3° Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos

Hotel Hespería - Isla Margarita, Venezuela
Marzo 22-25 de 2006

ALCP
Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos

3er Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos

Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos
Sociedad Venezolana de Cuidados Paliativos

III CONGRESO LATINOAMERICANO DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Isla de Margarita, Hotel Hesperia,

22 al 25 de Marzo 2006

Programa

Fundación LIMA-BOHMER

Apreciados amigos y colegas

Bienvenidos al Tercer Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos y a Isla Margarita. Estamos orgullosas de contar con la presencia de nuestros colegas de América Latina y de otros continentes del mundo.

Los Cuidados Paliativos en América Latina han tenido un gran empuje en los últimos años gracias al aumento en la difusión de la información y el reconocimiento de profesionales y autoridades sanitarias que los Cuidados Paliativos son componente crucial en el tratamiento del cáncer, el HIV/SIDA y otras condiciones. Pero sobre todo ha sido gracias al esfuerzo y la motivación de las personas interesadas en fomentar su crecimiento y fortalecimiento en los programas, universidades e instituciones de salud. Este Congreso es una muestra de estas razones.

Uno de los objetivos del congreso era incentivar la participación de todos los interesados y motivar la investigación, el trabajo clínico, científico, regional y local de cada uno de los países de América Latina. La respuesta de nuestros colegas fue extraordinaria y recibimos más de 150 propuestas para seminarios y pósteres. Hemos logrado unirnos como un gran continente capaz de producir ideas con la misión de brindar una mejor calidad de vida a todas aquellas personas que necesitan de los cuidados paliativos.

Este Congreso ha sido posible gracias al apoyo y participación de las siguientes personas y entidades:

- Los expertos que aceptaron nuestra invitación a presentar en las plenarias;
- Los paliativistas Latinoamericanos que respondieron a nuestro llamado para presentar trabajos;
- Los integrantes de los comités científicos y selección de pósteres que trabajaron analizando y calificando los trabajos;
- El comité local de organización del evento y logística;
- El apoyo de la Secretaria Ejecutiva de la ALCP; y
- Las entidades internacionales, compañías farmacéuticas y fundaciones sin ánimo de lucro que apoyaron financieramente el Congreso

Esperamos que disfruten de este Congreso y de la oportunidad de poder compartir con todos unos días en esta linda isla.

Dra. Liliana de Lima
Presidente ALCP

Dra. Patricia Bonilla
Presidente del Congreso

Dra. Patricia Bonilla
Presidente Congreso

Dra. Liliana De Lima
Presidente ALCP

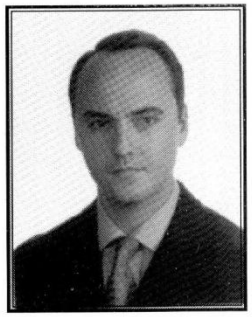
Comité Científico

Dra. Maria del Rosario Berenguel (Perú)
Dra. Mariela Bertolino (Argentina)
Dra. Patricia Bonilla (Venezuela)
Dr. Cisio Brandao (Brasil)
Lic. Mercedes Franco; Psicóloga (Colombia)
Dr. Eduardo García Yanneo (Uruguay)
Dra. Argelia Lara (México)
Dra. Claudia Morón (Venezuela)
Dra. Lisbeth Quesada (Costa Rica)

Comité Selección Pósteres

Dra. Patricia Bonilla (Venezuela)
Dr. Cisio Brandao (Brasil)
Dr. Jorge Eisenchlas (Argentina)
Dr. Eduardo García Yanneo (Uruguay)
Dra. Argelia Lara (México)
Dra. Marta Ximena León (Colombia)
Lic. Ana Carolina Monti; Psicóloga (Argentina)

Conferencistas Plenarias



Emilio Herrera

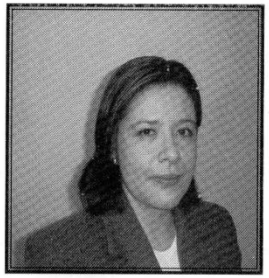
Nació en Sevilla (España) en 1971.

Es medico, especialista en Medicina de Familiar y Comunitaria, con formación posterior en Cuidados Paliativos, habiendo trabajado en el terreno clínico en equipos de cuidados paliativos hospitalarios, domiciliarios y en centros socio-sanitarios, en España. Completó su formación en cuidados paliativos en el Departamento de Cuidados Paliativos del UT MD Anderson Cancer Center en Houston (EEUU) y el Programa Regional de Cuidados Paliativos de Edmonton (Canadá).

Desde Febrero de 2002 tras las transferencias sanitarias a Extremadura (España), le fue encomendada la puesta en marcha de algún Equipo de Cuidados Paliativos en la región, implementando en diez meses el Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, que funciona desde Enero de 2003. Desde Julio de 2003, es Director General de Atención Socio-sanitaria y Salud del Servicio Extremeño de Salud (SES), dependiendo de su dirección el Programa Regional de Cuidados Paliativos, las redes de Salud Mental y Drogodependencias, las competencias de Salud Pública, y el desarrollo del nuevo Plan Marco de Atención Socio-sanitaria de Extremadura 2005-2011, del que es autor.

