

**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](mailto: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° 23**

**Contenido.**

- Comentarios de la Comisión Directiva.
- Día Mundial del Cuidado Paliativo y de Hospicio 2005.
- Artículo regional N° 1.
- Artículo regional N° 2.
- Artículo de la literatura internacional.
- Actividad regional.
- Actividad docente regional.
- Buen trabajo. Felicitaciones!!
- Misceláneas.

**Comentarios de la Comisión Directiva.**

Hola a todos y feliz año nuevo.

En esta oportunidad tenemos un anuncio importante.

La fecha definitiva del próximo congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos es Marzo 23-27 del 2006 en Venezuela. Marquen sus agendas para que hagan planes desde ya y participen en la reunión. Próximamente el Comité Científico anunciará las condiciones para la presentación de propuestas para sesiones simultáneas y trabajos libres. Esperamos que todos vayan y que en esta ocasión volvamos a romper el record de asistencia.

Algunos llevamos trabajando más de 15 años en el avance de los Cuidados Paliativos en la Región y puedo decir que hemos aprendido varias lecciones:

La primera es que para que los Cuidados Paliativos salgan adelante, se requiere el compromiso de un líder local quien se convierte en el abanderado en su país o su región.

La segunda es que los Cuidados Paliativos no se pueden prestar solo desde el punto de vista psicosocial o con cuidados de enfermería. Se requieren también médicos comprometidos con el tema.

Y la tercera es que aunque se cumplan las dos primeras, mientras los Cuidados Paliativos no sean remunerados, muchos profesionales interesados continuaran desertando o nunca llegarán a intentarlo.

Desafortunadamente para nuestros pacientes, la disponibilidad y el acceso a los Cuidados Paliativos en los países de América Latina es muy limitado. Con algunas pocas excepciones claras de éxito (Chile, Argentina, Costa Rica), el resto de los países que empezaron al mismo tiempo que estos tres, siguen en una situación igual a la de hace diez años. Casos como el de México y Colombia son tristes. El consumo de morfina en ambos países no ha registrado ningún aumento en los últimos años y en algunos años inclusive ha registrado bajas de acuerdo con las cifras de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). A pesar de que en ambos países se discute este tema desde hace mucho tiempo, se han formado asociaciones, unidades de Cuidados Paliativos y se han organizado congresos con profesores reconocidos a nivel internacional.

Es necesario preguntarse qué ha sucedido en estos y otros países y examinar las razones por las cuales la situación es como es. En Chile, Argentina y Costa Rica, no hay problemas con disponibilidad ni acceso a los opioides; existen "campeones nacionales" reconocidos nacionalmente y hay participación del estado y de fundaciones privadas en los programas.

Que no tienen los demás países?

Es posible que no exista un líder local capaz de unir los esfuerzos y que los intereses personales primen sobre el del grupo.

Puede ser también que el compromiso con los programas y la disciplina sea débil y que la adopción de los Cuidados Paliativos sea parcial. Por ejemplo, en algunas unidades de Cuidados Paliativos prevalece un modelo intervencionista de control de dolor basado principalmente en bloqueos y procedimientos costosos y todavía algunos médicos son renuentes a prescribir opioides orales y a realizar asistencia en domicilio.

Una razón adicional, creo yo, es la que tiene que ver con los celos profesionales y las peleas de poder. En muy pocas oportunidades la información se transmite de manera cándida y desinteresada. Contrario a lo que debería ser, se utiliza para mostrar quién es el que sabe y quién no y como símbolo de posición y autoridad. La información es poder y entre menos se comparte, más poder se tiene sobre el que la necesita o pide.

Mi opinión es que debemos tomar medidas que de verdad lleven al cambio:

La primera es la adopción de programas educativos a nivel de currículo de medicina y enfermería. Los médicos generales y las enfermeras deben graduarse con conceptos claros y básicos sobre Cuidados Paliativos. Y este modelo educativo tiene que incluir práctica con pacientes. Está demostrado que los congresos, simposios y cursos no logran cambios en la práctica médica y lo único que hacen es inflar egos, gastar dinero de farmacéuticas y servir de trampolines a la fama de los mismos con las mismas.

