

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° 26

Contenido

- Comentarios de la Comisión Directiva.
- Columna de investigación.
- Artículo regional.
- Artículo de la literatura internacional.
- Celebraciones del Día Mundial del Cuidado Paliativo.
- Actividad docente. Actividad regional. Sitio de Psico-oncología.

Comentarios de la Comisión Directiva

Hola a todos. Este mes tenemos varios anuncios importantes:

Día Mundial de los Cuidados Paliativos.

Primero, la celebración del Primer Día Mundial de los Cuidados Paliativos fue un éxito total. En muchos países el Día sirvió para generar interés, crear conciencia y reunir a personas interesadas en el tema. Adicionalmente, Latinoamérica fue la región más activa en la celebración del Día Mundial y la región que más firmas aportó a la Petición que se firmó para los gobiernos. Mil gracias a quienes participaron en esto con tanto entusiasmo y dedicación. Nuestro gran reto es continuar construyendo sobre estas bases que se lograron en estos últimos meses. No podemos dejar caer el entusiasmo ni el interés que se generó con la celebración del Día Mundial. Debemos capitalizar sobre estos logros y aprovecharlos para conseguir los objetivos.

La Asociación Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC) otorgó varias becas en América Latina de apoyo para la celebración del Día Mundial a programas nacionales de CP y a instituciones en México, Colombia, Brasil, Venezuela, Uruguay, Guatemala, Argentina y Cuba. En esta edición de la Circular se incluyen reportes de las actividades en estos y otros países.

Cursos a Distancia a través de Internet.

Varias personas han enviado mensajes solicitando información sobre los cursos a distancia de CP. Para información adicional e inscripciones, pueden escribir a paliativo_femeba@yahoo.com.ar

III Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos.

Los preparativos del 3er Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos, Marzo 22-25/2006 en Isla Margarita (Venezuela) siguen avanzando. La Dra. Patricia Bonilla, presidente del Congreso en Venezuela ha trabajado para que todo marche bien y para que el congreso sea exitoso. Estamos muy agradecidos por su trabajo, dedicación y entusiasmo.

Hace poco hicimos el llamado para la presentación de pósteres. Al final del Congreso se otorgará un premio de US \$250 a los mejores pósteres en cuatro categorías: medicina, enfermería, psicología y trabajos regionales. Esperamos la participación de todos los paliativistas y que esto sirva de incentivo para generar proyectos de investigación en la Región. La fecha límite para la inscripción de pósteres es Enero 31 de 2006.

Las fichas de inscripción y registro así como la de la de pósteres y el programa preliminar están disponibles en nuestro sitio web de la ALCP en www.cuidadospaliativos.org Ya tenemos varias personas registradas y es importante que quienes quieran participar se registren pronto para asegurar alojamiento en el Hotel, de lo contrario podrían quedarse sin habitaciones ni cupo. Para este congreso estamos esperando mas de 600 personas – queremos como en las reuniones anteriores, romper el récord de asistencia y participación.

Nota: En la ficha de inscripción y registro verán los precios en dólares y en bolívares. Los precios en Bolívares son para nuestros colegas de Venezuela, los demás deben inscribirse pagando en dólares.

Para los interesados en el campo de la Psico-Oncología: la Dra. Jimmie Holland, uno de los líderes en el mundo en el campo y una de las fundadoras de la Asociación Internacional de Psico-Oncología (International Psycho Oncology Society – IPOS), ha confirmado su asistencia al congreso Latinoamericano para no solo presentar una ponencia, sino también para dar inicio oficial al programa de Psico-oncología en CP en América Latina.