Es Master en Gestión y Organización de Servicios Sanitarios, autor, colaborador y revisor de diversas publicaciones y artículos científicos en el terreno de cuidados paliativos y organización, disciplina en la que colabora como profesor en los masters nacionales de cuidados paliativos de la Universidad de Comillas (Sevilla), y del Instituto Catalán de Oncología (Barcelona). Es miembro de numerosos grupos de trabajo y comisiones con responsabilidad en política sanitaria.

Defiende la ideología del modelo cooperativo ("governance") con la sinergia entre políticos, gestores, profesionales, y ciudadanos, y el establecimiento de redes como mecanismo de gestión del conocimiento



Dra. Argelia Lara Solares

Médico Adscrito a la Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ), Secretaría de Salud, Ciudad de México.

1. Médico Cirujano. UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México),

2. Especialidad en Anestesiología UNAM,

3. Segunda Especialidad, Clínica del Dolor (INCMNSZ, México, D.F.),

4. Posgrado en Cuidados Paliativos (Hospital General Universitario "Gregorio Marañón", Madrid, España). Proyecto de Investigación Clínica en Cuidados Paliativos.

Actualmente dedicada a la atención de pacientes con dolor crónico y fases terminales, dentro del marco del Programa de la Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa (INCMNSZ),

- Docencia: Curso Interinstitucional INCMNSZ- INCAN [Instituto Nacional de Cancerología. Profesora adjunta en la Especialidad de Algología (Curso de Posgrado para Médicos Especialistas).

- Coordinadora del Capítulo de Cuidados Paliativos por el CMA (Colegio Mexicano de Anestesiología),

- Colaboradora de la AMETD (Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor) en Cuidados Paliativos.

- Miembro de la SED (Sociedad Española del Dolor), SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Palaitivos), EAPC (European Association for Palliative Care), IAHPC (International Association for Hospice and Palliative Care) y ALCP (Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos).

Dra. Mariela Bertolino

- Coordinadora de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital E. Tornú-Fundación FEMEBA, Ciudad de Buenos Aires.
- Coordinadora Docente Programa Argentino Medicina Paliativa Fundación FEMEBA
- Docente en Cuidados Paliativos, Área postgrado Universidad Católica Argentina
- Co-Coordinadora de la Red de Cuidados Paliativos, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Presidente de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos

Párrafo de trayectoria:

Médica clínica. Inició su capacitación en Cuidados Paliativos en Edmonton, Canadá en 1992. Continuó la formación y experiencia profesional en el Centro de Cuidados Paliativos de l'Hôtel-Dieu. Paris, Francia hasta el año 1995 realizando:

1. Beca de la Escuela Europea de Oncología para la formación en Cuidados Paliativos
2. Diploma Universitario en Cuidados Paliativos, Facultad Broussais-Hôtel Dieu, Universidad Pierre et Marie Curie. Paris, Francia.
3. Diploma Universitario en Oncología Clínica. Facultad Saint Antoine, Universidad Pierre et Marie Curie. Paris, Francia.

Desde 1996 es Coordinadora Médica de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital E. Tornú- Fundación FEMEBA Ciudad de Buenos Aires, centro interdisciplinario de asistencia, capacitación e investigación.
Dicha Unidad, como parte del Programa Argentino de Medicina Paliativa de la Fundación FEMEBA recibió el reconocimiento de la IAHPC como programa institucional en 2004. Es sede de rotaciones de un gran número de profesionales del equipo de salud, de la Concurrencia Médica Postbásica de Cuidados Paliativos y de la Residencia Interdisciplinaria de CP.
Fue Secretaria Científica y miembro del Consejo Editorial del Boletín Científico de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos y es su actual Presidente.
Actualmente participa como Co-Coordinadora de la Red de Cuidados Paliativos, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, experiencia que tiene por objetivo favorecer el desarrollo conjunto de todos los equipos de CP de los Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.

Dra. Maria Nabal

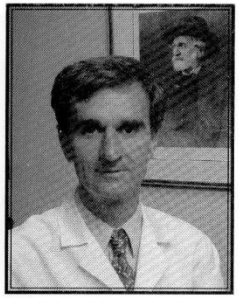
Nació en San Sebastián el 7 de Enero de 1963. Se licenció en Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco en 1989. Completó la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en la Unidad docente de Zaragoza (Hospital Universitario Miguel Servet y Centro de Salud Arrabal) en 1993. Inició su formación en Cuidados Paliativos en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid en 1993.
En enero de 1994 comenzó a trabajar en el ámbito sociosanitario de Lérida.
Hizo Master en Medicina Paliativa en la Universidad de Barcelona en 1998.
Obtuvo el título de Doctora en Medicina en el año 2001 con el trabajo titulado "Factores clínicos, biológicos e inmunológicos con carácter pronóstico en el enfermo con cáncer en situación de enfermedad terminal".