La segunda son los cambios en las regulaciones y las políticas de salud. Los Cuidados Paliativos son una profesión acreditada y respetable y así debe ser reconocida por las Asociaciones de Medicina y los Ministerios de Salud. Las aseguradoras deben pagar los servicios prestados por los profesionales como se les paga a otras especialidades. Los médicos deben estar autorizados a prescribir opioides para casos legítimos y evitar el sufrimiento de los pacientes y sus familiares.

Países como Perú y Venezuela están empezando a florecer. Hay personas excepcionales trabajando en ambos, con mucha energía y capacidad de trabajo. Esperamos que puedan seguir el buen ejemplo de nuestros colegas del cono sur o de Costa Rica. Mientras los pacientes sean nuestro objetivo principal y la razón de la existencia de nuestros programas, seguramente tendremos éxito.

Un saludo a todos y hasta la próxima Circular.

Liliana De Lima, MHA  
Presidente ALCP

## **Día Mundial del Cuidado Paliativo y de Hospicio 2005**

***"Usted importa porque usted es usted, y usted es importante hasta el último momento de su vida", Dame Cicely Saunders, fundadora de St Christopher's Hospice, Londres, Reino Unido.***

El Día Mundial del Hospicio y los Cuidados Paliativos es un día de acción unida para celebrar y apoyar los Cuidados Paliativos y de Hospicios en todo el mundo. El primer Día Mundial del Cuidado Paliativo y de Hospicio (CPyH) tendrá lugar el 8 de octubre del 2005.

Este día ha sido organizado para todo aquel que esté involucrado en el CPyH en cualquier lugar del mundo: un paciente, un trabajador sanitario, un voluntario o un facilitador. Este día no pertenece a ninguna organización. La idea se ha desarrollado en colaboración con Voices for Hospices, entidad de caridad que proporciona los medios para que todos puedan participar (ver: [www.voicesforhospices.org](http://www.voicesforhospices.org)). Otras organizaciones internacionales también colaboran en el desarrollo de este evento.

El día tiene tres objetivos importantes:

Aumentar la disponibilidad de CPyH en el mundo. Crear oportunidades para discutir las barreras a su implementación.

Aumentar la conciencia y el entendimiento sobre las necesidades -médicas, sociales, prácticas, espirituales- de las personas que viven con un diagnóstico terminal y de sus familias. El objetivo es explicar cómo el CPyH pueden transformar sus vidas y mostrar cómo se puede ayudar a satisfacer sus necesidades.

Conseguir los fondos necesarios para apoyar y desarrollar el CPyH en el mundo -particularmente a través los eventos de Voices for Hospices

Esperamos que el Día pueda ayudar a entender el CPyH, y cómo apoyar a aquellos que se enfrentan al fin de la vida.

La Organización Mundial de la Salud y otras agencias internacionales creen que el CPyH es un elemento esencial de cuidado y tratamiento y que el Día Mundial del Hospicio 2005 incluirá un "llamado a la acción" global.

Tomará tiempo para que el Día Mundial del Cuidado Paliativo y de Hospicio crezca, y no se debe esperar un impacto grande en el primer año. Su impacto se evaluará por el número de eventos que tengan lugar; los países que se involucren; el público alcanzado, el efecto en las personas que toman decisiones y en los recursos logrados para apoyar el CPyH a nivel mundial. Una demostración de éxito será que la iniciativa tome vida por si misma.

Las actividades serán anunciadas en su sitio Web oficial [www.worldday.org](http://www.worldday.org) . Los detalles de los conciertos de Voices for Hospices serán anunciados en [www.voicesforhospices.org](http://www.voicesforhospices.org).

La mejor manera de empezar es visitar el sitio oficial [www.worldday.org](http://www.worldday.org) que se actualizara regularmente y proporcionará todo tipo de información, incluyendo maneras de involucrarse con este día. Las personas y Organizaciones también pueden enviar electrónicamente preguntas o sugerencias a [worldday@helpthehospices.org.uk](mailto:worldday@helpthehospices.org.uk) , o llamar a Help the Hospices (44) 207 520 8250.

Este día es para todos los interesados en este tema y que deseen realizar un cambio: que por favor póngase en contacto y entérese de lo que usted puede hacer.

## Artículo regional N° 1

### Interacciones medicamentosas en Cuidado Paliativo

Autores: Dr. Hugo Fornells, Dra. Daniela Mc Garrell, Dr. Raúl Sala

Pertenece al Manual de Cuidados Paliativos de la Unidad de Cuidados Paliativos de Adultos de Rosario. Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario

Las interacciones medicamentosas se definen como la posibilidad de que una droga afecte la intensidad del efecto farmacológico de otra que es administrada en forma concurrente.