Para lanzar este programa de Psico-oncología en CP en la región, es necesario crear una subcomisión de la ALCP que se dedique a trabajar y desarrollar estrategias para la creación de estos programas en los países. Hacemos un llamado para que las personas interesadas en dirigir esta subcomisión envíen sus aplicaciones y copias de su CV para la selección. La selección de la persona estará a cargo de una comisión con representantes de la ALCP, el IPOS, la Dra. Holland y otros reconocidos líderes en el campo. Los candidatos deben: (1) tener título de psiquiatra o psicólogo con nivel de post grado, (2) tener experiencia en el área de psico-oncología y CP, (3) saber ingles (hablado y escrito) para poder representar la subcomisión ante la IPOS, en las discusiones con los representantes de otras regiones y en los congresos internacionales, y (4) tener acceso a Internet y mantener una cuenta activa de correo electrónico. El/la directora/a de la subcomisión deberá (1) desarrollar un plan para un programa de Psico-oncología para la ALCP en conjunto con otros psicólogos y psiquiatras interesados en el tema, (2) conformar un comité de psico-oncólogos en CP en Latinoamérica, (3) establecer y mantener una alianza de cooperación técnica y de apoyo con la IPOS, (4) establecer los parámetros para la selección futura de los directores y el rol de los integrantes y (5) desarrollar un plan para la diseminación de la disciplina de Psico-oncología en CP en la Región.

Las personas que cumplan estos requisitos y estén interesadas en aplicar para este cargo, pueden enviar copias de sus CVs a info@cuidadospaliativos.org

Área de exhibición.

Tendremos un área de exhibición para las compañías farmacéuticas y entidades no gubernamentales, académicas y organizaciones que quieran participar con su presencia en un stand en el Congreso. La ALCP y la IAHPD tendrán un stand en donde podremos entregar información sobre cómo apoyar el desarrollo de los Cuidados Paliativos en la Región. Las entidades sin ánimo de lucro pueden comprar espacio a una fracción del precio regular. Para más información, pueden escribir a info@cuidadospaliativos.org

Esperamos contar con su participación y verlos en Isla Margarita, Venezuela en Marzo 22-25 de 2006.

Un saludo a todos,

Liliana De Lima, MHA
Presidente ALCP

Columna de investigación Número 3

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

Del Universo a la Muestra

En la práctica clínica habitualmente realizamos conjeturas y tomamos decisiones basadas en nuestra experiencia cotidiana. Conclusiones tales como "los pacientes con enfermedades progresivas y avanzadas prefieren una comunicación honesta" pueden ser apreciaciones basadas solamente en nuestra visión sobre algunos casos; pero estas conjeturas no nos permiten asegurar qué es lo que ocurre en el universo de "todos los pacientes con enfermedades progresivas y avanzadas", definiendo Universo (o POBLACIÓN) como el conjunto de elementos que tienen alguna característica en común; en el caso del ejemplo: personas que sufren enfermedades progresivas y avanzadas.

Pero a la hora de generar conclusiones de validez científica las apreciaciones o conjeturas derivadas de la práctica, aún cuando pueden ser certeras, suelen carecer del marco adecuado que les dé sustento, en gran parte debido a que las mismas podrían no provenir de una *muestra representativa*.

Si en el marco de una investigación acerca de la valoración de la comunicación por parte de los pacientes "con enfermedades progresivas y avanzadas" pudiéramos entrevistar a TODOS ellos, estaríamos realizando un *censo*, con lo cual la toma de una muestra carecería de importancia.

Pero habitualmente resultará imposible acceder a toda la población de interés. Imaginemos por ejemplo que deseamos estudiar la prevalencia de dolor por cáncer en un país determinado; necesitaremos sin duda una muestra de pacientes con cáncer que nos permita generalizar los resultados hallados a la población entera de pacientes con cáncer de ese país, siendo precisamente aquí donde la estadística juega un rol principal.

Vemos así que la definición adecuada de la población resulta de fundamental importancia para emprender un estudio de investigación; al mismo tiempo, podemos adelantar que una definición inadecuada de la población será una fuente de error imposible de corregir en pasos ulteriores de la investigación, al menos si no vamos a distorsionar las características del estudio, cosa *poco científica* como mínimo.

En base a lo dicho podemos ahora dar algunas definiciones.

POBLACIÓN: es un conjunto de Unidades de Observación (p.e: pacientes, familias, equipos, determinaciones de laboratorio, etc.) que tienen en común una serie de características específicas (criterios).