Es miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos desde 2000. Fue miembro de la Junta directiva de la Sociedad Catalana-Balear de Cuidados Paliativos desde el año 2000 al 2004. Es miembro de la Comisión Deontológico del Colegio Oficial de Médicos de Lleida desde enero 2004 y miembro de la Comisión Permanente del Pla Director d'Oncologíi de Catalunya constituido en octubre 2004.

La Dra Nabal es directora de la revista oficial de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: "Medicina Paliativa" desde enero del 2002.
Ha compaginado las labores asistenciales con la actividad docente tanto pregrado como postgrado relativas a los cuidados paliativos y es tutora hospitalaria de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Universitario Arnau de Vilanova.

Ha publicado diversos trabajos relacionados con los cuidados paliativos en revistas como: Medicina Clínica, Journal of Pain and Symptom Management, Palliative Medicine así como participación en grupos cooperativos tanto nacionales como internacionales.
En Octubre de 2004 fue premiada por el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña con uno de los galardones a la Excelencia Profesional en el ámbito Socio Sanitario.

Participo en el Comité Científico del Foro de Investigación de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos.



Eduardo Bruera, MD

Nació en Argentina. Recibió el título de medicina en 1979 y se entrenó en oncología clínica en ese país. En 1984 se mudó a Canadá y desde esa fecha hasta 1999, trabajó en el Cross Cancer Institute y en la Universidad de Alberta en la ciudad de Edmonton. Allí ayudó a desarrollar la División de Medicina y Cuidado Paliativo y el Programa Regional de Cuidados Paliativos de Edmonton.

Desde 1999 trabaja en el University of Texas M. D. Anderson Cancer Center en Houston, Texas donde actualmente tiene el cargo de F.T. McGraw Chair en el Tratamiento del Cáncer y Jefe del Departamento de Cuidados Paliativos y Rehabilitación.

Entre las áreas de interés del Dr. Bruera están el dolor por cáncer, caquexia, fatiga, delirio, comunicación e investigación en resultados en Cuidados Paliativos. Tiene especial interés en el desarrollo global de los Cuidados Paliativos y ha colaborado durante varios años con la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud y sirvió como Presidente de la Junta de la Asociación Internacional de Cuidados Paliativos (2,000-2,004). Además de de haber publicado mas de 700 manuscritos, resúmenes y capítulos, el Dr. Bruera ha entrenado cientos de médicos quienes están practicando Cuidados Paliativos alrededor del mundo.

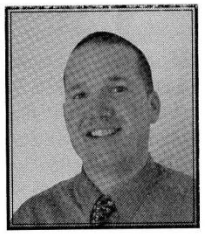
El Dr. Bruera es reconocido como uno de los líderes mundiales en Cuidados Paliativos.

Marta Ximena León

Colombiana. Graduada de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, con postgrado en Anestesiología de la misma Universidad. Observer Fellow in Pediatric Anesthesia del Children´s Hospital of Philadelphia. Subespecilidad en Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología. Especiliasta en Educación Médica de la Universidad de La Sabana en Bogotá. Actualmente Coordinadora del grupo de Cuidados paliativos de la Universidad de La Sabana. Directora del grupo de investigación de Cuidados Paliativos avalado por Colciencias. Docente de Fisiología y del énfasis en Cuidados Paliativos para estudiantes de pregrado de la Universidad de la Sabana.

Dr. Javier Rocafort

El Dr. Rocafort tiene título de médico general con maestría universitaria en Cuidados Paliativos. Realizó su tesis doctoral sobre "Desarrollo de los Cuidados Paliativos en Europa".
Trabajó durante una década en el programa de Cuidados Paliativos en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona y fue responsable del equipo de atención domiciliaria en ese hospital durante 7 años.
Desde 2003 es coordinador del programa regional de cuidados paliativos del Servicio de Atención Socio Sanitaria en Extremadura, España.
Es miembro de la junta directiva de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) desde 2000 y director de la página Web de la organización desde 2002, con más de 3000 usuarios registrados y 43.000 hits diarios.
El Dr. Rocafort es miembro del grupo de trabajo sobre "Desarrollo de los Cuidados Paliativos en Europa", de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) y presidente del comité científico de las VII Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos.



Profesor David Currow

El Profesor David Currow es actualmente Chair of Palliative and Supportive Services en Flinders University, Adelaide, Australia y Director de Southern Adelaide Palliative Care Services. Es Presidente de Palliative Care Australia y Presidente de la Sociedad de Oncología Clínica de Australia.

Anteriormente fue Director de la Fundación Nepean Cancer Care Centre y Director de Cuidados Paliativos para Wentworth Area Health Service en Sydney.

El Profesor Currow combina la práctica clínica con la educación y la investigación. Las áreas de investigación incluyen el mejoramiento de la calidad de la evidencia necesaria para las decisiones médicas en Cuidados Paliativos.

