de investigación y educación en Cuidados Paliativos.

Les recuerdo que están abiertas las inscripciones para los premios de Reconocimiento de la Asociación Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC), en las categorías individual (Vittorio Ventafridda Award), institucional y universitaria. Los ganadores reciben US \$2,000 de premio y el

reconocimiento internacional a través de la IAHPIC por la promoción y el desarrollo de los Cuidados Paliativos. Varias entidades de América Latina y colegas de la Región han recibido estos premios. Tenemos gente muy buena que esta trabajando muchísimo y merecen ganar alguno de estos premios. Pueden encontrar información adicional e instrucciones para aplicar en <http://www.hospicecare.com/Awards/awardsindex.htm>

Este mes hemos recibido varias solicitudes de inscripción en el Directorio Internacional de la ALCP. El directorio esta disponible en www.cuidadospaliativos.org Los invito a que visiten el directorio y nos actualicen los datos de sus programas. Adicionalmente, recuerden que esta página Web es de todos y que esta disponible par incluir información y recomendaciones de manejo clínico y administrativo, una vez sean evaluadas por el comité editorial.

La organización Health on the Net Foundation está realizando una encuesta para determinar los hábitos de uso del Internet en temas de salud y nos ha solicitado ayuda en la diseminación de la encuesta. Los invito a que la respondan para colaborar con este estudio. Los resultados estarán disponibles una vez hayan sido analizados y los compartiremos con todos. El enlace de la encuesta es http://www.hon.ch/Survey/quest_internet.html

Muchas gracias a quienes nos enviaron artículos para publicar en esta edición. Están todos invitados a mandar resúmenes de reuniones, trabajos originales, noticias sobre nuevos desarrollos y avances y cualquier cosas que sea de interés y utilidad para los colegas de América Latina. Recuerden que esta página le llega a más de 1,500 paliativistas en todos los países y es una herramienta para diseminar información y generar reconocimiento.

Gracias a los colegas del Brasil que trabajan en la traducción de la Circular para que pueda llegarle a nuestros colegas de ese país. Aprovecho esta oportunidad agradecer también el trabajo de la Comisión Directiva y en especial al Dr. Roberto Wenk por su trabajo como editor de esta circular.

Feliz navidad para todos y todas y espero que el año que viene esté lleno de cosas buenas.
Hasta el próximo mes,

Liliana De Lima, MHA
Presidente ALCP

Artículo regional N° 1.

El Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en el AUGE

Dr. Luis Ortiz Sepúlveda.
Farmacéutico Asistencial, Magister Atención Farmacéutica.
Arauco, Chile.

Introducción.

El AUGE es un Programa de salud impulsado por el gobierno de Chile y que entrega a los beneficiarios del sistema público de salud garantías explícitas sobre el tratamiento de las patologías incorporadas en dicho programa.

El Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (PAD y CP), es una de las patologías incorporadas al AUGE, lo que ha significado el cabal cumplimiento de lo establecido en todos los centros del sistema público de salud del país.

Garantías.

Tendrán acceso todos los beneficiarios del sector público, con diagnóstico de cáncer; sin discriminación de tramo edad, sexo, condición religiosa, social o económica que requieran alivio del dolor (valor EVA) por cáncer en etapa terminal de su enfermedad, teniendo prioridad para

recibir el tratamiento según los protocolos contenidos en las Norma general Técnica # 31 (Norma Nacional del PAD y CP) y 32 (Norma de Enfermería del PAD y CP) antes de 5 días hábiles en toda la red asistencial del programa.

Tendrán acceso todos los beneficiarios del sector público que se encuentren en etapa terminal de la enfermedad oncológica, teniendo garantizado su ingreso al programa, antes de 5 días hábiles desde la fecha del diagnóstico formal del especialista que tiene cáncer refractario a tratamiento curativo.

- Recibirán educación por el equipo de salud, sobre el auto cuidado de su enfermedad, desde su primera atención.

