

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° 25

Contenido

- Comentarios de la Comisión Directiva.
- Dos anuncios importantes.
- Dra. Cicely Saunders.
- Columna de investigación.
- Artículo regional 1.
- Artículo regional 2.
- Foro de intercambio.
- Celebraciones programadas para festejar el Día Mundial del Cuidado Paliativo.
- Actividad docente. Exposición de fotografía. Sitio de Psico-oncología.

Comentarios de la Comisión Directiva.

Hola a todos.

Nuestro esfuerzo por fortalecer una red de apoyo y de comunicación entre los colegas de América Latina, esta dando resultados. Este mes tengo varios anuncios importantes que reflejan el aumento en las actividades a lo largo de la Región.

1. Celebración del Día Mundial de los Cuidados Paliativos, 8 de Octubre de 2005. Como hemos venido anunciando en circulares anteriores, la celebración del Día ayudará a la diseminación de los Cuidados Paliativos y ojalá al aumento en la oferta de servicios y en los programas de educación formal. Esta edición de la Circular incluye una sección que describe las distintas actividades organizadas por hospicios, unidades de cuidados paliativos, hospitales, programas nacionales y otros. Felicitaciones a todos los que están coordinando eventos en sus países y logrando que el Día sea un éxito. Me complace anunciar que la Asociación Internacional

de Cuidados Paliativos (IAHPC) otorgó becas por US \$1,000 para apoyar las actividades en Argentina, Cuba, México, Colombia, Guatemala, Brasil y Uruguay.

2. Becas Pasantía en Cuidados Paliativos, Extremadura, España: Estas becas se ofrecieron gracias a la generosidad y apoyo del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud, la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), la Asociación Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC) y la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP). Con el aporte de la Asociación Española contra el cáncer y los de la IAHPC, logramos reunir los fondos necesarios para cubrir todos los gastos relacionados con el viaje, así como los tiquetes aéreos para cada becario y además pudimos seleccionar seis y no cinco como habíamos planeado inicialmente.

Gracias a todos los que participaron en esta convocatoria. Recibimos aplicaciones de candidatos excelentes y la selección de los ganadores se hizo utilizando varios criterios ponderados por los integrantes del comité de selección. El volumen de aplicaciones que recibimos es una muestra de la necesidad que existe de programas educativos en la Región. La siguiente es la lista de los ganadores:

- Paola Díaz, México
- Patricia Bonilla, Venezuela
- Claudia Trujillo, Colombia
- Iván Justo Roll, Cuba
- Maria de los Ángeles Minatel, Argentina
- Maria Margarita González, Chile

Felicitaciones a todos los ganadores por este reconocimiento y esperamos que esta oportunidad les ayude en el desarrollo de sus carreras profesionales en Cuidados Paliativos en sus países.

3. Sesiones Simultáneas para el Congreso Latinoamericano de la ALCP en Isla Margarita, Marzo 2005: La inscripción para la propuesta de sesiones simultáneas se cerró Agosto 30. Esta es la primera vez en la historia del Congreso que tenemos una convocatoria abierta para las sesiones simultáneas y la respuesta de los grupos que propusieron temas fue extraordinaria. El propósito era incentivar a los colegas de la región para que diseñaran mesas de trabajo y a que presentaran estudios originales o análisis de temas. El Comité Científico ha desarrollado un magnífico trabajo analizando cada propuesta y decidiendo el contenido del programa. Mil gracias a los integrantes del Comité por la labor tan eficiente y por aceptar nuestra invitación a participar. El Comité Científico del Congreso está compuesto por:

- Maria del Rosario Berenguel, MD (Perú)
- Mariela Bertolino, MD, Argentina
- Patricia Bonilla, MD, Venezuela
- Cisio Brandao, MD, Brasil
- Mercedes Franco, Psicóloga, Colombia
- Eduardo García Yanneo, MD, Uruguay
- Argelia Lara, MD, México
- Claudia Morón, MD, Venezuela
- Lisbeth Quesada, MD, Costa Rica
- Ruth Suárez, Enfermera, Venezuela

El primero de Noviembre haremos la convocatoria para la presentación de pósteres. Esperamos que muchos participen en este llamado y que el Congreso sirva como vitrina para la diseminación del trabajo y la investigación que muchos de ustedes vienen adelantando en sus instituciones.

4. Sitio Web de la ALCP: En pocas semanas tendremos un nuevo sitio Web, más estético y fácil de utilizar. Tendremos allí también la última información sobre el Congreso Latinoamericano, las fichas de inscripción al Congreso, información sobre reservas de avión y hoteles en Isla Margarita. Esperamos que en Isla Margarita cumplamos con la tradición de otros años y sobrepasemos el número de asistentes del Congreso anterior.

Por último, les anuncio que la Dra. Lisbeth Quesada, integrante del Comité Directivo de la ALCP fue recientemente nombrada por la Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica como Defensora de los Habitantes " OMBUSMAN". Lisbeth deja sus labores operativas como paliativista en la Unidad de Cuidados Paliativos, durante 4 años, pero sabemos que seguirá abogando por los cuidados paliativos desde su cargo político. Los Cuidados Paliativos son un derecho de los pacientes y Lisbeth será una defensora de ellos. Lisbeth nos acompañará en Venezuela durante el Congreso y seguirá colaborando como miembro del Comité Científico. En nombre de toda la Comisión Directiva y colegas de América Latina, le enviamos nuestras felicitaciones a la Dra. Quesada por este nombramiento tan importante.

También quiero hacer un reconocimiento al Dr. Roberto Wenk, Director del Programa de Cuidados Paliativos de la Fundación FEMEBA y editor de esta Circular. Es un reflejo del trabajo y el compromiso que tiene Roberto en promover los cuidados paliativos en la Región. Gracias a su esfuerzo y dedicación, esta circular le llega a gratis a más de 1,500 paliativistas en América Latina cada mes. Los invito a que sigan aportando noticias de eventos, trabajos y estudios. Esta es una herramienta eficaz en la diseminación de información y en la creación de alianzas estratégicas para la promoción y diseminación de los Cuidados Paliativos en América Latina. Un saludo a todos y hasta la próxima Circular.

Liliana De Lima, MHA
Presidente ALCP

Dos anuncios importantes.

Educación a distancia.

La Asociación Latinoamericana de Cuidado Paliativo, en colaboración con otras organizaciones, iniciara en Octubre del 2005 cursos a distancia de Cuidado Paliativo para médicos / as y enfermeros / as de atención primaria.

El Curso será inicialmente en idioma español, y no incluye actividad clínica.

Duración: 9 semanas.

Costo total: médicos / as: 50 dólares; enfermeros/as: 30 dólares.