También trabaja en la definición e identificación de las poblaciones que mas se benefician de los servicios interdisciplinarios en Cuidados Paliativos y en encontrar qué le sucede a los prestadores de salud que no proveen Cuidados Paliativos en enfermedades terminales.

Jimmie C. Holland, M.D.

La Dra. Holland obtuvo su título de medicina en la Universidad de Baylor y se entrenó en psiquiatría en San Luis y Boston. Es Jefe del Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento y tiene el título de Wayne E. Chapman Chair en Psiquiatría Oncológica en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center en Nueva York. Es profesora y Vice Chair del Departamento de Psiquiatría del Colegio Medico Weill, en la Universidad de Cornell. Bajo su liderazgo, el grupo de psiquiatría en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center ha sido un bastión en el entrenamiento de clínicos e investigadores en el campo de la psico-oncología. El Memorial es el centro en EEUU de más investigación y entrenamiento en psiquiatría oncológica y psico-social. A partir de los 70's, la Dra. Holland llevó a cabo los primeros estudios epidemiológicos relacionados a la prevalencia y naturaleza de problemas psico sociales en los pacientes con cáncer. En la medida que el campo fue desarrollándose, su misión se ha ampliado para abarcar dos dimensiones: los problemas psicológicos que afectan a los pacientes con cáncer, sus familias y el grupo de Cuidado oncológico; y, los factores de comportamiento, sociales y psicológicos que afectan la supervivencia y el riesgo del cáncer.

La Dra. Holland estableció el primero comité de Psico-Oncología en 1977, como parte de un grupo de investigación del Instituto Nacional del Cáncer de los EEUU que recogió las primeras medidas de calidad de vida como una variable importante en el desarrollo de nuevos agentes oncológicos. Fue Presidente Fundadora de la Sociedad Internacional de Psico-Oncología en 1984 y de la Sociedad de Psico-Oncología Americana en 1986.

Es la editora jefe de los textos de psico-oncología, The Handbook of Psychooncology, publicado en 1989, y Psycho-Oncology, en 1998, publicados por Oxford University Press Fundó y es co-editora de la primer revista científica en el tema, Psycho-Oncology, en 1992.

El Instituto de Medicina de los EEUU la eligió como miembro en 1995 y es presidente del Panel sobre Manejo de Distrés de la Red Nacional de Cancer que ha promulgado las primeras guías clínicas para el manejo psico social en cáncer. Hace parte de comités y juntas editoriales para el Instituto Nacional del Cáncer de los EEUU, el Instituto de Medicina y la Sociedad Americana Contra el Cáncer.

Dra. Lisbeth Quesada

Nacionalidad: Costarricense
Profesión: Médico Cirujano
- Directora Clínica de Cuidados Paliativos y Control del Dolor Hospital Nacional de Niños

I Titulaciones:
- Licenciada en Medicina y Cirugía Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica
-Post-grado en Perfeccionamiento en Cuidados Paliativos, Universidad El Salvador, Buenos Aires, Argentina & Centro Internacional de Cuidados Paliativos, Universidad de Oxford, Inglaterra.
- Bachillerato en Artes Dramáticas, Facultad de Bellas Artes, Universidad de Costa Rica
- Penúltimo año Bachillerato en Historia, Escuela de Historia y Geografía, Universidad de Costa Rica

II. Estudios Realizados
1984 Licenciatura en Medicina y Cirugía Universidad de Costa Rica
1984 Título Profesional de Doctora en Medicina y Cirugía
1986 Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica Inscripción formal como médico cirujano
1987 Becada Fulbright por el Gobierno de Estados Unidos para entrenamiento en pacientes terminales y sus familias. Control del dolor.
Mayo 1993 Rotación en el Servicio de Dolor, Departamento de Neurología del Hospital Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Enfasis en niños.
Agosto 2000 a Mayo 2001 Curso de Perfeccionamiento en Cuidados Paliativos, Post grado. Pallium, Universidad El Salvador, Buenos Aires, Argentina y Centro Internacional de Cuidados Paliativos, Universidad Oxford, Inglaterra. **Primer Promedio Latinoamericano**.

III. Experiencia Laboral
1990 – A la fecha: Jefe, Clínica de Cuidado Paliativo, Hospital Nacional de Niños
1991 -1992: Delegada Ejecutiva de la Fundación Vida
1992/94:Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud I.L.P.E.S.
- Coordinadora Programas de la Mujer
- Coordinadora del Programa de Género, 1994

- Asesora del programa Línea Con Voz, 1994
- Atención de pacientes con VIH/SIDA y trabajadoras del sexo,1994
- Participó en la investigación sobre el uso del condón femenino en trabajadoras del sexo, financiada por Family Health, 1995
- Impartió los cursos (1994-1996):
-Tanatología I y II. 72 horas
-Prevención del VIH/SIDA a damas voluntarias de los hospitales y funcionarios / as de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, 72 horas
-Cuidados paliativos a pacientes con SIDA, 72 horas

2000-2005 Directora del Primer Albergue de Cuidado Paliativo Pediátrico De América Latina, (Albergue San Gabriel)

2002 - 2005 Miembro de la Junta Directiva de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, Período 2002-2004.