- Tendrán garantizados los analgésicos e insumos y medicamentos prioritarios para el alivio del dolor y el control de los síntomas molestos, en toda la red asistencial.

Indicadores.

Porcentaje de personas beneficiarios del sector público de todas las edades, con diagnóstico de cáncer terminal:

- Que efectivamente alivian su dolor antes de 5 días hábiles en toda la red asistencial del programa (Valor EVA).

- Que hayan sido ingresadas al PAD y CP antes de 5 (cinco) días hábiles desde la fecha del diagnóstico formal del especialista de que es un paciente refractario a tratamiento curativo.

- Que hayan recibido educación sobre auto cuidado de su enfermedad desde su ingreso.

- Que hayan recibido los analgésicos e insumos prioritarios para su alivio y control de síntomas molestos, en toda la red asistencial del programa.

Flujo grama de atención.

El paciente recibe el diagnóstico de cáncer terminal del especialista en el nivel terciario, quien lo deriva de inmediato, enviando ínter consulta vía fax al nivel secundario, el que puede seguir atendiendo al paciente directamente o bien derivarlo al nivel primario, según el lugar de residencia del paciente. El paciente es atendido preferentemente por los equipos de PAD y CP en su domicilio, concurriendo hasta éste el equipo completo formado básicamente por médico, enfermera y químico farmacéutico. El paciente sólo se hospitaliza para titular dolor o compensar alguna función que no sea factible de realizar en domicilio. En domicilio el paciente recibe medicación tanto oral como por otras vías, incluida la endovenosa, para lo que se capacita a algún familiar directo, oxigenoterapia y las demás maniobras o procedimientos que requiera.

Artículo regional N° 2

Enfermería en Cuidados Paliativos. Consideraciones generales

Marta Junín.

Licenciada en Enfermería, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Los Cuidados Paliativos incorporan una concepción multiprofesional e interdisciplinaria en el cuidado de las personas con diagnóstico de enfermedades avanzadas, progresivas y en etapa terminal. A partir del trabajo de los diferentes profesionales de la salud actuando en equipo, se podrá brindar los cuidados atendiendo a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona con enfermedad que amenaza la vida y su familia.

Enfermería ocupa, dentro del equipo de salud, un lugar de privilegio, ya que es quien permanece la mayor cantidad de tiempo junto al paciente, esto le permite ejercer plenamente el rol de "cuidador".

La tarea de cuidar tiene dos objetivos claramente definidos: ayudar a las personas a afrontar los problemas que les impiden satisfacer sus necesidades básicas con el fin de que puedan llevar una vida plena, y ayudar a obtener el mayor grado de bienestar posible dentro del contexto de la enfermedad; ambos objetivos identifican claramente la función básica de enfermería.

La enfermería en Cuidados Paliativos desarrolla sus actividades en el contexto enmarcado por el cuidado de los pacientes y familias en los cuales la enfermedad progresa inexorablemente hacia la muerte. Junto con el resto del equipo debe esforzarse en aliviar los problemas, facilitar los

procesos de adaptación a la situación de terminalidad, contribuir a la comunicación paciente-familia-equipo y colaborar con los diferentes recursos potencialmente implicados.

Poder lograr estos objetivos no solo depende de una formación general de enfermería, sino también de una formación específica en Cuidados Paliativos, ya que la problemática con que deberá enfrentarse tiene características propias e implica el aceptar que no todos los pacientes se van a curar y gran parte de ellos morirán a corto plazo, lo que representa el cambio de la actitud curativa hacia una actitud paliativa. Al igual que para los otros miembros del equipo, la madurez profesional y personal, la habilidad en detectar y atender los detalles, junto con la capacidad de obtener una visión global de la situación, son aspectos relevantes de la Enfermería en Cuidados Paliativos.

