

**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° 6**

**Contenido**

- Comentario de la Comisión Directiva
- Artículo regional
- Artículo seleccionado
- Actividad docente regional
- Buen trabajo. Felicitaciones!
- Misceláneos

**COMENTARIO DE LA CD.**

Hola a todos. Estos boletines son la mejor manera para comunicarnos y conocer los avances y esfuerzos en los países de la Región. Los boletines son en gran parte gracias al esfuerzo del doctor Roberto Wenk. Los invitamos a que nos envíen noticias de su programa o país para incluirlas en estas paginas.

Como ustedes saben, uno de los objetivos del International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) es servir de herramienta para la difusión de información entre los programas regionales y nacionales en todo el mundo. Puesto que aun no tenemos un sitio web para la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos y es importante tener estos boletines disponibles de manera permanente, la IAHPC ha decidido incluirlos dentro de su sitio web como un servicio para la ALCP. Para ver ediciones anteriores de este boletín, vaya a [www.hospicecare.com](http://www.hospicecare.com) Haga clic en Journals. Los documentos están en orden alfabético.

Los invito a que también incluyan su programa en nuestro directorio internacional. Para hacerlo vayan a [www.hospicecare.com](http://www.hospicecare.com) Hagan clic en International Directory y luego en Latin América and

the Caribbean. En la parte superior de la página esta el documento que deben llenar. Cuando lo completan hagan clic en Submit Information.

El sitio web de la IAHPIC es el más visitado en cuidados paliativos en el mundo: tenemos más de 25,000 contactos por semana. Si quieren darle visibilidad a su programa sin ningún costo, ésta es una forma extraordinaria de hacerlo.

Un saludo para todos,

Liliana De Lima, MHA  
Directora Ejecutiva IAHPIC  
Miembro CD ALCP

### **ARTICULO REGIONAL.**

No se recibió ningún material !!.

### **ARTICULO SELECCIONADO.**

Dr. Roberto Wenk, Argentina.

#### **ROL DE LA FE RELIGIOSA Y DEL SISTEMA DE VALORES.**

Factores que pueden afectar el estado psicológico del paciente, o recursos para mejorar su calidad de vida (evaluación con DSM-IV, eje 4).

Del capítulo "Cuidado y tratamiento del paciente al final de la vida" de Edwin Cassem, MD, del libro "Handbook of Psychiatry in Palliative Care" editado por Harvey M. Chochinov y William Breitbart, y publicado por Oxford University Press en el año 2000.

La revisión de la literatura sobre la relación entre la fe religiosa y la muerte, para conocer la forma en que el sistema de creencia funciona en los individuos, muestra de que hay dos tipos de orientación:

La orientación religiosa extrínseca, en la que la religión es principalmente una forma de obtener estado social, seguridad o liberación de la culpa.

La orientación religiosa intrínseca, en la que los valores parecen estar internalizados y ellos mismos son fines para el individuo que lo posee.

El trabajo experimental y la experiencia clínica indican que el sistema de valores extrínseco sin internalización, parece no ser de ayuda ni ofrecer asistencia en la adaptación de una enfermedad fatal. Por otro lado la creencia religiosa intrínseca parece ofrecer estabilidad considerable y fortaleza para aquellos que la poseen.

Cohen muestra que, para pacientes deprimidos, cuando la religión es importante en la adaptación es significativamente mayor la reducción de los síntomas cognitivos pero no somáticos. La pérdida de interés, el aburrimiento, el aislamiento social, la tristeza, la inquietud, la desesperanza, y la subvaloración tienen significativamente menos incidencia en pacientes religiosos.

Una forma de examinar la fe personal es considerarla como una forma de relación personal, en este caso con Dios. La exploración de esta área es obligatorio: aunque el entrenamiento psiquiátrico generalmente hace que quienes practican la psiquiatría no se sientan cómodos con cualquier cosa asociada a la religión, las personas que tienen una fe internalizada potente poseen un recurso que los ayuda significativamente a la adaptación a una enfermedad fatal. Además muchos pacientes agradecen la oportunidad que tienen de expresar sus pensamientos acerca de su fe (la fe se define desde la perspectiva psicológica simplemente como la relación entre la persona y Dios).