Junio 2003 a Agosto 2005 Miembro de la Asamblea General del Instituto Costarricense Contra el Cáncer (ICCC)
Agosto 2005 a la fecha Defensora de los Habitantes de la República de Costa Rica

Reconocimientos entre otros:
Diciembre 2000 Children International Hospice (ChIPPS) Comité que trabaja en competencia y capacidad de Decisión de los niños que enfrentan una enfermedad Terminal Reunión de Brunswick, Georgia, U.S.A.
Noviembre 2002 PREMIO Elizabeth Kübler – Ross Children's Hospice International. POR UNA CONTRIBUCIÓN SOBRESALIENTE AL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN COSTA RICA
Marzo 2003 Miembro del "International Advisory Council" del Children's Hospice International, Alexandria, Virginia, USA.

Febrero 2003 Co-Chairman for Children's Hospice International 5 th World Congress" Completing the Circle of Care".
Octubre 2003 RECONOCIMIENTO hecho por: La Defensoría de los Habitantes, Gobierno de Finlandia, Universidad de Costa Rica, Universidad Nacional, CONARE, Universidad Estatal a Distancia.

Por su labor pionera en el campo de los Cuidados Paliativos en Costa Rica, reconociendo su importante aporte en la defensa de los derechos de las niñas y niños con enfermedades terminales.

Abril 2005 Candidata al Puesto de la Defensoría de los Habitantes de la República de Costa Rica, obteniendo el Primer Lugar luego del del escrutinio.

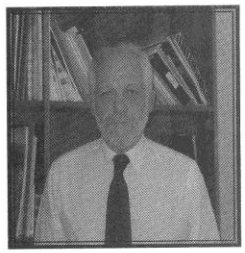
Liliana De Lima

Es de Cali, Colombia y vive en Houston desde hace 10 años. Su profesión de base es la psicología clínica. Tiene Maestrías en Psicología Clínica y en Administración y Gestión de Salud y es candidata un Doctorado en Políticas y Gestión en Salud.

En 1988 fundó en La Viga, al sur de Cali, el primer programa interdisciplinario de hospitalización para pacientes terminales que se convirtió en un sitio de referencia para otros programas y países.

En 1995 se mudó a los Estados Unidos. Fue becaria en Legislación y Políticas de la Universidad de Wisconsin durante 1997. En 1998 fue nombrada como enlace en Cuidados Paliativos para América Latina por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) donde trabajó durante dos años en la creación de un marco referencial para el programa de Cuidados Paliativos para la Región. Desde 2003 es miembro del comité de expertos en Drogas y Dependencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Desde Agosto de 1999 es la directora de la Asociación Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC). Es miembro fundador y actual presidente de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP). A través de la IAHPC y la ALCP, Liliana ha movilizado recursos para el desarrollo de programas de cuidados paliativos en Latinoamérica y el avance de los mismos dentro de las políticas de salud en los países.



Dr. Roberto Wenk

Obtuvo su titulo de médico en la Universidad del Litoral, Argentina, y obtuvo el Diploma de Anestesiólogo en el Colegio de Médicos de Rosario, Argentina, en 1974.
Se instalo en San Nicolás, Argentina, en 1975 donde trabajo como anestesiólogo hasta 1994. Desde 1983 se intereso en Cuidado Paliativo, y con un grupo de voluntarios de LALCEC (Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer) San Nicolás, desarrollo el Programa Argentino de Medicina Paliativa (PAMP).
En 1994, unió el PAMP a FEMEBA (Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires) y se inició un proyecto colaborativo para desarrollar un programa de educación en Cuidados Paliativos.

El PAMP combina actividad asistencial y docente con el objetivo de colaborar con la implementación del CP en el país.
Ofrece asistencia con diferentes niveles de complejidad según los recursos y de las necesidades del paciente: desde asistencia 24x7 a cargo de equipos multiprofesionales en unidades con internación específica (UCP Sommer y UCP Tornú) hasta asistencia en domicilio a cargo de cuidadores responsables asistidos por los equipos.

Desde 1997 desarrolla cursos anuales universitarios de post-grado con práctica clínica guiada para profesionales sanitarios, y también cursos para entrenar voluntarios no-profesionales en diferentes tareas relacionadas con el Cuidado Paliativo. Desde el 2005, en colaboración con el CEDAR (Universidad de Calgary, Canadá) dicta también cursos a distancia de Cuidados Paliativos para médicos y enfermera(o)s.

El Dr. Wenk ha publicado numerosos artículos y editado diferente material educativo. Es Editor de la Circular de la ALCP (Asociación Latinoamericana de Cuidado Paliativo) y miembro de los Consejos Editoriales de Palliative and Supportive Care, Journal of Palliative Care y Medicina Paliativa.