Proceso de Atención de Enfermería

A través de esta modalidad de atención, enfermería organiza los cuidados a brindar a la persona con enfermedad progresiva, avanzada y en etapa terminal. Consiste en una serie de intervenciones:

- Valoración inicial:

La asistencia de los pacientes con enfermedad que amenaza la vida se inicia al identificar el origen y grado de malestar que presentan, se detectan problemas y necesidades reales y potenciales, en las áreas: física, psico-emocional, social y espiritual. Se deben explorar las estrategias de afrontamiento y recursos propios en el paciente y su familia. Se preguntará al paciente que es lo que más le preocupa en el momento de realizar la valoración y se considera su respuesta para planificar y establecer prioridades en la atención.

- Diagnóstico de enfermería:

Consiste en detectar el grado de alteración del bienestar, en relación con el impacto del proceso de la enfermedad. Se elabora un diagnóstico de la situación real del paciente y se definen objetivos. Un objetivo general consiste en aliviar el sufrimiento ayudando al paciente a lograr una mejor calidad de vida, en función de sus actitudes, forma de vida y deseos.

- Planificación de los cuidados:

Se determinan las acciones a implementar respondiendo a los objetivos planteados. Implica la participación de todo el recurso humano disponible, incluida la familia, cuidadores principales en el domicilio.

- Ejecución:

Se proveen los cuidados que ayuden a satisfacer las necesidades del paciente y familia, y así lograr los objetivos propuestos a través de un plan de acción individualizado. Se debe garantizar continuidad en la atención independientemente del lugar en que permanezca el paciente, ya sea el hospital o el domicilio.

- Evaluación:

La unidad de tratamiento es el paciente y la familia por lo cual el proceso evaluativo incluye a ambos y en una visión global. Las respuestas satisfactorias hacia las intervenciones del equipo se ponen de manifiesto a través de un proceso de muerte digna, en el lugar y la forma que el paciente haya elegido. Es necesario realizar reevaluaciones continuas, ya que se trata de un paciente plurisintomático y multicambiante.

Necesidades de capacitación en Enfermería

Si reconocemos que las situaciones de enfrentamiento con el proceso de morir son las dificultades más frecuentes que el personal de enfermería debe afrontar, asistiendo pacientes con enfermedades incurables en la práctica diaria de su profesión, se debe plantear seriamente la inclusión de los *Cuidados Paliativos* en todos los niveles de formación del personal de enfermería: el pregrado, el posgrado y la educación continua e incidental en los servicios.

Objetivos generales de la capacitación en Enfermería:

- Lograr una mayor comprensión de los procesos vinculados a las enfermedades que amenazan la vida.

- Proponer un cambio de objetivos del cuidado, modificando la actitud de querer curar siempre, por la de acompañar y cuidar.

- Actualizar conocimientos para poder comprender y satisfacer las necesidades de la persona que va a morir y su familia, facilitando su adaptación a la situación de enfermedad avanzada.
- Fomentar el análisis y elaboración personal y grupal de las situaciones de angustia y tensión que ocasiona el asistir a pacientes murientes. Se logrará de esta manera un manejo adecuado de las situaciones de distres, contribuyendo al bienestar y la eficiencia en el trabajo diario de los enfermeros, como integrantes del equipo interdisciplinario de salud.

Lectura sugerida: López Imedio, E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Editorial Panamericana, Madrid, España, 1998.

Artículo de la literatura internacional.

Artículo seleccionado y traducido por el Dr. Iván Justo Roll, Coordinador del Departamento de Docencia e Investigación del Equipo de Cuidado Paliativo, Vieja Habana, Cuba.
justroll@infomed.sld.cu

Retos del final de la vida: haciendo honor a la autonomía.

Autor: Sharon M. Valente, PhD, RNCS, FAAN.

Publicado en: Cancer Nurs 27(4):314-319, 2004. © 2004 Lippincott Williams & Wilkins.

SEGUNDA PARTE

Evaluación.