La incidencia de interacciones medicamentosas en Cuidados Paliativos varía desde 3 a 5 % en los pacientes que requieren pocas drogas, pero asciende a 20% en pacientes hospitalizados que requieren entre 10 y 20 drogas. En unidades terciarias de Cuidados Paliativos el promedio de drogas indicadas hasta la admisión es de 6 y durante la estadía 10.

Estas interacciones pueden producir sinergia, adición o antagonismo y pueden ser farmacocinéticas, farmacodinámicas o farmacéuticas.

#### Interacciones farmacocinéticas.

Las particularidades del citocromo P450 implican en la práctica que el uso de dosis estándar de drogas en pacientes con mayor capacidad de metabolización llevaría a un efecto sub-terapéutico, mientras que en el subgrupo de metabolizadores pobres llevaría potencialmente al sobretratamiento. En este último grupo la activación de una droga puede no ocurrir y por lo tanto resultar inefectiva o puede haber una eliminación disminuida con prolongación de la vida media y potencial acumulación.

En pacientes con capacidad de metabolización ultrarrápida un mayor efecto (o toxicidad) puede observarse ante la administración de una droga que requiere activación (por ejemplo la activación de la codeína a morfina por el citocromo CYP 2D6). Aproximadamente el 10% de la población carece de la capacidad de activar la codeína a morfina. Las variaciones cualitativas y cuantitativas en la actividad del citocromo CYP 3A4 podrían explicar, al menos en parte, la variación interindividual en la respuesta al midazolám (metabolizado por este sistema).

Se han descrito diferencias étnicas con relación a la capacidad de metabolización de drogas. Se ha observado además una declinación de la función del citocromo P450 con la edad sin embargo la necesidad de regular las dosis en esta situación no está clara.

Ejemplos de drogas que pueden inducir a las isoenzimas del citocromo P450 son: carbamacepina, fenitoína, fenobarbital y rifampicina, afectando la metabolización de warfarina, corticoides, mexiletina, metadona, teofilina y de algunos beta-bloqueantes.

Ejemplos de drogas que inhiben alguna de las isoenzimas del citocromo P450 son: omeprazol, cimetidina, isoniacida y haloperidol.

#### Interacciones farmacodinámicas.

Interacciones farmacodinámicas de importancia clínica en Cuidados Paliativos incluyen:

Antagonismo de las benzodiazepinas a nivel del receptor opioide al igual que los agonistas del ácido gamma-amino butírico.

Las drogas anti-inflamatorias no esteroides y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina pueden disminuir la depuración renal de metabolitos opioides induciendo toxicidad.

Algunas drogas (meperidina, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y dextrometorfán) seguidas del uso de inhibidores de la monoamino-oxidasa pueden desencadenar un síndrome serotoninérgico (nauseas, confusión, excitación, temblor y diaforesis).

En pacientes recibiendo metadona, butirofenonas y fenotiazinas se ha observado un incremento de los niveles de desipramina (metabolito de la imipramina) por disminución de la eliminación.

La fluoxetina se asocia con incremento de los niveles plasmáticos de haloperidol que con la administración crónica puede asociarse a síntomas extrapiramidales.

Debido al uso frecuente de la nalbufina (agonista kappa y poderoso antagonista mu) en nuestro medio, hay que tener en cuenta que una vez que el paciente está tratado con morfina (agonista

mu y no en kappa) no puede recibir nalbufina debido a una interacción medicamentosa a nivel del receptor que antagoniza el efecto terapéutico de la morfina. Sin embargo la situación inversa (indicar morfina en un paciente tratado con nalbufina) si es posible.

Algunas drogas de uso frecuente en Cuidados Paliativos (haloperidol, corticoides, anticonvulsivantes, antidepresivos, etc.) poseen de moderado a alto potencial de interacciones con otras drogas. Frecuentemente estas interacciones tienen importancia clínica por lo que su consideración puede llevar a cambios importantes en las conductas terapéuticas.