Es miembro fundador de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidado Paliativo (AAMyCP) y de la Asociación Latinoamericana de Cuidado Paliativo (ALCP). Fue Presidente de la AAMyCP por dos períodos y de la ALCP por un período.

El Dr. Wenk esta casado con Delia, y tienen tres hijos: Federico, Sebastián y Francisco. Noviembre 2005

Dra. Patricia Bonilla

Es de Caracas, Venezuela, graduada de médico cirujano en la Universidad Central de Venezuela, Escuela Vargas, realizó post grado en anestesiología, egresando del Hospital Miguel Pérez Carreño de Caracas, posteriormente realizó el entrenamiento en manejo y tratamiento del dolor en el Hospital Militar Carlos Arvelo. Desde 1995 se interesó por los Cuidados Paliativos realizando una visita en 1998 por la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos de la Fundación Santa Fé y el Cancerológico de Bogotá, siendo este el modelo que la impulsó para la formación de la unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Vargas de Caracas y posteriormente del Instituto Oncológico Luís Razetti, el cual es el Centro de Referencia Nacional de Cáncer. Desde el año 2001 es directora del entrenamiento de cuidados paliativos de un año de duración para médicos especialistas, logrando en el 2002 el reconocimiento universitario del curso de ampliación de cuidados paliativos, obteniendo el financiamiento a través de becas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, durante 4 años ha sido colaboradora de la División de Oncología del Ministerio de Salud para desarrollar el Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Ha dedicado parte de su tiempo no solo a la enseñanza de post-grado sino también a curso de enfermería para el manejo del dolor y cuidados paliativos. Inicio el programa de atención domiciliaria atendida por los paliativistas del Instituto Oncológico Luís Razetti y los residentes . En Octubre del 2005 ganadora de una beca ofrecida por el Gobierno Español Extremeño y la Asociación Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC), donde obtuvo conocimientos de gestión y desarrollo de los cuidados paliativos a nivel primario , gracias a esto diseñó el programa de la Red Metropolitana de Cuidados Paliativos de la Alcaldía de Caracas, el cual fue aceptado en Febrero del 2006, actualmente en desarrollo.
Ha formado parte integrante de la junta directiva de la Asociación Venezolana para el Estudio del dolor (AVED) desde hace 8 años y actualmente es su presidente. Durante este tiempo desarrolló en conjunto con la junta directiva y la Fundación Apoyo y Presencia, una propuesta para la inclusión del tratamiento del dolor y los Cuidados Paliativos en la nueva Ley de Salud la cual está en discusión. Trabajando con la comisión de currículo de pregrado de la Escuela Vargas de Medicina para tratar de incluir los temas de dolor y cuidados paliativos.
En la actualidad es Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Oncológico Luis Razetti de Caracas, directora del curso de ampliación universitario de Cuidados Paliativos , Sub- directora del Instituto Oncológico Luís Razetti, Presidente de la Asociación Venezolana para el Estudio del Dolor (AVED) y presidente de la Fundación Desarrollo, Apoyo e Investigación a los Cuidados Paliativos (FUNDAICP).

Jorge Hugo Eisenchlas

Casado con Elena; padre de 4 hijos. Nacido en 1957 en Quilmes, pueblo cercano a la ciudad de Buenos Aires. Cursó sus estudios iniciales en la escuela pública local, ingresando a los 17 años a la Universidad de Buenos Aires, donde se graduó como médico en 1980.
Finalizada su residencia en Medicina Interna continuó su labor en dicha especialidad y en el ámbito de la Terapia Intensiva, al tiempo que exploró áreas relacionadas con las ciencias sociales, tales como filosofía y psicoanálisis, y artísticas, cursando estudios de dirección cinematográfica.

La asistencia de una paciente que se hallaba en el final de la vida lo llevó a contactarse con los CP. Realizó su capacitación formal en esta disciplina ingresando más tarde a la Sección Cuidados Paliativos del "Hospital B. Udaondo". Ya dedicado por completo a los CP, obtuvo su Diploma y luego un Master in Sciences en Medicina Paliativa en la Universidad de Cardiff, Reino Unido.

Es miembro fundador de Pallium Latinoamérica, institución con fuerte dedicación a la docencia e investigación y que desarrolla un Programa de Asistencia Domi-ciliaria en CP para pacientes carenciados. Fue secretario científico y luego presidente de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos. Obtuvo capacitación en metodología de la investigación a nivel local y en el Reino Unido. Es miembro de distintas sociedades científicas, Profesor de Medicina Paliativa y de Metodología de la Investigación en la Universidad del Salvador, de la ciudad de Buenos Aires, Becario del Consejo de Investigación de dicha ciudad y redactor de la Columna de Investigación de la ALCP.