POBLACIÓN OBJETIVO O BLANCO o *diana*: Es aquella sobre la que se quieren aplicar (generalizar) los resultados de una investigación y es hacia la cual inferimos las conclusiones de la investigación. Esta población se define utilizando criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

a. Criterios de inclusión: están conformados por las características específicas que mejor definen a la población blanco. Dichas características pueden ser clínicas (diagnóstico, performance status, etc.) o demográficas (edad, sexo, etc.). En la práctica, solemos recurrir a estudios previos en los que se haya seleccionado una población similar a la que nosotros deseamos incluir, para conocer cómo ha sido definida esta por otros autores, aún cuando el problema a investigar podría haber sido diferente.

b. Criterios de exclusión: están constituidos por aquellas características que harán que los individuos no ingresen al estudio. La utilización de criterios de exclusión tiene por objetivo, por una parte, dar viabilidad ética al estudio (por ejemplo, la no-inclusión de pacientes incapaces de firmar un consentimiento informado – veremos esto con mayor detalle en otro momento) y por otra, controlar variables capaces de modificar el estudio. P.e., si deseamos investigar la efectividad de una droga para el tratamiento de la fatiga por cáncer, excluiríamos a los pacientes afectados por síndrome de fatiga crónica.

c. Criterios de eliminación: configuran una especie de criterios de exclusión *tardíos*. Los criterios de eliminación adquieren especial relevancia en el contexto de estudios longitudinales, en los cuales la pérdida de datos en el seguimiento, si es de cuantía elevada (habitualmente se fija en 20%) podrían invalidar las conclusiones del estudio. En la investigación en CP en particular, este ítem adquiere crucial trascendencia, dado que la presencia de deterioro cognitivo, debilidad extrema o fallecimiento suelen ser responsables de una significativa pérdida de datos. A fin de subsanar esto, solemos recurrir a distintas formas de análisis estadístico de los datos perdidos (*missing data*), sabiendo de antemano que el mejor o el más complejo análisis de datos perdidos nunca será tan bueno como la presencia real de un solo dato.

Una vez definida la población hacia la cual inferiremos los datos a través de cálculos estadísticos tales como los intervalos de confianza, deberíamos identificar el segmento de la población a la cual podremos en la práctica acceder.

POBLACIÓN ACCESIBLE: Es el subgrupo de la población blanco a la cual el investigador es capaz de acceder. Por lo tanto, para definir a esta población deben sumarse a los criterios de inclusión referidos en el apartado anterior, los de localización geográfica y temporal. Por ejemplo, “pacientes con cáncer asistidos en el Hospital XX durante el período YY”. Debemos tener en cuenta que la población accesible puede no representar fielmente a la Población Blanco en la cual habíamos inicialmente pensado. P.e., si el Hospital XX es un centro de derivación de pacientes con cáncer y síntomas complejos, la prevalencia de dolor en esa población no será representativa de lo que ocurre en el conjunto general de pacientes con cáncer, que son asistidos en hospitales de variable nivel de complejidad. De esta manera la inferencia de nuestros resultados no podrá realizarse ya a todos los pacientes con neoplasias sino solo a aquellos con cáncer y síntomas complejos.

Por último, definimos a la MUESTRA como cualquier subgrupo de la población. Ahora bien, para poder inferir datos según deseamos, dicha MUESTRA deberá ser REPRESENTATIVA.

Una muestra representativa es probabilística. En la práctica esto se logra eligiendo los representantes de la muestra en forma aleatoria o al azar, sin que el investigador participe en forma directa en la selección de la misma y cumpliendo con el principio de igual posibilidad (*equipoise*), o sea que todos los miembros de la población accesible tengan las mismas posibilidades de ser incluidos en el estudio, y en aquellos a incluir, que todos tengan las mismas posibilidades de acceder, por ejemplo en una prueba controlada, a cualquiera de las ramas de tratamiento (el señor A tiene tantas posibilidades de ser incluido en el estudio como el señor B; si el azar determinara que finalmente sea incluido A en tanto B quedara excluido, el señor A tendrá iguales posibilidades de recibir tanto el tratamiento X como el tratamiento Y).