Informes: info@cuidadospaliativos.org, paliativo_femeba@yahoo.com.ar

Los interesados deben realizar el contacto desde la dirección de correo electrónico que utilizaran para realizar el curso (es necesario comprobar su funcionalidad).

Encuestas.

En los próximos días la ALCP realizara la primera encuesta, en castellano y portugués, relacionadas con el Cuidado Paliativo en Latinoamérica.

Las encuestas se completaran electrónicamente en línea, sin necesidad de enviarlas por correo o fax.

La información regional es escasa: necesitamos conocer la situación del Cuidado Paliativo en la región, los métodos de enseñanza, y algunos aspectos como el confort y la actitud del personal sanitario durante la asistencia de los pacientes.

Esperamos su participación.

Dra. Cicely Saunders.

Tributo a la Dra. Cicely Saunders (22 Junio 1918 - 14 Julio 2005)

Dr. Derek Doyle, Escocia.
Presidente saliente del College of the International Hospice Institute and College.

Miembro del Consejo de la IAHP.

Publicado en IAHP News On-Line, 2005; Volume 6, No 8, August.

Cicely Saunders merece ser incluida entre los Grandes de la Medicina. Ella vio una necesidad y reaccionó a ella. Qué la hizo diferente del resto de nosotros que también vimos la necesidad pero no hicimos nada ? Miles de médicos y enfermeros, asistentes sociales y otros han adoptado los principios del cuidado de hospicio pero se necesitó una Cicely Saunders para empezar el proceso, para destacar la necesidad, para desafiar el mundo, y para hacer que personas como nosotros nos sintiésemos incómodos hasta que tratáramos de seguir su dedo señalante.

Ella merece estar entre los Grandes porque mantuvo su mensaje sencillo. Expresó los principios en forma simple, aunque muchos de los que la hemos seguido los hemos hecho más complicados mientras nos esforzamos por emular no *su* enseñanza pero si la de nuestros colegas científicos y su sofisticación.

Ella merece ser denominada una Grande porque, más que la mayoría de nosotros hoy, ella supo que tenía que hablar por los pacientes y también defenderlos. También supo que reclutar políticos era esencial, y que el cuidado de hospicio tenía que ser basado en la evidencia, algo que algunos hemos dejado de lado.

Como nos dijo a muchos de nosotros, ella supo que el cuidado de hospicio era necesario no sólo en Londres, donde ella trabajó; era necesario en todo el mundo. Ella nunca previó que sus principios se esparcirían tan rápidamente, nunca pensó que serían entendidos, adoptados y adaptados al calidoscopio de culturas como sucedió.

Estaba sorprendida y encantada con lo que ocurrió. Nunca cambió su consejo para los que vinieron a preguntar cómo empezar..."No pierda el tiempo. Si usted ve hay una necesidad, hágase cargo y empiece. Usted pronto verá como hacerlo mejor !". Para algunos de nosotros esto es algo ingenuo. Si todos hubiéramos estado de acuerdo con esto en la IAHP no estaríamos promoviendo nuestra sección "Empezando" en nuestro sitio web. No obstante su consejo tuvo el efecto de hacer pensar a las personas sobre lo que necesitan exactamente, haciéndolos actuar antes que fabular. Esto es, a fin de cuentas, lo que ella hizo con éxito y efecto.

Puede ser que algunos recuerden las características de su personalidad que habríamos querido cambiar, pero pocos de nosotros estaríamos en este trabajo hoy de no haber sido por ella, o de no haber sido por quienes ella inspiró, que llevaron sus principios a los rincones distantes de la Tierra.

Es muy raro que la mayoría de nosotros tenga la oportunidad de conocer a uno de los Grandes.

Columna de investigación Número 2

A cargo del Dr. Jorge Eisenclas, Pallium Latinoamérica, Buenos Aires, Argentina.
Dirección-e. jeisen@fibertel.com.ar

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

"Podría usted decirme que camino debería seguir desde aquí donde estoy?"

"Bueno, eso depende en gran parte de adonde quieras ir" dijo el gato

"No me interesa mucho adonde..." dijo Alicia

"Entonces no importa que camino tomes" dijo el gato

"en tanto llegue a ALGÚN LUGAR..." agregó Alicia

"Oh, entonces puedes estar segura que llegarás" dijo el gato

"pero solo si caminas todo lo suficiente"

Alicia en el País de las Maravillas, Capítulo 6

Las ideas de investigación suelen surgir de la incertidumbre, la duda, la convicción o la dificultad; del deseo de innovar o de la pasión.

Una de las tareas más arduas a la hora de decidirse a investigar es la elección del problema de investigación. Generalmente, quien desea realizar investigación tiene en mente un sinnúmero de ideas posibles, quizás tantas que pasa su tiempo sin decidir formalmente cuál poner en práctica. Finalmente, se decide por una de ellas, pero a poco de iniciar el trabajo cae en la cuenta de que: *"en realidad esa no era la idea más adecuada..."* Y vuelve a pasar el tiempo, solo para volver a sufrir la misma suerte que con la idea anterior. Pero no se desanime !

Usted no habrá perdido su tiempo.

Durante el ir y venir hasta encontrar la pregunta sobre la cual iniciará finalmente el trabajo, habrá recorrido un camino fructífero en términos de la experiencia acumulada, y seguramente advertirá que lo que ahora está dispuesto a investigar representa:

- algo que realmente le interesa
- algo que puede realizar en un período de tiempo razonable
- algo que le importa lo suficiente como para seguir invirtiendo su trabajo en ello

Los problemas científicos requieren como mínimo una "base empírica", e idealmente sería deseable que existiera también una "base teórica".

La base empírica, en el campo de las ciencias fácticas como la biología o la medicina, se define como el conjunto de hechos que se han observado relacionados con el problema hasta el momento de redactar la hipótesis; en tanto, la base teórica comprende el conjunto de teorías científicas que se relacionan con el problema a investigar. P.e. si su problema es: el cáncer de pulmón es más frecuente en hombres que en mujeres, la base empírica estará constituida por aquellos estudios previos donde, sin ser la pregunta en estudio, se registraran mayores casos de hombres que de mujeres. En tanto, la base teórica estaría dada (en caso de que existiera) por una explicación fisiopatológica de la mayor incidencia de cáncer de pulmón en hombres.

A partir de allí será razonable centrarse en un solo aspecto del tópico que le preocupa y acerca del cual percibe que *se requiere nuevo conocimiento*.

Dicho tópico irá entonces siendo *refinado* hasta alcanzar el cariz de pregunta de investigación.