Al paciente se le debe preguntar acerca de Dios con el mismo tipo de pregunta para evaluar la calidad de relación con un familiar, amigo o cualquier otra persona significativa. Para Ud. qué tipo

de persona es Dios ? Cómo lo representa a Dios ? Dónde ? En qué oportunidad se conocieron Dios y Ud. ? Fue en un contexto seguro, cálido, placentero o fue en un contexto frío, de castigo ? Cree que Dios lo considera como su favorito o como una oveja negra ? Qué tipo de confianza tiene en Dios y qué tipo de confianza cree que tiene Dios en Ud. ? Esta relación le da certeza de que Dios realmente existe ?Cuál es el sentimiento más poderoso que Ud. a tenido a cerca de la presencia de Dios ? Duda Ud. de su presencia ? Cuándo Ud. duda de qué forma la relación se ve afectada ?. En general la capacidad de la persona para tolerar la duda es un buen índice de la madurez de la fe: si supiéramos todo la fe sería innecesaria. Como dice Gregorio Baun la duda es la sombra que provee la fe.

Cómo se comunica Ud. con Dios ? Por plegarias ? Siente que lo escucha ? Es esta una comunicación de ida y vuelta, bi-direccional ? Tiene Ud. alguna sensación de que Dios le habla ? Cómo ? Ud. tiene certeza de que recibe mensajes de respuesta ? Alguna vez sintió que lo tocara ? Se siente cuidado por Dios ? Siente no son escuchadas ? Por qué ?

Discutir la enfermedad de pronóstico fatal provee una excelente oportunidad para preguntarse a cerca de la visión que tiene el paciente de las cosas mal hechas. Cómo cree Ud. que Dios ve su situación de enfermedad delicada ? Se compadece de Ud. ? Si es todo cariño y bondad cómo pudo permitir Dios que esto le pasara a Ud. ? Se siente castigado ? Se siente traicionado ? Todavía tiene capacidad para rogar ? Cómo ha afectado esta situación su dialogo con Dios ?

Cuando la conversación toca aspectos como la muerte hay oportunidad para preguntar a cerca de las creencias del paciente después de la vida. Hay algo después de la vida ? Alguna vez se lo imaginó ? Esta creencia le da tranquilidad o de alguna forma lo hace más fácil los aspectos de la enfermedad ?.

En general, las personas que poseen una sensación de presencia benefactora personal de Dios y de que son cuidados y controlados por él van a continuar haciéndolo, y esto lo va a ayudar a mantener la tranquilidad en la turbulencia de la enfermedad terminal.

Las convicciones religiosas sólidas, firmes señalan que se debe proponer una entrevista con un ministro de fe. El propio ministro del paciente puede proveer hechos valiosos e introspecciones a cerca del paciente y de la familia que pueden ayudar a ser más suave el transito antes de la muerte. Las personas religiosas generalmente son partes de una comunidad de creyentes que pueden ser inusualmente generosos y efectivos en dar apoyos, éstos pueden no haber sido informados de la situación del paciente y pueden necesitar que se establezca un contacto entre el paciente y esta comunidad religiosa. Esta es una tarea que puede hacer el ministro de fe.

Para aquellos sin creencias religiosas las convicciones acerca de la vida y de sus valores pueden estar codificados en su filosofía de vida. Qué es importante ? Qué principios han guiado su vida ? Hay algo por lo cual merece la pena morir ? De qué esta Ud. Orgullosa ? Estos tópicos son el material con el cual una persona en proceso de muerte puede confirmar el sentimiento de que su vida ha sido bien vivida.

## **ARTÍCULO DEL MES DEL BOLETÍN DE LA IAHP.**

Dra. Carla Ripamonti, Italia.

### **DELIRIUM Y DESHIDRATACIÓN: ALGO DE LÍQUIDO PARA PENSAR?**

Autor: Peter G. Lawlor; publicado en Support Care Cancer 2002; 10: 445-454.

El autor muestra el delirium en toda su complejidad como un síndrome neuro-psiquiátrico heterogéneo, como una complicación frecuente del cáncer avanzado (28-40 % al inicio de atención institucional y en la mayoría de los pacientes en las ultimas horas/dias de vida) y como un síntoma generador de sufrimiento en el paciente, su familia y el equipo asistencial.