## **Artículo regional N° 2**

### **Percepción sobre conocimientos en dolor en estudiantes de Medicina**

Autores: Marta Ximena León, Edmundo Gónima, Alvaro Sanabria, Fernando Ríos, Margarita Corredor, Carlos Bustamante, Mónica Quijano, Diana Sarmiento, Camilo Calvache, Gregorio Aramit  
Universidad de La Sabana, Colombia

El dolor ha sido una de las mayores preocupaciones de los seres humanos y ha sido objeto de grandes esfuerzos para entenderlo y controlarlo. Su importancia radica en que afecta a millones de personas en el mundo deteriorando su calidad de vida, muchos de ellos con dolor agudo y la mayoría con dolor crónico siguen siendo inadecuadamente tratados.

La epidemiología del dolor crónico es desconocida en Colombia. No se conoce la prevalencia real ni su impacto. Existe una encuesta realizada por la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor ACED, donde se encontró que el 47% de los encuestados habían sufrido algún tipo de dolor en los dos últimos meses.

Una de las grandes barreras para el cuidado apropiado de los pacientes con dolor es la falta de educación acerca de los mecanismos fisiopatológicos y el manejo del dolor. En Estados Unidos solo el 3% de las Facultades de Medicina ofrecen un curso dedicado al manejo del dolor y la mayoría de los médicos no tienen los conocimientos ni habilidades adecuados para el manejo de estos pacientes. Las necesidades de fortalecer la educación en dolor tienen relación con el mal manejo del dolor crónico y con las dificultades en la toma de decisiones terapéuticas.

En Colombia no existe ningún estudio publicado sobre percepción en conocimientos de dolor en Médicos o estudiantes de Medicina, por este motivo se diseñó un estudio para hacer un diagnóstico sobre la percepción en los conocimientos en dolor. La primera fase se realizó en estudiantes de último año de Medicina y la segunda fase se realizará en médicos tanto generales como especialistas en ejercicio profesional. El estudio podría tener impacto en las Facultades de Medicina llevando a una revisión de sus planes de estudio en relación con dolor y podría fortalecer la necesidad de cursos de educación continuada para Médicos en ejercicio profesional.

Para la primera fase se diseñó un estudio de corte transversal donde se invitaron a participar a los estudiantes de último semestre de las 23 Facultades de Medicina adscritas a ASCOFAME. La información se recolectó sin que los autores del estudio conocieran la Facultad de donde procedían los resultados. Respondieron 11 de las Facultades invitadas para un total de 355 sujetos. Se encontró que el 81.9% respondió que en su facultad no existe una cátedra establecida de dolor; el 66% de los encuestados considera que no recibió suficiente formación en dolor; el 77% no se siente seguro para iniciar el manejo de un paciente con dolor oncológico y el 69% de los encuestados no considera que tiene suficientes conocimientos para manejar el dolor neuropático. El 90% de los encuestados no conocen o no utilizan adecuadamente la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud. En cuanto a medicamentos el 71% considera que no tiene conocimientos adecuados sobre opiodes y el temor para formularlos es la depresión respiratoria y la adicción.

Los resultados de este estudio son un aporte para optimizar la calidad de la educación en dolor. Esto se reflejará en una mejor calidad de vida de los pacientes y sus familias, y en una disminución del costo económico y laboral que este síntoma genera. El grupo de investigadores del actual estudio está integrado por docentes y estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana.

### **Artículo de la literatura internacional**

Publicado en el Boletín de la IAHPC.

Artículo del mes seleccionado por la Dra. Carla Ripamonti.

Porque lo elegí?

Este estudio sobre un pequeño grupo de pacientes confirma la necesidad de investigar más los efectos clínicos y las propiedades antimicrobianas de la miel y sus propiedades curativas en las lesiones mucosas y en los síntomas asociados.

### **Aplicaciones tópicas de miel vs. aciclovir para el tratamiento de las lesiones recurrentes de herpes simple.**

Autor: Noori S. Al-Waili

Publicado en: Med Sci Monit 2004; 10/8: MT94-98.

En un artículo del mes previo (junio 2003) Biswal et al. informa de la eficacia clínica de la aplicación tópica de miel para la curación en el mucositis post-radioterapia en pacientes de cáncer. Esta es otra indicación del uso de miel en la práctica clínica.