Existen múltiples motivos por los cuales resulta mejor estudiar muestras que poblaciones. Las muestras pueden estudiarse con mayor rapidez y en forma menos costosa; seleccionar una muestra hace que el estudio sea *posible* y a la vez, dicha muestra puede ser seleccionada en forma tal de reducir la heterogeneidad de la población.

Si duda, habiendo llegado hasta aquí podemos empezar a avizorar que realizar un estudio de investigación no resulta tan complejo si tenemos en cuenta algunos principios básicos.

Hasta la próxima Columna!

Artículo regional.

El Tango, un encuentro ... un abrazo sin tiempo

Lic. Ignacio Lavalle Cobo.
Músico terapeuta María Luz Catiñeiras.
Colaboradores: Marisa Carrattini y Prof. Guillermo Lugin.
Fundación Tango Argentino
Dirección e: ignaciolavalle2000@yahoo.com.ar

El taller de Tango se incluye dentro de la Unidad de Cuidado Paliativo del Hospital Tornú-Fundación FEMEBA, de la Ciudad de Buenos Aires. La duración es de una hora y media; una vez a la semana, desde hace 9 meses.

El encuentro entre la Fundación Tango Argentino y CP se produjo a través del deseo de Silvia, una paciente de la unidad que pide espontáneamente, sin tener conocimientos previos en la materia, bailar el tango. La respuesta de la Fundación Tango fue instantánea, así como la disposición de los profesionales de la unidad para crear el espacio. De esta manera comienza, hace ya casi un año, este proyecto que no se detiene.

La modalidad de taller permite crear un espacio donde "el hacer" toma un lugar central para el movimiento de la afectividad, de la creatividad a través de la improvisación y del cuerpo. Si bien los que participan de este encuentro pueden traer historias y recuerdos cargados de dolor y sufrimiento, el propósito está en reencauzar esa energía a través de la danza, la música, el vínculo, con la delicadeza de generar un clima cálido, continente y optimista.

A medida que van sucediendo los encuentros, se organizan distintas propuestas pensadas con relación al grupo por el equipo de profesionales. Dentro de estas propuestas se incluye lo sonoro, el movimiento y lo simbólico.

¿Qué ofrece el tango a la población de CP?

Distensión. Distracción. Vínculo. Posibilidad de procesar el duelo. Apertura social. Encuentro con el cuerpo. Encuentro con la cultura-raíz. Encuentro de la población total: pacientes, acompañantes y profesionales. Plus de energía.

En principio, se observa que el espacio abre una nueva posibilidad para la distracción y distensión del clima de la unidad de CP. Pero la idea no es sólo "distender" a los pacientes, acompañantes y familiares, sino también integrar a todas las personas que trabajan en la institución (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros, etc.) con un solo fin: encontrarse en un abrazo. El propósito de incluir al tango implica la riqueza y el rescate de lo humano.

En el tango se percibe, sobre todo desde la perspectiva que nos brinda la danza, una forma de comunicación diferente, un movimiento que cala en lo más profundo de la esencia y organización humana, canalizando la energía y estimulando el impulso vital. La particularidad que brinda este arte, provee, por sus características de acercamiento y proximidad, una apertura a lo vincular, sostén de uno con el otro, desde una posición de respeto y refinamiento. El abrazo perpetúa, no sólo desde lo físico, sino desde lo simbólico y afectivo, un diálogo que comienza a solidificarse a medida que pasa el tiempo.