En esta revisión se consideran en detalle su etiología y fisiopatología, sus manifestaciones clínicas y la importancia de su diagnóstico y evaluación precoz.

Pero la intención del autor es, con la información disponible, examinar la asociación entre la prevención y tratamiento del delirium y la hidratación asistida (artificial).

Para comprender cuando hidratar a un paciente, cuanto líquido administrarle diariamente y la ruta de administración (intravenosa, enteral, subcutánea, rectal) el autor describe los mecanismos

homeostáticos del balance hídrico, la fisiopatología, la patogénesis y la evaluación del estado de déficit hídrico.

Como la administración de altas dosis de analgésicos opioides y la eliminación reducida de ellos, o de sus metabolitos, puede causar neurotoxicidad (delirium, mioclonus, hiperalgesia, alodinia y a veces convulsiones), se reporta la asociación entre la administración de diferentes tipos de opioides, el balance de fluidos y la patogénesis del delirium.

La literatura muestra una asociación entre el delirium y la deshidratación, pero las proporciones relativas de "causa y efecto" atribuidas al déficit de fluidos no son totalmente claras.

Cómo y cuándo decidir si la hidratación asistida es apropiada o no en el tratamiento del delirium ? El proceso de decisiones es generalmente difícil y comprende evidencia científica, aspectos éticos y la comunicación con pacientes cognitivamente intactos y/o su familia.

Aunque los estudios en pacientes con cáncer y en población adulta muestran que la hidratación artificial contribuye en la prevención del delirium el consentimiento informado del paciente y /o de la familia es un paso ético apropiado para el uso apropiado de la hidratación asistida. Como el delirium es un síntoma multifactorial, es recomendable asociar la hidratación asistida con otras intervenciones terapéuticas (rotación de opioides, reducción de dosis de opioides y administración de haloperidol). El tipo de fluido para administrar depende del déficit de sodio y de agua; la cantidad de fluido indicada es 1 litro por día.

La ruta de administración de los fluidos debe ser personalizada de acuerdo al lugar donde se realiza la atención. En los pacientes sin catéter venoso central o sin sonda nasogástrica, la hipodermoclisis (hidratación subcutánea continua) es simple y muy recomendable.

Por qué elegí este artículo ? porque de la hidratación asistida es aún un tema de controversia en CP.

A medida que pasan los años hemos progresado desde un modelo "de hospital" agresivo donde, desde el nacimiento hasta la muerte y en cualquier estado de la enfermedad oncológica, el paciente fue artificialmente hidratado. El modelo "de hospicio" recomienda un enfoque conservativo donde la hidratación asistida no es utilizada en pacientes con cáncer avanzado porque la considera innecesaria, molesta y no confortable para los pacientes. El modelo "individualizado" recomienda un enfoque adaptado a las necesidades, individualizado para cada paciente, donde la hidratación asistida es administrada en el manejo integral de los síntomas referidos por los pacientes, considerando también el estadio de la enfermedad, las condiciones clínicas y los aspectos éticos.

## **ACTIVIDAD DOCENTE REGIONAL**

### **Méjico.**

#### **Curso a distancia "Avances en CP", por Internet o con material impreso.**

Actividad conjunta de México y España, dirigida a Médicos, Psicólogos, Enfermeros, Trabajadores Sociales y otros profesionales interesados.

Acreditación: DIPLOMADO, con opción a MAESTRÍA por la Universidad Autónoma de Guadalajara, la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Inicio: 30 de Enero del 2003.

Costo: 280 dólares (con material impreso) o \$230 dólares (por Internet).

Informes: [gafos@gafos.com](mailto:gafos@gafos.com) , [www.gafos.com](http://www.gafos.com) , [transicion01@yahoo.com.mx](mailto:transicion01@yahoo.com.mx) , [www.uag.mx/27/dolor](http://www.uag.mx/27/dolor) (sección de cursos).

#### **Simposio de CP en Pediatría.**

En el Instituto Nacional de Pediatría, ciudad de México.

5 al 8 de Agosto del 2003.

### **Perú.**

### **Becas de capacitación en CP.**

Para médicos y residentes; otorgadas por la Dirección de Educación, con exámenes de selección y acreditación; incluyen alojamiento y alimentación.