La evaluación es un proceso continuo, y es necesario un examen del estado mental y las necesidades de salud del paciente, las opciones del final de la vida, y la toma racional de decisiones constituyen un basamento para los cuidados. Este también ilustra la racionalidad de las decisiones al final de la vida. La comunicación con la enfermera, el respaldo, el conocimiento, y la empatía refuerzan las estrategias del paciente para hacer frente y mejorar la evaluación de las opciones del final de la vida. Comenzar estas discusiones tempranamente y revisarlas asegura que el paciente tiene una oportunidad de cambiar estas decisiones.

La evaluación del estado mental debe hacerse de rutina por los pacientes médicamente estables, residentes en cuidados prolongados y es recomendable pesquisar la depresión. Cualquier factor que disminuya la calidad de vida requiere evaluación. La enfermera tomará medidas para mejorar y evaluar el dolor, síntomas, y la depresión y abogar por el tratamiento o la remisión.

Cuando la persona enferma terminalmente parece clara de mente y capaz de tomar decisiones racionales, la educación acerca de la opciones del final de la vida y su defensa son importantes. La racionalidad es la capacidad de deliberar, de comunicar, y considerar cuidadosamente y examinar sus propios valores y las consecuencias de las acciones. Un paciente racional, terminalmente enfermo con una enfermedad incurable causándole irremediablemente sufrimiento intolerable tiene muchas razones legales para acelerar la muerte, incluyendo la suspensión de los tratamientos y detener los alimentos y líquidos. Estos datos acerca de porque las personas quieren acelerar la muerte provienen de Oregón, donde los pacientes terminales tienen el derecho de acelerar la muerte mediante el Suicidio Médico Asistido (SMA) En el segundo año de SMA en Oregón, 27 personas participaron en SMA legales por varias razones. La edad media fue de 71 años, 16 fueron hombres, 26 fueron blancos, y 12 estaban casados. La enfermedad de base más frecuente fue el cáncer, esclerosis lateral amiotrófica, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los 27 pacientes tenían seguro y 21 fueron atendidos en hospicios. La motivación más frecuente para solicitar el SMA fue la pérdida de autonomía (81%), disminución en la habilidad para sufrir (Ej., dolor, disnea, dificultad al tragar) (53%).

La enfermera tiene un rol en la explicación y la defensa de los preceptos de los cuidados paliativos. Explicando todas las opciones de los cuidados paliativos (incluyendo los hospicios) y proveyendo datos precisos acerca de la enfermedad durante la atención de enfermería. Salvaguarda que las opciones del paciente sean voluntarias e incluyen la documentación de un status mental claro; pregunta repetidamente por aceptar una muerte natural o acelerar la muerte (esto ocurre cuando un paciente desea abolir sufrimiento prolongado al final de la vida); y realiza

entrevistas indirectas para evaluar en que forma el paciente pudiera sentirse coaccionado y examinar estos motivos. Los pacientes también necesitan saber que ellos pueden cambiar sus opciones en cualquier momento. Sin embargo, las enfermeras que cuidan a pacientes terminales quienes quieren acelerar la muerte dicen que ellas tienen que luchar contra sus propias creencias religiosas y valores espirituales, sentimientos incómodos y miedos, conocimientos y habilidades inadecuados, experiencia personal, y el peso de la responsabilidad profesional. En el caso de Hannah, la enfermera no discutió la opción paliativa pero constantemente trató de interrumpir la decisión de dejar de comer y beber.

Decisiones Racionales.