Al-Waili llevó a cabo un estudio clínico aleatorio y prospectivo que compara las aplicaciones tópicas de miel contra crema de aciclovir en pacientes con episodios recurrentes de infecciones (lesiones) de herpes simple labial y genital. Dieciséis pacientes sanos con (1) lesiones herpéticas labiales (n 8) y genitales (n 8), (2) historia de ataques recurrentes (promedio 6 episodios para el herpes genital y 5 para el herpes labial en el año anterior; duración de episodios de 7 a 12 días sin tratamientos antivirales), (3) sin tratamiento previo con aciclovir sistémico, (4) muestras positivas de anticuerpos de HSV en sangre, fueron tratados durante dos ataques consecutivos con aplicaciones tópicas de miel para un ataque (4 veces un día durante 15 minutos) y crema de aciclovir al 5 % (seis veces un día) para el otro ataque.

Para comparar los tratamientos se consideraron los parámetros siguientes: tiempo de curación de la piel, tiempo para lograr el control del dolor, intensidad del dolor (ninguno - severo), duración de los episodios, # de pacientes que no desarrollaron lesiones de piel (casos abortados) y la ocurrencia de corteza.

Para el herpes labial, la duración de los ataques, ocurrencia de corteza, tiempos de curación y duración del dolor (en # de días) eran apreciablemente más bajos cuando se trataron con miel que cuando se trataron con aciclovir (P <0.05).

Para herpes genital, todos los parámetros considerados también estaban apreciablemente a favor de tratamiento con miel menos la ocurrencia de corteza que era 28% mejor con el tratamiento de miel pero no apreciablemente diferente con el tratamiento de aciclovir.

En todos los pacientes tratados con aciclovir, las lesiones labiales o genitales de herpes desarrollaron corteza mientras que sólo mitad de los pacientes desarrolló corteza cuando se utilizó miel. En 5 pacientes tratados con miel, la sensación típica del ardor y el dolor molesto, característica de lesiones herpéticas, desapareció después de 24 horas mientras que esto no ocurrió en ninguno de los pacientes tratados con aciclovir. En estos últimos pacientes, el dolor durante las primeras 24 horas y para algunos en las primeras 48 horas, era leve-moderado. En 3 pacientes tratados con miel y en ninguno tratado con aciclovir los ataques abortaron.

En referencia a los efectos indeseables, no se encontró ninguno en pacientes tratados con miel mientras que 3 pacientes sufrieron prurito intenso con aciclovir.

Traducción Dr. Roberto Wenk.

En el último Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (Montevideo, Uruguay) un grupo de Venezuela presento un trabajo con resultados similares a los de N.S. Al-Waili.

Los pacientes tratados con miel reportaron menos dolor, curaron mas rápido y tuvieron menos efectos indeseables. La miel es económica y esta ampliamente disponible en nuestra región. Es necesario realizar mas estudios sobre esta opción terapéutica.

Este es el resumen del trabajo:

**“Mucositis por radioterapia en pacientes con patologías de cabeza y cuello. Se puede prevenir?”**

Dres. P. Bonilla, M. Rendon y A. Sánchez Dr. Sánchez A.  
Hospital Oncológico Dr. Luis Razetti - Unidad de Cuidados Paliativos Caracas Venezuela  
Dirección de contacto: mrlrendon@hotmail.com

**Introducción.** Los carcinomas de cabeza y cuello son un grave problema sanitario; responden bien a la radioterapia, quimioterapia o ambas. La radioterapia provoca mucositis, la respuesta inflamatoria de la mucosa oral y los tejidos blandos intra bucales, y cambios atróficos en el epitelio. Esta patología genera grandes gastos por medicamentos y en ocasiones por hospitalización.

En este trabajo se comparan los intentos prevenir la mucositis usando miel de abeja y aloe vera.

**Material y método.** 30 pacientes con patología oncológica de cabeza y cuello, que recibieron radioterapia, fueron separados al azar en tres grupos: miel de abeja, aloe vera y control; en cada sesión de radioterapia recibieron miel y aloe vera diez minutos antes y después de la radiación, y seis horas luego de la segunda toma.

**Resultados.**

Grupo de miel de abeja:

80,6 % no desarrollaron mucositis

85,7 % toleraron normalmente la alimentación sin necesidad de abandonar el tratamiento radiante

Grupos de aloe vera y control con resultados similares:

37,1 % no desarrollaron mucositis

17,1% toleraron normalmente la alimentación sin necesidad de abandonar el tratamiento radiante.