Pero antes de avanzar con la *pregunta de investigación* (que será parte de una próxima columna) podemos decir que los problemas de investigación determinan la razón por la cual realizar un estudio. Dichos problemas pueden ser enunciados en forma de pregunta o de afirmación. Algunos puntos relevantes para definir el problema de investigación son:

- Los problemas de investigación comienzan con una idea. Por ejemplo, uno puede preguntarse acerca de la forma más efectiva de ofrecer un servicio.
- Una vez que dicha idea ha sido formulada, compártala con su equipo, invítelos a una sesión de "Tormenta de Ideas", de donde surgirán preguntas tales como: ¿dónde está localizado el servicio? ¿Cuáles son sus horarios de atención? ¿Qué detalles organizacionales deben ser clarificados? ¿Qué profesiones deberían integrarlos?
- El paso siguiente consiste en revisar la literatura; leer acerca de lo que ya se ha escrito sobre ese tópico. Identificar los aspectos presentes en los estudios revisados. Hacer una lista de todas las variables (localización geográfica, componentes del servicio, tipología de los pacientes, etc.)
- Ahora usted puede formular el problema de investigación; redactar el problema basándose en lo aprendido desde la literatura y la práctica.
- Finalmente, usted puede decidir si esto es significativo a la luz de: a) beneficio potencial a la sociedad, b) resultados aplicables en la práctica, la educación o la administración, c) hallazgos que soportan teorías no comprobadas, clasificaciones teóricas, etc., y d) cambios en la práctica.

Pero quizás ahora usted tenga un nuevo problema. Debe elegir el problema de investigación de acuerdo al objetivo de su estudio.

Suele ser útil clasificar los problemas de investigación según el esquema siguiente, sumamente útil para facilitar el plan de una investigación sobre hechos naturales:

A. Problemas de Existencia. P e ¿cuáles son los efectos adversos de la morfina en los pacientes gerentes? Este tipo de problemas se presenta cuando se describen fenómenos que estaban

ausentes en la literatura hasta ese momento. Podemos asimismo incluir dentro de esta categoría a problemas que se resuelven a través de investigación cualitativa. P.e. ¿cuáles son las preocupaciones de los familiares de pacientes con síndrome de caquexia-anorexia?

B. Problemas de Cuantificación. Buscan conocer el comportamiento de una o más variables en una población. Su respuesta está habitualmente constituida por una cifra. P.e. ¿cuál es la proporción de pacientes con dolor no controlado que tienen antecedentes de alcoholismo?

C. Problemas de Correlación. A través de ellos se busca conocer al menos 2 variables en los individuos de una población. Lo que buscamos es poder responder si conociendo el comportamiento de una variable podemos predecir el de la otra. ¿Se puede predecir el tiempo de supervivencia conociendo el descenso de peso de un paciente con cáncer avanzado?

D. Problemas de Comparación. Intenta conocer diferencias o semejanzas en el comportamiento de una o más variables en grupos diferentes. Ejemplos habituales de este tipo son los estudios de factores de riesgo, los de validación de métodos diagnósticos o de escalas y los de comparación de tratamientos o ensayos clínicos.

E. Problemas de Explicación. Se abocan a relaciones causa-efecto. P.e. el humo del tabaco causan cáncer de pulmón?

La clasificación establecida precedentemente tiene por objeto identificar la resolución adecuada para cada problema. En forma preliminar, diremos que B, C y D se resuelven utilizando el método estadístico, en tanto E se resuelve a través del método hipotético-deductivo. Los problemas de Existencia no suelen requerir del método estadístico sino más bien de la observación de la práctica o, como se ha dicho, investigación cualitativa, con todo lo que esta última es capaz de aportar en el ámbito de los Cuidados Paliativos.

Este tipo de formulación de problemas resulta útil pues delinea en forma simple los tipos de variables y tests estadísticos a aplicar. Pero no abundaremos por ahora en detalles acerca de esto.

Otra forma, quizás más simple para ir *acercándonos* al problema de investigación, se basa en la pregunta: Yo quiero conocer...

Así, de acuerdo a lo que yo quiera conocer será el problema que plantearé:

Tamaño, escala, volumen...

Cuántos...?

Que proporción de pacientes se beneficiarán con esto?

Qué porcentaje de médicos / enfermeras, etc. piensan esto?

Decisiones, elecciones, direcciones

Cuál sería la mejor acción a tomar si...?

Qué cambios son necesarios en la organización de este servicio?

Qué sería lo mejor para...?

Explicación, comprensión

Por qué ocurre esto?

Cómo puede explicarse este patrón?

Pruebas, tests, experimentos

Si hacemos esto, qué ocurre?

Si se implementara este cambio, tendría el efecto deseado? Cuáles serían sus consecuencias?

Cómo puede evaluarse este nuevo servicio?

Procesos, sitios

Cuándo sería el mejor momento para administrar este tratamiento?

Cuándo los pacientes tienen mayor necesidad de este apoyo?
Si cambiáramos los horarios de atención, aumentaría el número de pacientes a los cuales asistimos?

Cambios

Cómo podría mejorarse este servicio/tratamiento?
Cómo podríamos cambiar este patrón de comportamiento?

Pensando en el problema.

Una vez decidido el problema a investigar suelen surgir nuevos interrogantes, algunos de los cuáles ya fueron previamente señalados:

- Qué me dice la literatura acerca de esto? La respuesta a esta pregunta ya es conocida? y de ser así, aún me genera dudas razonables ? Agrega algo el repetir un estudio en el ámbito local?
- A fin de clarificar el problema, puede resultar de utilidad algún tipo de trabajo exploratorio o piloto, el cual siempre será de utilidad antes de finalizar la propuesta de investigación.
- Ahora podemos adentrarnos en aspectos más específicos: definir la pregunta de investigación, el objetivo primario, los objetivos secundarios y el meta objetivo.

Recién entonces continuaremos con el arte de ir de lo particular a lo general, de intentar profundizar en aquello que nos llevará a poder hacer inferencias desde nuestra población en estudio a -en el mejor de los casos- la población en general, que para eso frecuentemente investigamos.

Hasta la próxima!

Artículo regional 1.

Trastornos cognitivos en pacientes con cáncer: Delirium

Dr. Guillermo Mammana. Unidad de Cuidados Paliativos Hospital E. Tornú-Fundación FEMEBA.
Dirección e: guillermopablom@yahoo.com.ar

Epidemiología y diagnóstico.

Los trastornos cognitivos son complicaciones que presentan la gran mayoría de los pacientes con cáncer en fase avanzada, especialmente en la fase final y la principal causa es el delirium.

Hasta un 80% de los pacientes con cáncer desarrollan delirium en las últimas semanas de vida. Es un signo de mal pronóstico especialmente cuando no se encuentra una causa reversible.

Este cuadro puede aumentar la morbi-mortalidad al contribuir a la presencia de otras complicaciones (p.e.; deshidratación, caídas, neurotoxicidad inducida por opioides, etc.), producir gran desasosiego en la familia y conflicto con el equipo de salud.