En 3 niveles:

Básico de 3 meses para residentes del último año de Anestesia y Oncología.

Intermedio de 6 meses para Asistentes Especialistas en Anestesia y Oncología.

Avanzado de 1 año para médicos con especialidad.

Programa de Cuidados Paliativos, Instituto de Enfermedades Neoplásicas, Lima.

Informes: Dra. Maria del Rosario Berenguel Cook, [mberenguel@inen.sld.pe](mailto:mberenguel@inen.sld.pe)

### **Al personal sanitario de otras instituciones y a estudiantes universitarios.**

En el Sistema Primario de Salud (Postas Médicas, Centros de Salud, Hospitales y Regiones del Ministerio de Salud)

Incorporación de DOLOR en hoja gráfica de enfermería, a nivel institucional y nacional.

Integración de la comunidad en el cuidado del paciente oncológico.

Manual de Organización y Funciones, y Manual de Procedimientos

Investigación.

Información epidemiológica sobre diversas etapas de la enfermedad.

Política sanitaria.

Colaboración con el Ministro de Salud Dr. Carbone para la inclusión del CP en los organigramas de los hospitales nacionales de 4to. nivel.

Propuesta, a través del Ministerio de Salud, de agregar artículos de "Calidad de Vida" en la Constitución Política del Perú.

Colaboración con en Ministerio de Salud del Plan Primario "Referencia y Contrarreferencia" de pacientes entre servicios de CP.

El grupo, además, forma parte del organigrama institucional dentro del Departamento de Medicina, se proyecta fuera de la institución con un ONG "Alivio con Amor", e integra el Ministerio de Salud como ente rector a nivel nacional de los CP. El Gobierno Peruano ha donado terreno para la construcción de una unidad.

### **BUEN TRABAJO. FELICITACIONES!!**

#### **Argentina.**

ACIAPO (Atención Comunitaria Integral al Paciente Oncológico) festeja los 5 años de actividad con el BAILE SHOW "A favor de la vida", el 10 de diciembre de 2002 (21 horas) en Sunset Disco, Roque Sáenz Peña 440, Buenos Aires.

Los recursos obtenidos serán destinados a reducir las carencias de los pacientes sin recursos.

Informes: 54 (11) 4793-3003 y 4733-4906/07.

#### **Colombia.**

El Dr. John Jairo Vargas comunica la realización del IV Curso Regional de Dolor, que tuvo lugar el 1 y 2 de noviembre del 2002, en la ciudad de Medellín.

Los temas principales fueron: dolor agudo y crónico no neoplásico, dolor neuropático y CP. La actividad fue organizada por la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación, la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, la Sociedad Antioqueña de Anestesia y la Universidad Pontificia Bolivariana.

#### **Perú.**

La Dra. Maria del Rosario Berenguel Cook, Jefe del Programa de CP del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú, informa sobre las actividades del grupo.

Asistencia.

En institución, consulta telefónica y visitas domiciliarias (Programa "Alivio Sobre Ruedas" con chóferes voluntarios y auspicio de la Municipalidad de Lima). Apoyo espiritual y asistencia en duelo, con voluntarios con entrenamiento en Pastoral de Salud. Actividad de apoyo técnico en colaboración con la Asociación Peruana para el Estudio del Dolor. Incremento de la demanda de atención a pacientes y familia.

## **MISCELÁNEOS.**

### **Circulares de la ALCP.**

Las versiones anteriores pueden obtenerse en el sitio web de la IAHPC (ir a [www.hospicecare.com](http://www.hospicecare.com) , hacer clic en Journals ).

### **Anuncio de SECPAL (Sociedad Española de CP).**

Javier Rocafort, moderador del foro SECPAL, comunica que en [www.secpal.com](http://www.secpal.com) ya está operativa la nueva inscripción de usuarios [www.secpal.com/usuarios](http://www.secpal.com/usuarios). Después de completar un formulario se obtienen sin cargo las claves para participar en el foro de discusión con cientos de colegas.