Aproximadamente del 2% al 5% de las personas terminales han acelerado su muerte, típicamente debido a su pobre calidad de vida, solicitud no exitosa para retirar los tratamientos, y los tratamientos angustiantes. Las decisiones racionales reflejan un cuidadoso planeamiento y consideración de la información adecuada (Ej., las circunstancias médicas de forma completa y precisa), preparación (Ej., voluntad, arreglos del funeral), impacto en los otros, tratamientos, y alternativas (Ej., poder a un abogado, Directivas Anticipadas). El plan para acelerar la muerte debe contemplar la cultura de la persona, valores, y creencias. Si el grado de agitación, desorientación, depresión mayor, y si la pobre orientación con la realidad afecta su decisión racional entonces se aconseja una evaluación psiquiátrica. Determinar cual es la capacidad de decisión y el status de lucidez mental es un desafío cuando el paciente se encuentra muy cerca de la muerte o desconsolado. Las enfermeras tienen que alentar a los pacientes a revisar sus decisiones y a saber que las decisiones sobre el final de la vida pueden cambiarse. Las preguntas deben tener un sentido crítico y poseer finales abiertos (Ej., ¿porque finalizar la vida ahora? ¿que hubiese prevenido esto antes? ¿necesita ayuda el paciente? o espera que alguien más tome la decisión. La discusión de los factores precipitantes, opciones, objetivos, resultados a pretender, y motivos provee evidencia de la claridad mental y la voluntad de escoger del paciente. Hannah estaba consciente y no tenía ansiedad ni depresión y esto fue confirmado por la evaluación psiquiátrica cuando ella fue remitida. Ella había decidido siempre que no quería demorarse mucho cuando estuviese muriendo. El hospicio probablemente hubiese mejorado el manejo de su dolor. Las demandas razonables por muerte asistida plantean dificultades debido a que existen muy pocos lineamientos, los deberes profesionales pueden entrar en conflictos, la existencia de sanciones legales vigentes, o que los dilemas éticos son un reto. Muchos profesionales de salud entenderían los sentimientos de un colega quien reportó, yo se que debí sonar la alarma cuando el paciente quería acelerar la muerte, pero cuando el paciente tiene cáncer en estadio terminal y dolor incontrolable, también me siento en la obligación de apoyarlo. Yo puedo entender el deseo de morir del paciente con dignidad. Ambos la familia y los profesionales a cargo de su cuidado están angustiados cuando el tratamiento médico agresivo continúa a pesar de la solicitud del paciente de parar con un tratamiento tan agresivo.

Intervenciones.

Los cuidados paliativos para el paciente moribundo son muy importantes y dependen de una evaluación adecuada. Los Cuidados Paliativos son un tratamiento de aversión contra los síntomas físicos, psiquiátricos, y existenciales en las personas que están muriendo. En muchos casos, los pacientes han deseado acelerar la muerte debido a su dolor, náusea, disnea, y otros síntomas que han sido intolerables. Por lo tanto una de las primeras intervenciones es mejorar el control del dolor y otros síntomas. El dolor, los síntomas, la depresión, la ansiedad requieren tratamiento eficaz y un seguimiento frecuente. Las formas para mejorar la calidad de vida a través de intervenciones espirituales requieren consideración.

Los pacientes necesitan educación, hechos concretos, y opciones para el final de la vida y otro tratamiento. Los pacientes a menudo necesitan apoyo y ayuda para comunicar sus deseos, preocupaciones, y necesidades a sus médicos y familiares queridos. Las enfermeras pueden ofrecerse para estar presente, animándoles a completar sus Directivas Anticipadas, o valorando las preocupaciones y deseos del paciente. Toda vez que las preferencias del paciente son conocidas, los médicos necesitan ayuda para guiarlos en esos deseos. La enfermera puede hablar con los pacientes y evocar sus deseos. A menudo, la enfermera tiene un rol cardinal al asegurarse

que el médico puede hablar explícitamente con los familiares acerca de la cercanía a la muerte y la opción del hospicio, y la familia saber que esperar en el proceso de la muerte.

Apoyo Familiar.