**Conclusiones.** Consideramos que la miel de abeja previene la mucositis y en caso de presentarse los síntomas son leves y de corta duración. Recomendamos el uso de miel de abeja a todos aquellos pacientes que inician tratamiento radiante de cabeza y cuello.

**Actividad regional**

**ACTIVIDAD REGIONAL REALIZADA.**

**CHILE**

María Lea Derio comunica que en Chile se realizo con gran éxito (asistieron 400 profesionales de todo el país) el I Congreso Internacional de Cáncer de Niños y Adultos, con motivo de cumplir 16 años el Programa Nacional de Cáncer. Funcionaron simultáneamente tres áreas: Cáncer del Niño,

Cáncer de Adultos y Alivio del dolor por cáncer y Cuidados Paliativos. María Lea comenta que fue notable la asistencia masiva asistencia a las plenarias de Alivio del dolor por cáncer y Cuidados Paliativos.

### **Actividad docente regional.**

#### **BRASIL**

UNIVERSIDAD FEDERAL DE RIO DE JANEIRO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO. DIVISÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE. SERVIÇO DE AMBULATORIO. PROGRAMA DE TRATAMIENTO DA DOR E CUIDADOS PALIATIVOS.

Curso teórico-práctico del Programa de Tratamiento de Dolor Crónico y Cuidados Paliativos, SAM, DSC, para el año 2005–2006.

Inicio: 9 de marzo de 2005.

Fin: 8 de marzo de 2006.

Duración: 1 año.

Carga horaria semanal: 20 horas. Carga horaria anual: 960 horas.

Inscripción e informes:

Dra. Lilian Hennemann, Coordinadora General.

[hennemann@ufrj.br](mailto:hennemann@ufrj.br)

Este curso ha recibido el premio de educación de la IASP para América Latina.

#### **ARGENTINA**

Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Centre for Distance Learning and Research in Palliative Care (Universidad de Calgary y Alberta Cancer Board, Canadá)

#### **PRIMER CURSO TELEMÁTICO (A DISTANCIA) DE CUIDADO PALIATIVO.**

De desarrollo simultaneo para médicos / as y enfermeros / as de atención primaria residentes en una misma ciudad.

Universidad de Buenos Aires. Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Hospital Dr. E. Tornú. Hospital Dr. B. Sommer.

#### **SEGUNDO CURSO ANUAL DE POST-GRADO INTERDISCIPLINARIO EN CUIDADOS PALIATIVOS.**

Para Médicos / as, Enfermeros / as y Psicólogos / as.

Duración: 150 horas (60 % clases prácticas).

Inicio: Mayo 2005

#### **MÓDULOS AVANZADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS**

Toma de decisiones.

Comunicación en el final de la vida.

Sedación: Aspectos legales, éticos y clínicos.

Gestión y organización de servicios de Cuidado Paliativo.

Procedimientos invasivos en Cuidado Paliativo.

Duración: 8 horas.

#### **CUARTO CURSO PARA VOLUNTARIOS.**

Duración: 28 horas (clases teórico-prácticas).

Inicio: Junio 2005.

Inscripción e informes:

[femeba-paliativo@infovia.com.ar](mailto:femeba-paliativo@infovia.com.ar)

Telefax: 54 (1) 4523 3511.

**Buen trabajo. Felicitaciones !!.**

#### **VENEZUELA.**

La Dra. Sabina Romero Ferrer comunica que esta a cargo de la Asociación Venezolana de Cuidados Paliativos.

Es reconfortante saber que persiste la actividad de esa institución con la intención de lograr la provisión de Cuidado Paliativo para todos los pacientes en cualquier situación o lugar del territorio venezolano.

## **Misceláneas**

### **ASOCIACIONES NACIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS.**

La ALCP esta colaborando en una iniciativa para identificar las Asociaciones Nacionales de Cuidados Paliativos a nivel mundial. Pedimos su colaboración para que las Asociaciones Nacionales de América Latina y el Caribe queden representadas en el mapa que se presentará durante el próximo Marzo en Corea. Para los países en donde exista una Asociación Nacional de Cuidados Paliativos (o otro cuerpo colegiado que represente los CP en el país), por favor envíe la siguiente información a Avril Jackson [avril@hospiceinformation.info](mailto:avril@hospiceinformation.info)

Nombre de la Asociación:

Persona encargada:

Dirección:

Ciudad:

País:

Tele:

Fax:

Email:

Sitio web (si tiene):