Más allá de la práctica asistencial, se halla inmerso en la investigación en CP, siendo sus temas de especial interés los vinculados a la evaluación y efectividad de los CP en América Latina, aspectos transculturales en el final de la vida y control de síntomas digestivos; auditoría clínica y gestión de calidad.

Dr. Cecilia Sepúlveda, MD, MPH

Coordinator Programme on Cancer Control
World Health Organization, Geneva

In 2000 as a result of a public application, Dr. Sepulveda was appointed, coordinator of the WHO Programme on Cancer control. In the context of this programme, her main role has been to coordinate efforts to assist low and middle-income countries in developing effective and efficient comprehensive cancer control programmes that will contribute to the reduction of the cancer burden and to the improvement of quality of life of patients and their families.

Graduated from the school of medicine , University of Chile, Santiago, Chile in 1977. Worked for five years as a general practitioner in a primary health care setting in a poor community in Santiago. In 1982 was awarded a scholarship in public health and in 1983 received the degree of master in public health

From then on all her work and experience has been related to the design, development and evaluation of cancer control programmes from a public health perspective. From 1985 to 1998 was in charge of the National Cancer Control Programme in Chile which was developed within the WHO framework. During that period she coordinated tobacco control activities, cervical and breast cancer early detection programmes and initiated palliative care activities integrated into the care of cancer patients.

Conferencistas Plenarias

Dr. Emilio Herrera Molina
- Director General de Atención Socio Sanitaria y Salud
- Servicio Extremeño de Salud (SES)
- Junta de Extremadura - Ministerio Regional de Salud Mérida; España

Dra. Argelia Lara
- Programa de Cuidados Paliativos
Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán México DF.

Dra. Mariela Bertolino
- Coordinadora Unidad Cuidados Paliativos Hospital Tornú-Fundación FEMEBA
- Programa Argentino de Medicina Paliativa Buenos Aires; Argentina

Dra. Martha Ximena León
Directora Programa de Cuidados Paliativos Universidad de la Sabana, Bogotá; Colombia

Dra. Patricia Bonilla
- Directora Programa de Cuidados Paliativos Instituto Oncológico Luis Razetti Caracas; Venezuela

Dra. Maria Nabal
Editora Jefe Medicina Paliativa
Editorial Arán, España

Dr. Eduardo Bruera
- FT Mc Graw Chair
- Director Department of Palliative Care and Rehabilitation Medicine
- UT MD Anderson Cancer Center Houston; EEUU

Dra. Lisbeth Quesada Tristán
- Directora Fundación Pro Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital de Niños de Costa Rica
- Defensora de los Habitantes San José; Costa Rica

Dra. Maria Elena Marin
- Servicio Infectología y Unidad VIH-SIDA Hospital Vargas de Caracas, Venezuela.

Dr. Javier Rocafort
- Coordinador del Programa Regional de Cuidados Paliativos
- Servicio Extremeño de Salud (SES)
- Director página web Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Mérida; España

Dr. David Currow
- Director International Institute of Palliative and Supportive Studies
- Profesor Cuidados Paliativos Universidad de Flinders Adelaida, Australi

Dra. Jimmie Holland
- Chair in Psychiatric Oncology
Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento
- Memorial Sloan-Kettering Cancer Center Nueva York; EEUU

Conferencistas Plenarias

Dra. Liliana De Lima
- Presidente
Asociación Latino Americana de Cuidados Paliativos
- Directora Ejecutiva
International Association for Hospice and Palliative Care, Houston; EEUU

Dra. Cecilia Sepúlveda
- Directora
Programa Mundial para el Control del Cáncer
Organización Mundial de la Salud (OMS)
Ginebra; Suiza

Dr. Jorge Eisenchlas
- Médico del Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Nacional de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo"
- Profesor de Metodología de la Investigación y de Medicina Paliativa de la Universidad del Salvador.
- Investigador Asociado de Pallium Latinoamérica.

Dr. Roberto Wenk
- Director
Programa Argentino de Medicina Paliativa
Fundación FEMEBA, Buenos Aires; Argentina

MARZO 22 - MIERCOLES – Sesión de la Mañana

7:00AM a 5:00PM INSCRIPCIONES

CONFERENCIAS MAGISTRALES - SALÓN A

8:00 a 8:15 AM **Inauguración Congreso**
Palabras de Bienvenida Dra. Patricia Bonilla (Venezuela)

8:15 a 8:30 AM **Saludo Autoridades Sanitarias** Dra. Asia Villegas (Vzla).