Por otra parte, el tango fomenta la apertura al procesamiento del duelo, en sus letras profundas y emotivas, apela al participante a comprometerse con el otro y con su propia interioridad. Pero no todas las letras de tango hablan de dolor y sufrimiento sino que también aparece el juego (en las milongas), y el amor (en los valsés y en los tangos). De esta manera notamos que el tango en su aspecto global, nos remite a lo simbólico (de símbolo: *sym-ballein*) que es aquello que unifica, congrega, integra. A su vez, da a conocer los opuestos; lo manifiesto y lo oculto, es decir, por su fuerza integradora media entre el cuerpo y la mente, lo uno y lo otro, yo y él, nos conduce hacia un acercamiento del aspecto social y espiritual. La posibilidad que brinda el contacto pleno con la otra persona, espontáneamente, apela, también, al reconocimiento de la imagen corporal. Es a partir de ahí donde se pueden ir trabajando cuestiones que tengan que ver con el cuerpo, desde su dominio motor, hasta la recuperación y el manejo de la sensualidad.

El espacio no es excluyente, sino que promueve la asistencia de personas que no pueden bailar, levantarse ni caminar; brinda un contexto de juego atravesado por lo sonoro, posibilita su participación, y a la vez, su movilización anímica. La naturaleza intrínseca de la música nos remite como fenómeno humano al reencuentro de las emociones, a la recuperación de lo interior.

El tango se promueve como fiel referente de estos estados, desde la profundidad de sus letras hasta el estilo de sus composiciones, concediendo identidad al grupo. Por otro lado la expresividad de sus letras y su música permite abarcar lo inexpresable del estado de sufrimiento y de pérdida, lo cual abre un camino para la elaboración del duelo. Las propuestas desde la música y la danza apuntan a ir trabajando los diferentes estados que se generan con relación a la enfermedad, permitiendo que los silencios se carguen de sentidos, sonidos y movimientos, quebrando la inercia de la discreción. También es una forma de trascender la barrera de la vida, del tiempo y de la muerte recordando y recuperando momentos, situaciones, seres queridos, a través de una melodía, una letra o un paso de baile.

Nuestra intención es construir paulatinamente un clima festivo y espontáneo, donde se celebre el motivo de estar vivo.

Comentario del Editor

Cuando una enfermedad de pronóstico letal como el cáncer altera el significado de la vida de un paciente (su vida tiene un propósito y un orden) se inicia el proceso de búsqueda del significado de la nueva situación de enfermedad. Si el proceso tiene éxito el paciente logra reducir su sufrimiento y aumentar la satisfacción de vivir: se siente realizado a pesar de la incertidumbre y descubre un nuevo compromiso con sí mismo.

La espiritualidad es un factor muy importante en este proceso (la esperanza es otro) y se expresa en la búsqueda individual de significado a través de la familia, el humanismo, el arte y la religión.

Se puede fortalecer la espiritualidad (para favorecer la búsqueda de significado) con la religión, el arte, el baile, el ejercicio, la meditación, la música, el juego, etc.

En este artículo se describe la utilización simultánea de varias de estas técnicas.

Para ampliar este comentario: Spirituality, meaning and transcendence. Kenneth A. Bryson. En: Palliative and supportive care (2004), 2, 321-328.

Artículo de la literatura internacional

Resumen del artículo:

“Guías clínicas prácticas para el tratamiento del sufrimiento psico-social en el final de la vida”

Titulo en ingles: Clinical practice guidelines for the management of psychosocial distress at the end of life.

Autores: Murillo M y Holland JC.

Publicado en: Palliative and supportive care (2004), 2, 65-77.

Contacto: hollandj@mskcc.org

Traducción y resumen realizados por el Editor con autorización de los autores.

PRIMERA PARTE.

Introducción.

Después de años de descuido, la asistencia en el final de la vida recibe atención y genera preocupación. Cuando el cuerpo es afectado por una enfermedad progresiva y mortal, la persona debe enfrentarse no sólo con los síntomas físicos, pero también con la crisis existencial del fin de la vida y la muerte próxima.

Es esta situación la prioridad mayor es proporcionar alivio óptimo de los síntomas y del sufrimiento.