De acuerdo con Forbes, quien condujo grupos focales, los miembros de la familia experimentan una carga significativa y culpa cuando ellos dejan a sus seres queridos en una unidad de cuidados extendidos. A menudo, ellos han agotado todas las otras opciones antes de dejarlo allí y pueden sentir que esto puede ser la decisión más difícil que ellos hayan tomado, una decisión acompañada de sentimientos de pérdida, dolor, arrepentimiento, y miedo en el futuro. A menudo, los miembros de la familia no pueden imaginarse la muerte de sus seres queridos, y están desgarrados entre la idea de que la muerte pueda haber sido una hemorragia y una tragedia. Ellos sintieron la angustia al mirar a su ser querido desmejorar. A menudo, los miembros de la familia refieren que la enfermera falló al prepararlos para la muerte de su familiar. Por ejemplo, el personal de enfermería en una unidad llamó a la autora como consejera porque el médico era incapaz de decirle a la familia que el paciente estaba muriendo. En otro ejemplo, el médico egresó al paciente que estaba cerca de la muerte, pero nunca le dijo a la familia que el paciente estaba muriendo. Los miembros de la familia quieren saber si su ser querido se fue pacíficamente, dormido, sin sufrimientos. Los familiares tienen muy pocos conocimientos de enfermedad terminal y desean que el médico le explique que el paciente está muriendo. Cuando las familias están angustiadas por la pobre comunicación con el médico, ellos atribuyen estos problemas al frecuente cambio de turno del personal de enfermería, demasiado trabajo, uso de una agencia de profesionales, y a la falta de contacto con el médico a cargo. La discusión de las sobrecargas y beneficios del tratamiento durante la trayectoria de la enfermedad o calidad de vida de los seres queridos estuvo ausente.

Aunque algunos pocos residentes tienen en sus Directivas Anticipadas la orden de no resucitar y no utilizar tubos para alimentación, los familiares no estaban seguros si ellos harían honor a estas directivas a menos que ellos tuviesen experiencia previa con una enfermedad progresiva terminal. Los familiares estaban confundidos y pensaban que los antibióticos serían una medida de confort y no estaban claros acerca del proceso natural de la muerte.

Educación.

Las personas quieren información acerca de los últimos días de sus vidas y se preguntan acerca del dolor, los síntomas, el sueño, y el coma. Muchos temen a ser incapaz de respirar o tener un dolor incontrolable o sufrimiento. Debido a que muchos le falta la información, la educación acerca de planificación anticipada es importante. Las personas necesitan entender como ellos pueden utilizar las Directivas Anticipadas para documentar sus deseos de vida artificial, como ventiladores, sondas para alimentación, y resucitación cardio-pulmonar en caso de que ellos no puedan hablar por si mismos. Ellos también pueden necesitar apoyo y guía para discutir sus deseos con sus médicos y seres queridos. Los miembros de la familia también aprecian el adiestramiento al preguntarle al médico por información acerca de la trayectoria de la enfermedad y la muerte. Una esposa con un poder legal duradero para los servicios de salud, quien cree que su ex-marido está muriendo puede necesitar preguntarle al médico, ¿se sorprendería si mi ex-esposo muriera en los próximos seis meses... o el año próximo?. La esposa puede necesitar esta información para planificar el cuidado de su ex-esposo y saber que decirle a los adolescentes y niños y a su familia quienes viven en otro estado.

Defensa.

Las personas que desean información acerca de temas sobre el final de la vida pueden beneficiarse de recomendaciones a varios servicios comunitarios como Last Acts, Ergo, Compasión in Dying, y Dignity National Center, y los hospicios. Estos grupos proveen información acerca de Directivas Anticipadas, manejo del dolor, y opciones legales al final de la vida y Compasión in Dying provee manejos de casos y servicios de apoyo a ningún costo.

La enfermería y los cuidados de salud abogan por tener un mayor rol en lograr un adecuado manejo del dolor y otros síntomas y suscitar preguntas acerca de tratamientos que pudieran ser fútiles o no mejoran la calidad de vida. Algunos dolores en enfermedades terminales (Ej.,

metástasis, dolor óseo, aumento de la presión intracraneal por tumores grandes) no pueden ser bien controlados. Mientras muchos pacientes desean control del dolor, no siempre ellos van a aceptar medicamentos que nublen su pensamiento o tengan otros efectos adversos molestos.

Conclusión.