### **Anuncio del Hospital MD Anderson.**

La versión electrónica de la "ENCUESTA SOBRE EL CUIDADO RELACIONADO AL CANCER AVANZADO EN AMÉRICA LATINA Y EN EL CARIBE" se puede obtener en el <http://www.mdanderson.org/departments/prg/>. Quien la complete recibirá una copia del libro del "Dolor por Cancer", Guía Clínica Practica # 9 de la Agencia Nacional de Política e Investigación del año 1994.

### **Material de estudio.**

El Pain & Policy Studies Group (PPSG), Centro Colaborador de la OMS, informa de la disponibilidad por Internet:

"Logrando un balance en la política nacional del control de opioides: guías de evaluación", OMS, año 2000. Disponible en español en:

<http://www.medsch.wisc.edu/painpolicy/publicat/00whoabi.htm>.

Monografías con claves y tendencias en el consumo de opioides (Asia, Latinoamérica, Europa y países seleccionados). La monografía para Latinoamérica está disponible en español en:

<http://www.medsch.wisc.edu/painpolicy/publicat/monograp/globaltrends.htm>.

Reporte del Centro Colaborador de la OMS sobre las actividades para mejorar el control del dolor por cáncer en el mundo durante el año 2001.

Disponible en <http://www.medsch.wisc.edu/painpolicy/publicat/01report/intro.html>.

La monografía "Logrando el equilibrio en políticas nacionales de fiscalización de opioides" de la OMS.

Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSE/opioides-esp.pdf>.

"Designing postgraduate Training in Palliative Care" ("Diseño de entrenamiento post-grado en CP") Vol. 4, # 5, 2002 de innovations in End-of-life Care.

Disponible en inglés en [www.edc.org/lastacts/](http://www.edc.org/lastacts/)

### **Anuncio de la IAHPC.**

Para recibir el boletín de la International Association for Hospice and Palliative Care, deben enviar un correo-E con su nombre y dirección electrónica a Bob Child [jochild@erols.com](mailto:jochild@erols.com) o a Lilliana DeLima a [lidelima@aol.com](mailto:lidelima@aol.com) . En Asunto deben escribir "Subscribe to Newsletter" y en mensaje "Please add my E-mail to your NL".

### **Anuncio de la EPERC (End of Life Physician Education Resource Center)**

Recurso clínicos on-line. La página web de la sección Recursos Clínicos del Medical College of Wisconsin esta en <http://www.mcw.edu/clinicalresources/>

El sitio incluye 7 bases de datos de Medicina Basada en la Evidencia, 10 fuentes de info sobre drogas y una lista de sitios con info clínicas.

### **SEXTO CONGRESO MUNDIAL DE PSICO-ONCOLOGÍA.**

Organizado por la Canadian Association of Psychosocial Oncology (CAPO), la American Society of Psychosocial and Behavioral Oncology/Aids (ASPBOA) y la International Psychosocial Oncology Society (IPOS).

Abril 23-27, 2003; Banff, Alberta, Canadá.

Informes: [banffcongress@cancerboard.ab.ca](mailto:banffcongress@cancerboard.ab.ca) y [www.capo.ca](http://www.capo.ca)

### **SEMINARIO DE LAS ASOCIACIONES NACIONALES DE HOSPICIOS Y CP (Hospice and palliative care national associations seminar).**

Organizado por la organización inglesa de caridad Help the Hospices; coincide con el Octavo Congreso de la Asociación Europea de CP (Abril 2-5, 2003).

30 Marzo – Abril 1, 2003; La Haya, Holanda.

Puede haber ayuda para delegados de países con recursos restringidos (contactar Help the Hospices)

Informes: Kenes International, [eapc03@kenes.com](mailto:eapc03@kenes.com)

### **WORLDWIDE HOSPICE AND PALLIATIVE CARE ONLINE.**

Publicación electrónica bimensual, gratuita, producida por Hospice Information y el UK Forum for Hospice and Palliative Care Worldwide.

Su objetivo es reducir la brecha de información para personas de países en desarrollo con recursos limitados. Provee información: generación de fondos, oportunidades, proyectos colaborativos publicaciones, enfermedades, política, y practica clínica.

Informes: Avril Jackson, [avril@hospiceinformation.info](mailto:avril@hospiceinformation.info) o <http://www.hospiceinformation.info>

Las traducciones son realizadas por Roberto Wenk.