Sin embargo, la evidencia sugiere que continuamos distantes de este ideal. Aunque las pautas para el control del dolor han extensamente difundidas, sabemos que muchos pacientes continúan

sufriendo en sus días finales de dolor y otros síntomas físicos problemáticos. También, a pesar de los avances en la identificación y el tratamiento de desórdenes psiquiátricos, continuamos subdiagnosticando los síntomas debilitantes de la depresión, la ansiedad, y el delirio en la fase final de la vida. Y, más allá de estos síntomas físicos y psicológicos, también estamos distantes de nuestra meta de aliviar el sufrimiento espiritual, psico-social, y existencial del paciente y la familia.

A pesar del mandato ético de "aliviar siempre".

Las guías prácticas clínicas han probado en muchos años ser sumamente efectivas en la asistencia clínica, especialmente del cáncer. Han servido para establecer un punto de referencia en la asistencia de calidad de la practica medica basada en evidencia.

Y hay razones para creer que las guías deben ser igualmente efectivas en mejorar la asistencia en el final de la vida.

Sin embargo, la aplicación de las guías prácticas plantea aspectos especiales cuando se aplican a la asistencia en el final de la vida. El cuidado de confort se puede brindar es afectado por una gama de factores culturales; la etnia y las costumbres de los pacientes y sus familias, las normas y expectativas de la comunidad, los sistemas de creencia religiosos y filosóficos, las actitudes personales de los médicos y las creencias acerca de la muerte. El desarrollo y la evaluación de las guías clínicas prácticas para el cuidado en el final de la vida deben tener en cuenta estos aspectos y combinarlos con las pautas médicas y psicológicas en el modelo integrado que los médicos encuentran aceptable utilizar.

Guías clínicas de asistencia en el final de la vida.

El Comité Expertos en Cáncer y Cuidado Paliativo (1996, 1998) de la Organización Mundial de la Salud definió la asistencia en el final de la vida como el cuidado activo y total de pacientes cuya enfermedad no es sensible al tratamiento curativo, que procura alcanzar la calidad máxima la vida mediante el control del sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual del paciente y la familia.

La amplitud de esos aspectos, componentes mayores de la calidad de la vida, hace formidable la tarea de desarrollar guías clínicas prácticas, pero al mismo tiempo, más crucial.

Un panel multidisciplinario sobre Guías de Cuidado Paliativo, presidido por Michael Levy, M.D., fue organizado por National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y desarrollo las primeras guías clínicas prácticas de asistencia en el final de la vida. Actualmente están disponibles diferentes guías clínicas prácticas para la asistencia en el final de la vida, comunicación médico-paciente, y sufrimiento sico-social.

Comunicación con el paciente y la familia.

La comunicación es entre el médico, el paciente, y la familia es el elemento central para asegurar la calidad de la asistencia en el final de la vida. La identificación y tratamiento de los síntomas físicos y sicológicos depende de esta interacción.

Muchos médicos encuentran la comunicación acerca del final de la vida especialmente difícil a causa de preguntas relacionadas al pronóstico y la muerte.

La familia tiene también un gran desafío al expresar sus sentimientos y para hacer preguntas acerca del pronóstico. En un estudio cooperativo, los médicos dijeron que tenían más problema de comunicación con las familias que con los pacientes. Los pacientes en el estudio notaron que sus parientes a menudo sentían "dejados afuera" y "en el camino." Estas observaciones son especialmente perturbadoras porque la vigilia de la muerte es un tiempo de sufrimiento terrible para los miembros de la familia.

Un panel del NCCN ha desarrollado unas guías basadas en algoritmos para dar malas noticias y están siendo revisadas para la aplicación en la asistencia en el final de la vida.

Las guías de comunicación deben ser dirigidas a averiguar lo que el paciente entiende y cuánta información realmente desea, a ser empático con emociones expresadas del paciente, a permitir tiempo para las lágrimas y la expresión de emociones sin apuro, a tener en cuenta la familia y sus raíces étnicas, culturales y religiosas, especialmente los que sufren las barreras del idioma.

Tratamiento del sufrimiento.