El delirium se define como un síndrome orgánico cerebral transitorio de aparición aguda o sub-aguda caracterizado por una alteración en la atención (estado de alerta) y la cognición, acompañado de trastornos en el comportamiento psicomotor y la percepción. Su diagnóstico se realiza a través de los criterios según el manual DSM-IV (1995) (a) presencia de trastornos en el nivel de conciencia y la capacidad de atención, (b) alteraciones cognitivas (memoria, orientación, lenguaje y percepción), (c) presentación aguda (horas o días) y curso fluctuante, y (d) presencia de un trastorno subyacente relacionado etiológicamente con la alteración, o de una sustancia inductora, o de múltiples causas.

Los subtipos clínicos de delirium se identifican según la presencia de alteraciones psicomotoras en: hiperactivo o agitado cuando se asocia a alucinaciones, ilusiones y agitación, hipoactivo cuando hay somnolencia, retracción emocional, e hipoactividad motora y mixto cuando se manifiesta como una combinación de ambos.

Su detección se puede realizar a través de la observación clínica: en la entrevista el paciente puede manifestar síntomas prodrómicos como pesadillas, alucinaciones transitorias, dificultad

para discriminar percepciones, imágenes, sueños y alucinaciones. La familia puede percibir cambios en su personalidad, en el ritmo del sueño, desorientación, conductas inapropiadas, irritabilidad y falla en la memoria.

El test Minimal de Folstein (MMT) es un instrumento validado de detección de trastornos cognitivos para diferentes poblaciones incluyendo los pacientes con cáncer avanzado. Es muy útil porque es simple y se puede realizar en un tiempo breve (aproximadamente 10 minutos) por personal no médico entrenado. Es además lo suficientemente sensible y apto para evaluar orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje y para la monitorización de la respuesta al tratamiento adoptado. El valor máximo normal del test es 30 y un valor ≤ 23 generalmente indica falla cognitiva.

Por la fluctuación que caracteriza a este cuadro, y porque los cambios en los resultados del test repetidos son un indicador de delirium, la realización del MMT en forma periódica (2-3 veces por semana) aumenta la sensibilidad para detectar falla cognitiva. Varios días previos a la presencia evidente de delirium puede haber falla cognitiva sutil detectable sólo a través de este test. Este puede, además, ayudar a descartar depresión que, como se verá mas adelante, puede confundirse con la forma hipoactiva del delirium.

La sensibilidad del MMT para detectar delirium es de aproximadamente 87% y la especificidad es de 82% considerando un valor de corte de 24/30. El porcentaje de pacientes con falla cognitiva y MMT normal es de 4,7% (falsos negativos).

No es infrecuente que la disfunción cognitiva pase desapercibida en un primer momento para el equipo asistencial: en un estudio prospectivo realizado sobre pacientes que fueron admitidos en una Unidad de Cuidados Paliativos, en el momento de la admisión se detectaron alteraciones cognitivas en el 34% de los pacientes y pasó desapercibida al médico y a la enfermera en un 20%. Por lo tanto la evaluación sistemática de la función cognitiva a través del MMT y el monitoreo frecuente de las alteraciones sensorperceptivas pueden optimizar el diagnóstico precoz de estos trastornos en los pacientes con cáncer y especialmente en aquellos expuestos a opioides.

Causas y evaluación.

La evaluación de las distintas causas del delirium provee información útil inclusive en pacientes con enfermedad avanzada en la fase final. Aproximadamente entre un 30-50% de los episodios de delirium en los pacientes con cáncer son reversibles, especialmente cuando esta asociado a medicación psicotrópica, deshidratación y opioides. Las alucinaciones táctiles parecerían ser más específicas de toxicidad por opioides.

Además, cuando la causa es múltiple, el cuadro suele ser reversible cuando están involucrados los opioides (deshidratación o infección o hipercalcemia) y por el contrario, los trastornos metabólicos y la hipoxia, la insuficiencia renal y hepática y la encefalopatía se asocian más frecuentemente a irreversibilidad.

Si bien en la mayoría de los casos el origen del delirium es multifactorial, las causas más frecuentes son: drogas psicotrópicas (benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos), opioides, corticoides, drogas con acción anticolinérgica, trastornos electrolíticos (deshidratación, hiponatremia, hipercalcemia, hiperglucemia, estados hiperosmolares), deficiencias nutricionales (Tiamina, vit. B12, folatos), hipotiroidismo, hipoxemia, infección, metástasis en el sistema nervioso central (SNC), abstinencia (alcohol, benzodiazepinas, corticoides, hormonas tiroideas), tratamiento con quimioterapia (5-fluoruracilo, metotrexato, ifosfamida, cisplatino, interferón, interleuquina, etc.) radioterapia cerebral, complicaciones vasculares, etc.

Tratamiento.

El enfoque terapéutico más adecuado e integral comprende (a) medidas generales, (b) intervenciones dirigidas a las diferentes causas potencialmente reversibles, (c) manejo farmacológico de los síntomas del delirium (alucinaciones, ilusiones, agitación, ansiedad) y (d) apoyo psicosocial al paciente y a la familia.

Medidas generales.

Asegurar un ambiente tranquilo, evitar la sobre-estimulación sensorial (reducir el estímulo luminoso y auditivo), elegir una habitación cerca de enfermería si estuviera internado, asegurar

la compañía de un familiar continente, acercar objetos que sean familiares para el paciente, utilizar una luz tenue de noche, promover a la orientación temporo-espacial (almanaque, reloj visible), utilizar la comunicación no verbal para mejorar la comprensión en el diálogo. Las alucinaciones e ilusiones deberán ser interrogadas en forma directa y cuidadosa ya que es frecuente que los pacientes no reporten en forma espontánea su presencia por temor a ser catalogados como enfermos psiquiátricos.

Tratamiento de las causas potencialmente reversibles.

Por su naturaleza multifactorial, se deben identificar especialmente las causas potencialmente reversibles que, como se mencionó previamente, corresponden aproximadamente al 30-50% de los episodios de delirium. Tratar la deshidratación (considerar la hidratación subcutánea o hipodermocclisis), suspender medicación psicotrópica como benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos y drogas con acción anticolinérgica, tratar los trastornos metabólicos, hipercalcemia, sepsis, rotar el opioide si se sospecha neurotoxicidad por opioides. Se solicitan estudios dirigidos a identificar las causas potencialmente reversibles que se sospechan por el examen clínico.

Tratamiento farmacológico de los síntomas del delirium.

Los síntomas que suelen acompañar al delirium son las alucinaciones, las ilusiones, la agitación psicomotriz y la ansiedad.

El tratamiento farmacológico del episodio agudo hiperactivo se basa en el uso de los neurolepticos, especialmente el haloperidol que tiene acción antidopaminérgica, efecto sedativo útil, y baja incidencia de efecto hipotensor y anticolinérgico.