Muchos americanos temen a quedar vivos o que se le mantenga vivos por máquinas en contra de su voluntad cuando estén muriendo. Mucha gente con enfermedades que amenazan la vida confían en su médico o enfermera para que introduzca el tema de los cuidados al final de la vida y se le provea educación acerca de estas opciones. Aunque muchos médicos evitan discutir sobre las opciones del final de la vida hasta que el paciente está demasiado enfermo para participar y ellos a menudo utilizan términos técnicos que son complicados, la enfermera puede ayudar a facilitar la discusión terapéutica sobre estos temas. Un paciente apto mentalmente puede decidir si acelerar la muerte y si desea educación, apoyo y defensa.

La enfermera tiene un rol cardinal para asegurar que el paciente tenga el mayor control del dolor y otros síntomas, y recursos acerca de las opciones del final de la vida. Sin embargo, las enfermeras pueden experimentar un conflicto cuando el paciente desea acelerar la muerte, debido a sus valores de que la vida debe preservarse a toda costa y al mismo tiempo desea respetar la autonomía del paciente.

Un paciente con capacidad tiene la opción legal de detener la ingestión de alimentos y líquidos si lo desea para acelerar la muerte, en este caso necesitará educación, defensa, y apoyo a sus opciones autónomas. La enfermera, particularmente en las instituciones de salud, puede ser un vínculo crítico en asegurar que el personal conozca y colabore en el cuidado del paciente que ha escogido acelerar la muerte.

Los interesados en las referencias bibliográficas de este artículo, pueden solicitarlas a justroll@infomed.sld.cu

Actividad regional.

ACTIVIDAD REGIONAL REALIZADA.

La Dra. Patricia Bonilla de Caracas, Venezuela, informa que el 13 y 14 de Octubre se celebró el módulo de Cuidados Paliativos de los 50 años del Congreso Venezolano de Oncología.

La actividad académica incluyó conferencias, talleres prácticos y visitas domiciliarias.

Participaron los Eduardo Bruera (USA), Marcos Gómez Sancho (España), Argelia Lara (México) y Jairo Moyano (Colombia) como invitados internacionales.

Buen trabajo. Felicitaciones !!.

Se ha constituido la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos. La Presidenta es la Dra. María Berenguel y la Secretaria es la Enfermera Marlene Goyburu.

Sus objetivos próximos son la elaboración de un programa académico y el trabajo colaborativo con la ALCP.

Misceláneas.

Invitación

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) invita a todos los profesionales que trabajan directa o indirectamente en Cuidado Paliativo a inscribirse en su base de datos.

Quienes se inscriban recibirán un número de usuario y una contraseña que les permitirá acceder al sitio web de la EAPC <http://www.eapcnet.org/> y tener acceso a actividades reservadas a los socios: recibir por correo-e información relacionada con actividades de la Asociación Europea, descargar diversos artículos de Palliative Medicine y European Journal of Palliative Care, suscribir

resúmenes en los congresos de la EAPC e ingresar en la página de sus datos personales para actualizarlos.

Para inscribirse se debe completar un formulario en http://www.eapcnet.org/form/eru_insert_user.asp

Programa de entrenamiento en ética de investigación en América.

Co-directores:

Ruth Macklin, Department of Epidemiology and Population Health at Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York, USA.

Florencia Luna, FLACSO, University of Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Para médicos, científicos biomédicos, bioeticistas, abogados, filósofos, científicos sociales y otros profesionales. Los candidatos deben hablar Inglés y Español y deben residir en cualquier país de Latinoamérica. Se realizara con una beca de Fogarty International Center of the National Institutes of Health in the United States.

Informes e inscripción:

Application Form

macklin@acom.yu.edu

florluna@pccp.com.ar

9° Congreso Mundial de la Asociación Europea de Cuidado Paliativo (EAPC)

6 al 10 de Abril 2005, en Aachen, Alemania, en conjunto con el 5° Congreso de la Asociación Alemana de Cuidado Paliativo

Idioma oficial: Inglés (traducción simultanea en Francés y Alemán de las ponencias de la sala plenaria).

Información:

congress2005@ukaachen.de

<http://www.eapcnet.org/aachen2005>