La aproximación a la muerte genera re-consideración de la muerte y la vida después de la muerte; puede ser también un tiempo para identificar los valores, las creencias y los recursos personales. Las preocupaciones psicológicas, sociales, y existenciales/religiosas/espirituales se entrelazan completamente. Debido al pronunciado y complejo sufrimiento que experimentan muchos pacientes en el final de la vida, los profesionales de salud mental, los asistentes sociales y los consejeros pastorales deben estar disponibles. Sin embargo, a causa de continuas actitudes negativas hacia los problemas psicológicos, el personal médico es a menudo reacio a pedir una consulta psiquiátrica o de salud mental, aún cuando es apropiado, porque temen que el paciente o la familia puedan ofenderse. Verdaderamente, a veces la familia lo ve como un insulto al paciente que tiene una enfermedad grave.

Un problema descuidado en el cuidado paliativo es el sub-reconocimiento, sub-diagnóstico y sub-tratamiento de pacientes con sufrimiento significativo, que puede ir de la angustia existencial a la ansiedad y la depresión. Aunque los pacientes y familias expresan sus deseos de recibir asistencia para sus preocupaciones no-médicas y que la inclusión de este tema es un elemento central en el cuidado paliativo, existe evidencia significativa que la atención dada a estos temas es inadecuada a pesar de las buenas intenciones.

Desarrollo de normas para el tratamiento del sufrimiento.

Clínicamente, el sufrimiento puede aumentar en un continuo desde sentimientos normales comunes de vulnerabilidad, tristeza y temor a problemas que incapacitan, como depresión mayor, ansiedad generalizada, pánico y sentimiento de aislamiento o crisis espiritual.

El nivel de sufrimiento se debe valorar en cada visita en domicilio, en consultorio o en internación. Las guías prácticas de la NCCN dan un algoritmo (figura 1) para la identificación rápida de pacientes con sufrimiento significativo y proveen el disparador para la derivación a los servicios de apoyo.

Los pacientes han encontrado este método aceptable y los médicos han encontrado que sirve como una lista de chequeo para generar preguntas.

Los médicos y los enfermeros deben ser entrenados para utilizar métodos de evaluación rápidos para asegurar que los pacientes sean interrogados en cada visita, en todas etapas de la enfermedad, acerca de la intensidad de su sufrimiento. El personal sanitario debe ser capaz de utilizar el algoritmo para derivar a los pacientes a los servicios sico-sociales comunitarios

Guías prácticas clínicas para desórdenes psiquiátricos comunes.

Hay varios síntomas / desórdenes psiquiátricos comunes (clasificación DSM-IV) que se encuentran durante la asistencia en el final de la vida. Los profesionales de salud mental con experiencia en problemas del final de la vida pueden disminuir substancialmente el sufrimiento de los pacientes, que está normalmente relacionado con la ansiedad, la depresión (desorden del humor) y el delirium. Las guías de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) son útiles para modificar la asistencia del final de la vida; también lo son las guías del NCCN para el tratamiento de estos desórdenes específicamente en enfermos de cáncer.

GINNA GARCIA PARRA pros@proseguir.com

JORGE DUQUE pros@proseguir.com

Portal www.proseguir.com

Actividad docente. Actividad regional. Sitio de Psico-oncología Dolor y Cuidados Paliativos.

Libro destinado a brindar a los estudiantes los elementos necesarios para comprender el significado del dolor y los síntomas que acompañan a los enfermos graves y terminales.

Editado por Adriana Margarita Cadavid P.; Jorge René Estupiñán G.; John Jairo Vargas G

Info sobre el libro en <http://www.cib.org.co/index.php?pgid=1958-9400-87@703>

Segundo Foro Internacional de Medicina del Dolor.

Patrocinado por la Sociedad Mexicana para el Estudio del Dolor, FEDELAT y el World Institute of Pain (WIP)

Mayo 25 - 28, 2006. Hotel Presidente Intercontinental, Guadalajara, México

Info: ifpm2@kenes.com, www.kenes.com/ifpm

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.