Es muy importante destacar la importancia de indicar, en el delirium agitado, un tratamiento agresivo desde el comienzo del cuadro para minimizar la posibilidad de sufrimiento especialmente en la familia del paciente. Recordar que la presencia de delirium es un factor independiente de mal pronóstico y la forma en que la familia del paciente vivencia este cuadro, puede condicionarla a un duelo traumático.

El haloperidol O, EV o SC se utiliza en una dosis inicial sugerida de 2 mg c/ 6 h. y 2 mg como rescates hasta cada 1 hora (las dosis parenterales son aproximadamente el doble más potentes que las orales). Si la agitación es severa, se recomienda comenzar con 2 mg durante la primera hora cada 15-30 min. y luego espaciar la dosis según la evolución de los síntomas. En la mayoría de los casos, dosis de 0,5-1 mg tres veces por día son efectivas y raramente se requieren o son efectivas dosis superiores a 20 mg/día.

Alrededor del 10% de los pacientes con cáncer terminal que presentan delirium hiperactivo no se controlan con haloperidol como única droga.

En este último caso puede ser necesario la utilización de fenotiazinas como la tioridazina O en una dosis de 10-75 mg por día o la clorpromazina O, con la precaución que estas dos droga tienen más efecto hipotensor y sedativo que el haloperidol. La dosis recomendada de clorpromazina es de 12,5 a 50 mg cada 4-8 h. También se ha observado mejoría en el despertar y la función cognitiva en los cuadros hipoactivos con neurolepticos (p.e. haloperidol, clorpromazina).

Existen otros neurolepticos más nuevos, la risperidona O y la olanzapina O que se utilizan en los cuadros de delirium. Estos provocan menos síntomas extrapiramidales, hipotensión ortostática, distonía aguda y efectos anticolinérgicos que el haloperidol y la clorpromazina. La dosis de la risperidona es de 0,5 a 1 mg c/12 h y la olanzapina 2,5 a 20 mg/día en dosis divididas. Estas drogas neurolepticas fueron menos estudiadas en esta población y no existen en preparaciones para su administración parenteral.

Si luego de dos o tres días de tratamiento con haloperidol los síntomas hiperactivos están controlados, se recomienda reducir las dosis, y si por el contrario consideramos que va a seguir requiriendo medicación neuroleptica en forma crónica, se recomienda la suspensión del haloperidol e iniciar tratamiento con olanzapina o risperidona que tienen un perfil de toxicidad extrapiramidal más favorable. La otra indicación de estos nuevos neurolepticos sería para aquellos pacientes que presentaron toxicidad con haloperidol o fenotiazinas.

Si el cuadro de agitación no cede puede ser necesaria la utilización de clorpromazina y en última instancia el midazolám, si el cuadro es refractario a las medidas implementadas.

En el manejo farmacológico, las benzodiazepinas están recomendadas asociadas al haloperidol para sedación más rápida en el paciente con delirium agitado y cuando, ante la refractariedad del cuadro, se decide la sedación como veremos mas adelante. El lorazepam O, SC o EV se utiliza a una dosis inicial de 0,5-1 mg cada 1-2 h. A diferencia de las drogas neurolépticas como el haloperidol, las benzodiazepinas no mejoran la función cognitiva ni el sensorio. Estas drogas se deben evitar en el paciente con posibilidad de deambular, porque su acción desinhibitoria a nivel del SNC puede exacerbar el delirium y provocar caídas y accidentes.

En última instancia, si el cuadro de delirium hiperactivo o agitado no resuelve, y se considera un síntoma refractario, puede considerarse una medida de último recurso: la *sedación paliativa* también denominada *sedación terminal*. Esta se define como la inducción y mantenimiento voluntarios de un estado de sedación profunda, en un paciente que padece una enfermedad incurable con posible fallecimiento en horas o pocos días y tiene un *síntoma refractario*, sin la intención deliberada de acelerar la muerte a pesar del conocimiento del posible riesgo de acortar la vida.

Cherny y Portenoy definen a un *síntoma refractario* como aquel que no puede ser controlado adecuadamente en un tiempo prudencial a pesar de repetidos intentos terapéuticos que no comprometan la conciencia y que no aumenten la morbilidad.

Antes de decidir la sedación, es recomendable que más de un profesional entrenado en el control de síntomas evalúe el paciente en forma repetida para constatar fehacientemente la refractariedad del síntoma y se debe además intentar el consentimiento del paciente (difícil por la falla cognitiva) y siempre el consentimiento de la familia.

Se recomienda considerar siempre la posibilidad de la sedación intermitente previo a la decisión de la sedación definitiva.

La implementación de la sedación se puede indicar con una infusión de midazolám EV o SC a una dosis inicial de 1 a 4 mg/h (preparar 100 ml de solución fisiológica con 100 mg de midazolám (1mg/ml), colocar en bomba de infusión EV o SC continua a 1-4 ml/h). Se requieren habitualmente dosis de 30-100 mg cada 24 h.

El propofol, es un anestésico de acción corta que se utiliza a una dosis en bolo EV de 20mg seguido de una infusión EV continúa de 10-70 mg/h y hasta 400 mg/h en los pacientes severamente agitados. Otra opción para la implementación de una sedación es la utilización de barbitúricos y entre ellos el fenobarbital que tiene la ventaja de poder ser administrado por la vía SC y EV.

Intervenciones específicas sobre la familia.

El delirium genera un impacto emocional significativo en los pacientes, los cuidadores y el equipo de salud, pero muy especialmente en la familia del paciente. Este cuadro puede ser causa de conflicto entre la familia y el equipo tratante.

La explicación clara a la familia con lenguaje simple de los mecanismos responsables de este cuadro ayudan a la mejor comprensión y aceptación de la desesperante situación que muchas veces se genera en torno a este síndrome.

Existen varios factores relacionados con el paciente, con el delirium mismo y con la familia que pueden condicionar el discurso del equipo de salud con la familia y, por consiguiente, deben considerarse para asegurar un asesoramiento y apoyo emocional adecuado.

PACIENTE.

Expresión sintomática. Durante el cuadro de delirium el paciente puede presentar una gran variedad de expresiones que la familia puede interpretar de manera muy traumática: movimientos involuntarios, movimientos sin sentido, muecas, quejidos, respiración estertorosa, repetición de frases incoherentes, desinhibición, enojo, agresividad, llanto. Frente a este panorama, se debe dar una explicación comprensible de las distintas manifestaciones del paciente que no se traducen en sufrimiento sino exacerbación de la queja por desinhibición

Dificultad en la comunicación. La atención, la comprensión, el lenguaje, el pensamiento y el razonamiento lógico se encuentran alterados y esto se encuentra reflejado en un cambio en la personalidad del paciente, en demandas ilógicas e incomprensibles y en reacciones emocionales y estados de ánimos pocas veces visto por los seres queridos.

Fluctuación. Es la característica diferencial de los síntomas en la falla cognitiva, puede confundir a la familia y también al equipo tratante acerca de la presencia o no del cuadro.

Posibilidad de reversibilidad o no del cuadro y la eventualidad de mal pronóstico a corto plazo. Deben discutirse con la familia estos aspectos, más aún si se está en presencia de una causa irreversible.

FAMILIA.

Los distintos miembros pueden tener distintas reacciones emocionales y diferentes recursos o capacidades para afrontar situaciones traumáticas. Se debe estar atento en especial a las reacciones maladaptativas para asegurar una adecuada intervención de soporte psicológico. Se debe transmitir a la familia y al entorno afectivo en reuniones periódicas informativas y con objetivos preestablecidos los distintos aspectos: el estado del cuadro, las causas probables que lo originaron, explicación de la expresión sintomática, la posibilidad de reversibilidad y si esta no fuera posible los objetivos claros del tratamiento y hasta la posibilidad de que no exista tratamiento de la causa. Debe hablarse también de los límites en las intervenciones: suspensión de tratamientos fútiles, órdenes de no-derivación a unidad de cuidados intensivos y de no-reanimación, posibilidad de requerir sedación en caso de refractariedad del delirium hiperactivo y explícita discusión de la diferencia entre sedación terminal y la eutanasia.

Es importante transmitir a la familia que los síntomas del delirium implican una falla en el funcionamiento cerebral y no una expresión de dolor o sufrimiento. El sufrimiento suele ser mayor en la familia que en el propio paciente.

En los pacientes que presentan delirium se produce daño neuronal por una o varias causas (hipercalcemia, deshidratación, sepsis, citoquinas, etc.), y se afectan en los estadios iniciales los circuitos neuronales gabaérgicos (inhibitorios) que predominan en el SNC. Con ello se genera un comportamiento de desinhibición; así el paciente puede presentar exacerbación o expresión dramática de síntomas previamente controlados.

P. e. con respecto al dolor, un paciente que hasta ese momento tenía el síntoma controlado, en el contexto de la falla cognitiva, puede aumentar su expresión sin que exista algún cambio en la aferencia nociceptiva. La falta de localización del dolor, "me duele todo", y la ausencia de respuesta analgésica con la administración de un opioide titulado correctamente y con dosis de rescates sugiere la presencia de somatización o delirium.

En la medida que el daño neuronal progresa o la causa del mismo no se corrige, se produce lesión neuronal tanto de los circuitos inhibitorios como de los excitatorios y con ello puede haber somnolencia, hipotensión, coma y muerte.

Cuando la familia presencia el cuadro de delirium en su ser querido sufre una angustia muy importante al interpretar que la queja exacerbada representa una agonía desesperante, un dolor insoportable y que ellos no responden a las demandas a veces irracionales del paciente. En ocasiones, el delirium para la familia puede significar que el paciente está combatiendo en los últimos momentos de su vida.

Por todo esto es fundamental explicar que el cambio en la actitud y el comportamiento del paciente están producidos por un mal funcionamiento del cerebro.

Es primordial transmitir además que en ese momento el paciente no comprende lo que sucede, que no hay registro y que si el paciente se recupera del delirium, luego no recuerda lo sucedido. En momentos de aparente lucidez, se recomienda transmitirle al paciente que lo que le sucede es un cuadro frecuente y muchas veces reversible; esta fluctuación entre "lucidez" y falla cognitiva es parte del diagnóstico de delirium junto con su aparición aguda o sub-aguda.

Este mensaje a la familia tiene que ser seguro, reiterado en las reuniones y transmitido a todos sus miembros. Además es necesario educar a los diferentes colegas que asisten al paciente para mantener con la familia un discurso único y coherente.

Es importante hablar con la familia acerca de los tratamientos que se implementan, las posibilidades de reversibilidad o no del cuadro y los límites de las intervenciones. Cualquiera sea la causa, se trata el cuadro clínico para aliviar la excitación y se asegura el tratamiento del dolor.

Los interesados en las referencias bibliográficas de este artículo, pueden solicitarlas a quillermopablom@yahoo.com.ar

Artículo regional 2

Educación de enfermería en Cuidado Paliativo. Una experiencia Argentina

Marta Junín. Licenciada en Enfermería, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
Dirección e: juncal@netizen.net.ar

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la formación de enfermería en el tratamiento del dolor por cáncer y el Cuidado Paliativo es esencial al establecer un programa en cualquier institución de salud. Recomienda que se incluyan como asignaturas obligatorias en los planes de estudio oficiales y que sean aceptadas por los organismos correspondientes, que sean reconocidas por las universidades y las entidades profesionales para su estudio, para la producción de tesis, la obtención de diplomas y títulos avanzados, que sean incluidas en programas de estudio de postgrado en organismos de educación continua y que las instituciones académicas y las entidades que subvencionan la investigación les den el reconocimiento adecuado en cuanto a la concesión de becas de investigación y otro tipo de ayuda.” Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Serie de Informes Técnicos 804, 1990.

Las recomendaciones de la OMS proponen un modelo de currícula básica para los diferentes niveles de formación de enfermería en Cuidado Paliativo, cuyos contenidos deben ser impartidos por un profesorado multidisciplinario, con experiencia clínica y docente.

En nuestro país, enfermería ha expresado la necesidad de formación en Cuidado Paliativo a partir de su participación en todas las actividades relacionadas con el cuidado de las personas con enfermedad avanzada, incurable y en etapa terminal, por lo tanto estamos trabajando muy activamente para responder a esas necesidades. Los objetivos y contenidos de estas actividades educativas se han diagramado respondiendo a los lineamientos de la OMS.

Formación en Cuidado Paliativo en el pregrado.

Se plantean como objetivos: trabajar a partir de las actitudes de los estudiantes de enfermería frente a la situación que vive la persona con enfermedad que amenaza la vida, incrementar las habilidades para la valoración de las necesidades del enfermo y su familia e incorporar conocimientos básicos sobre los principios de los Cuidado Paliativo.

Se ha implementado desde el año 1999, un módulo obligatorio de formación en Cuidado Paliativo, de 25 horas cátedra, desarrollado en el segundo año de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y desde el año 1996 en el primer y tercer año de la Unidad Académica de la UBA en la Escuela de Enfermería del Hospital Británico de Buenos Aires. La cantidad aproximada de alumnos que participan de este módulo por cada año es de 200.

Se plantea como desafío desarrollar este módulo en todas las Escuelas de Enfermería de la Ciudad de Buenos Aires y del resto del país.

Cuidado Paliativo en la Educación Continua.

A través del Departamento de Capacitación de Enfermería “Bernardino Rivadavia” (DCBR), de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA), se ha propuesto brindar una respuesta a las necesidades de capacitación del recurso humano de enfermería de los 33 hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Los objetivos escalonados del DCBR son los de impregnación de la temática de dolor y Cuidado Paliativo a través de cursos introductorios, de actualización y de perfeccionamiento, con la finalidad de mejorar la calidad de la prestación de salud.

Desde el año 1998 se organizan en la sede del DCBR cursos dirigidos a los diferentes niveles de formación: auxiliares, profesionales y licenciados en enfermería. Se desarrollaron 14 “Cursos de Actualización en Cuidado Paliativo”, con 283 egresados y a partir del año 2000, se organizaron 14

cursos de *“Intervenciones de Enfermería ante el paciente con dolor”*, con 395 egresados. Tienen una modalidad teórico-práctica con evaluación final escrita. Debemos destacar que todos estos cursos organizados por el DCBR son no arancelados, y el personal es comisionado por los Departamentos de Enfermería de cada hospital, esto les permite la asistencia a los mismos durante su horario de trabajo. Se plantean como objetivos generales: incrementar los conocimientos científicos que permitan brindar cuidados de enfermería adecuados, mejorar las habilidades técnicas e implementar la metodología de trabajo interdisciplinario en equipos de Cuidado Paliativo.

Los objetivos y contenidos de estos cursos se han diagramado respondiendo a los lineamientos de la OMS, y en concordancia con los mismos se incluye un componente práctico; los coordinadores y docentes son miembros de equipos interdisciplinarios, poseen experiencia asistencial y formación universitaria de postgrado en el área de dolor y Cuidado Paliativo.

Las unidades temáticas se desarrollan a través de diferentes modalidades didácticas, incentivando la participación activa del educando en su propio proceso de aprendizaje. Los talleres en pequeños grupos de discusión, permiten a los asistentes la oportunidad de compartir experiencias con los colegas de los diferentes servicios y hospitales, lográndose un intercambio enriquecedor. Se entrega material bibliográfico de estudio y consulta, como apoyo teórico de cada uno de los temas. Las actividades prácticas se desarrollan en las salas de internación clínica-quirúrgica del hospital sede y cada grupo tiene asignado un tutor. Si se cumplen los requisitos de aprobación, al finalizar el curso se entrega un Certificado.

Se plantea como desafío la formación de referentes de enfermería y la creación de equipos de Cuidado Paliativo en cada uno de los hospitales públicos de Buenos Aires.

Formación en Cuidado Paliativo en el postgrado.

Se ha implementado en diferentes niveles:

Residencias de Enfermería: es un sistema remunerado de capacitación de postgrado a tiempo completo con dedicación exclusiva, desarrollado en el ámbito intra hospitalario o en la comunidad y en las siguientes especialidades: Clínica Médica, Emergencias y Cuidados Críticos, Infectología, Oncología, Perinatología, Pediatría, Atención General Integral Comunitaria.

Desde el año 2003, la Dirección de Capacitación y Desarrollo de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ha incluido un módulo obligatorio de Cuidado Paliativo, con una duración de 20 horas, formando parte del Curso Básico Común de las Residencias de Enfermería. Este se desarrolla en forma conjunta en el inicio de la actividad de formación de los residentes de todas las especialidades de adultos y pediatría, que posteriormente se desempeñarán en instituciones dependientes del sistema de salud del GCABA.

Residencia multiprofesional, interdisciplinaria y multicéntrica de Cuidado Paliativo: promueve la formación de postgrado para integrantes de diferentes profesiones del equipo de salud: Medicina, enfermería, psicología, trabajo social, kinesiología, terapia ocupacional y farmacia, en el ámbito del GCABA. La puesta en marcha de esta residencia en el mes de Junio de 2005, se produce en función de las necesidades de la población con respecto al impacto en la calidad de vida que producen las enfermedades crónicas, avanzadas y progresivas y particularmente el cuidado del final de la vida. El propósito es formar profesionales que alcancen competencias específicas en Cuidado Paliativo, colaborando en la atención y resolución de los problemas de salud emergentes de esas situaciones que afectan a la persona enferma y su red familiar y comunitaria. La formación interdisciplinaria abarca actividades de observación, praxis activa y reflexión vivencial y grupal, con tutorías y rotaciones obligatorias y optativas en diferentes hospitales y centros de salud con equipos de Cuidado Paliativo.

Formación Universitaria: constituye un nivel avanzado y está dirigido a capacitar enfermeros que realizan su trabajo con dedicación completa en un Programa de Cuidado Paliativo, con el objetivo de adquirir responsabilidad sobre pacientes con enfermedad en estadio avanzado y en situaciones de diferente complejidad, así como poder actuar como referentes en las áreas: asistencial, de docencia y de investigación.

Se desarrollan cursos de postgrado dependientes de universidades públicas y privadas, con modalidad interdisciplinaria, dirigidos al conjunto de profesionales del equipo de salud e incluyen pasantías y rotaciones prácticas.

Conclusión.

La educación en Cuidado Paliativo de los trabajadores de la salud, junto con las políticas gubernamentales adecuadas y la planificación de los recursos, han sido los elementos que han permitido la implementación de los Programas de atención de las personas con enfermedad avanzada, incurable y en etapa terminal.

Un recurso humano de enfermería capacitado, que desarrolle sus funciones en las áreas de internación específica, equipo móvil de ínter consulta hospitalaria general, consultorios externos, seguimiento telefónico, hospital de día y cuidados domiciliarios, nos permite responder a las necesidades de los Equipos Interdisciplinarios de Cuidado Paliativo, desarrollando una intervención de enfermería eficaz en el cuidado de las personas con enfermedad que amenaza la vida.

“Enseñar Cuidado Paliativo no es solamente desarrollar contenidos científicos. Formar enfermeros para cuidar personas murientes implica considerar los valores, creencias, cultura y experiencias personales. Es esencial que la educación en Cuidado Paliativo integre no solamente conocimientos y destrezas, sino también se esfuerce por identificar métodos que ayuden a incorporar la compasión, la empatía y lo existencial del “arte” de la enfermería paliativa”, de Ferrell B, Coyle N. Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press, New York, 2001.

Foro de intercambio

Para compartir experiencias, solicitar ayuda, o planear el desarrollo de proyectos conjuntos.

Soy María Benilda Patiño Flórez, enfermera colombiana que actualmente realizo un doctorado en la Universidad de Alicante de España. Actualmente soy cuidadora de una persona que sufre de ELA y estoy interesada en conocer experiencias cuidadoras de enfermeras latinoamericanas, de proyectos, o investigaciones ya realizadas, al respecto, pues mi interés es además de favorecer el bienestar de esta persona, también es realizar mi proyecto de investigación en este campo.

Agradezco la colaboración para facilitar esta información.

Contacto: mpatinoflorez2000@yahoo.es

Celebraciones programadas para festejar el 8 de Octubre próximo el Día Mundial del Cuidado Paliativo.

ARGENTINA.

La Dra. María de los Ángeles Pruvost, comunica que CONTIGO, asociación civil para el alivio del dolor y Cuidado Paliativo, en Córdoba, se unirá a la celebración con un Curso de Psiconcología en la semana anterior al día de festejo, un espectáculo coral en el auditorio de la Universidad Católica de Córdoba el sábado 8 de octubre a las 20 horas, una bicicleteada por las calles de la ciudad de Córdoba, la impresión de remeras alusivas con el logo de la institución, la inauguración de un hogar de día.

BRASIL.

El Dr. Antonio Gomes Teles, del GAPPO (Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico) comunica que el 8 de Octubre realizarán una reunión en el Hospital do Cancer de Goiania-Goias sobre a importancia del Cuidado Paliativo. Se invitaran autoridades sanitarias, médicos, enfermeras y otros profesionales. Se entregaran 50 camisetas con impresiones arte relacionadas con el Cuidado Paliativo.

COLOMBIA.

La Dra. Marta Ximena León comunica que el Día Mundial del Cuidado Paliativo se realizarán en Cali, Medellín y Bogotá eventos académicos de asistencia gratuita y actividades para hacer visible

el Cuidado Paliativo entre la comunidad general y los líderes de opinión. Para ello se han organizado ciclos de cine, exposiciones de arte, concursos de narrativa y actividades lúdicas de pintura. Se organizó un concurso en 6 servicios de oncología pediátrica para diseñar el afiche de difusión nacional del evento.

URUGUAY.

El Dr. Héctor Morse informa que la celebración del Día Mundial del Hospicio y los Cuidado Paliativo incluirá en Concierto Coral en el que actuarán 3 coros: 1 de niños de 2 escuelas del interior del País (Fray Bentos), 1 de la 3a. edad (conjunto clásico carnavalero "Murga de veteranos La Matiné) y el de "Montevideo-Gospel". El lugar es el Salón de Actos del Colegio y Liceo Santo Domingo-Hermanas Dominicanas.

PERU.

La Dra. Maria del Rosario Berenguel, del Instituto de Enfermedades Neoplásicas Lima, informa que realizara un paseo de antorchas el 8 de Octubre con el símbolo del Cuidado Paliativo y corazones verdes. Participaran muchas entidades, y se propondrá al ministerio guardar 1 minuto de silencio al mediodía del 8 para recordar a los pacientes que se encuentran con enfermedad terminal y requieren apoyo.

A inicios de Octubre se organizó la semana Paliativa con un evento científico de 2 días.

VENEZUELA.

El Dr. Belkis Vásquez comunica que el equipo de Cuidado Paliativo del Oncológico "Luis Razetti" celebrará el Día Mundial de Hospicios y Cuidados Paliativos con un concierto de música venezolana en el Aula Magna de la Universidad Central de Venezuela con el grupo El Cuarteto.

Actividad docente. Exposición de fotografía. Sitio de Psico-oncología.

Atención psicosocial en Cuidado Paliativo: encuentros de reflexión y profundización clínica. Supervisión de casos clínicos.

Actividad teórico práctica para médicos y profesionales del área psicosocial. Frecuencia quincenal; los viernes de 20 a 22 h., de septiembre a diciembre 2005

Coordina: Lic. Noemí Díaz.

Inicio: Septiembre de 2005.

Informes e inscripción: 54 11 15 5 009 8433, o dejar mensaje en 54 011 4622-0982.

Correo-e: noediaz@elysium.com.ar

Curso universitario intensivo de diagnóstico y tratamiento del dolor.

Para los profesionales de la salud: médicos, residentes de medicina, odontólogos, kinesiólogos, fisiatras.

12 y 13 de agosto de 2005

Organiza: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) Facultad de Ciencias de la Salud.

Auspicia: Fundación Argentina de Lucha Contra el Dolor (FUNDOLOR)

Informes e inscripción: TE 54 4815-3290 (int. 463-464-465)

Cursos de Cuidado Paliativo para el personal de enfermería.

Organizados por el Departamento de Capacitación "Bernardino Rivadavia" de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Coordina: Lic. Enf. Marta Junín

Fecha: 9/8 a 25/10/2005

Informes e Inscripción: Departamento de Capacitación "Bernardino Rivadavia"

TE/Fax 54 4804-8451

Exposición de fotografía.

El Dr. Javier Rocafort Gil comunica que el Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, España, como actividad paralela a Las Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos (Cáceres, Octubre 2005) está organizando una exposición fotográfica para reflejar la historia y esencia del CP en todas sus facetas (paciente, familia, equipo, atención hospitalaria, atención domiciliaria urbana y rural) de España, Portugal y Latinoamérica.

Los participantes podrán presentar de forma voluntaria y desinteresada fotografías en blanco y negro o color relacionadas con el CP, indicando nombre del autor, título de la fotografía y lugar de trabajo. El formato es libre (en papel fotográfico, mejor copias, no originales) y el plazo máximo de presentación es el 10 de Octubre de 2005.

Entre todos los participantes se sorteará una inscripción al Congreso Nacional de Cuidados Paliativos a celebrar en San Sebastián en el 2006. Cada autor se responsabilizará del contenido de las fotografías, incluyendo la garantía de confidencialidad y respeto a las personas que puedan aparecer en ellas.

Las fotografías deben remitirse al Dr. Javier Rocafort Gil, Coordinador Regional de Cuidados Paliativos, Avenida de las Américas 1-2 06800 Mérida, España. jrocafort@arrakis.es

Currícula Internacional Multilingüe en Psicosocio-Oncología.

Los Dres. Christoffer Johansen y Alberto Costa invitan a visitar el International Multilingual Core Curriculum in Psychosocial Oncology y a ingresar a una biblioteca dedicada a la educación de profesionales asistenciales que trabajan con pacientes con cáncer.

También anuncian que la Sociedad Internacional de Psico-Oncología (IPOS, International Psycho-Oncology Society) y la Escuela Europea de Oncología (ESO, European School of Oncology) han desarrollado conferencias sobre 5 temas importantes en psico-oncología, que están en Inglés, Francés, Alemán, Húngaro, Italiano y Español y que se pueden acceder por Internet.

Se elaborara mas material a medida que se desarrolle esta fuente virtual de información. La intención de esta iniciativa es proveer datos, conocimientos y experiencia para fortalecer la información acerca de los problemas psicológicos y sociales de los pacientes con cáncer.

<http://www.ipos-society.org/professionals/meetings-ed/core-curriculum/core-curriculum-pres.htm>
www.cancerworld.org.