8:30 a 9:00 AM **Perspectiva de la OMS sobre los Cuidados Paliativos**
Dra. Cecilia Sepúlveda (Suiza)

9:00 a 9:30 AM **Visión de los Cuidados Paliativos en América Latina:**
Como medimos el éxito. Dra. Liliana De Lima (EEUU)

9:30 a 10:00AM **Inserción de los Cuidados Paliativos en las Políticas de Salud: Retos y Estrategias** Dr. Emilio Herrera (España)
Moderadora: Dra. Patricia Bonilla (Venezuela)

10:00 a 11:00AM. Pósteres - Café

SESIONES SIMULTÁNEAS

11:00 a 12:45PM

Salón A **Educación de pregrado y postgrado en Cuidados Paliativos**
Coordinador: Dra. Martha Ximena León (Colombia)
Dra. Maria Elena Restrepo (Colombia)
Dr. Roberto Wenk (Argentina)
Dr. Eduardo García Yanneo (Uruguay)

Salón B **Aspectos Psicosociales en enfermedades crónicas degenerativas**
Coordinador: Dr. Oscar Vidal (Perú)
Lic. Mercedes Franco (Colombia)

Salón C **Impacto de la Enfermedad Terminal en el equipo de Salud**
Coordinador: Dr. Fabio Fuenmayor (Venezuela)
Dra. Maria Antonieta Lombarda (Venezuela)
Dra. Purificación Prieto (Venezuela)

Salón D **Bioética y Cuidados Paliativos**
Coordinador: Dr. Gabriel d´Empaire (Venezuela)
Lic. Elizabeth Piña de Vásquez (Venezuela)
Dra. Maria del Rosario Berenguel (Perú)

12:45 a 2:00PM – ALMUERZO

MARZO 22 – MIERCOLES – Sesión de la Tarde

CONFERENCIAS MAGISTRALES - SALÓN A

2:00 a 2:30 **Investigación en Cuidados Paliativos**
Dr. Jorge Eisenchlas (Argentina)

2:30 a 3:00 **La publicación como herramienta para el desarrollo de los Cuidados Paliativos** Dra. Maria Nabal (España)

3:00 a 3:30 Discusión
Moderadora: Dra. Mariela Bertolino (Argentina)

3:30 a 3:45 Receso - Café

SESIONES SIMULTÁNEAS

3:45 a 5:15PM

Salón A **Manejo Integral de las Metástasis óseas**
Coordinador: Dr. Juan Fernando Suazo Casanova (Perú)
Dr. Gustavo Sarria Bardales (Perú)
Dr. Guillermo Salvatierra (Perú)

Salón B **Piel; Oncología y Cuidados paliativos**
Coordinadora: Dra. Mariela Hidalgo Hernández (Venezuela)
Dra. Paola Pasquali (Venezuela)
Dr. Benjamín Trujillo (Venezuela)

Salón C **Cuidado del Cáncer avanzado en América Latina: Estudio de 5 Países.**
Coordinadora: Dra. Isabel Torres (EEUU)
Dra. Liliana De Lima (EEUU)

Salón D **Cuidados Paliativos de pacientes en situación de extrema pobreza.**
Coordinador: Dr. Alain Alejandro Zamalloa Becerra (Perú)
Dr. Luís Gustavo Palomino Carrasco (Perú)

Salón E **Aspectos psicológicos y espirituales al final de la vida**
Coordinadora: Dra. Adriana Benítez (Venezuela)
Lic. Mercedes Franco (Colombia)
Dr. Mauricio Murillo (EEUU)

7:30 a 9:30 PM COCTEL DE BIENVENIDA

MARZO 23 – JUEVES – Sesión de la Mañana

7:00AM a 5:00PM INSCRIPCIONES

CONFERENCIAS MAGISTRALES - SALÓN A

8:00 a 8:30 **Satisfacción con los Cuidados Paliativos: Desafíos en su Evaluación** Dra. Mariela Bertolino (Argentina)

8:30 a 9:00 **Tratamiento de la Disnea Basado en la Evidencia**
Dr. David Currow (Australia) (Traducción simultánea)

9:00 a 9:30 **Psico Oncología en Cuidados Paliativos**
Dra. Jimmie Holland (EEUU) (Traducción simultánea)

9:30 a 10:00 Discusión
Moderador: Dr. Cisio Brandao (Brasil)

10:00 a 11:00 Posters - Café

SESIONES SIMULTÁNEAS

11:00 AM a 12:45PM

Salón A **El final de la vida: Acompañamiento Bio Psico Social y Espiritual**
Coordinador: Dr. Julio Vicente Pérez (Venezuela)
Lic. Maria Cristina Ramos(Venezuela)
Lic. Ligia Houben (EEUU)
Dr. Lisandro López- Herrera (Venezuela)

Salón B **Comisión de Psico-oncología en Cuidados Paliativos para América Latina (sesión especial)**
Coordinadora: Lic. Ana Carolina Monti (Argentina)
Dra. Jimmie Holland (EEUU)
Dr. Mauricio Murillo (EEUU) (Traducción simultánea)

Salón C Cuidados Paliativos en Enfermería Pediátrica y Adultos
Coordinadora: Lic. Erika Vivas
Lic. Mariana Pulgar (Venezuela)

Salón D **Cuidados Paliativos Pediátricos**
Dra. Carolina Kamel (Venezuela)
Luz Hidela Patiño (Venezuela)
Dra Rut Kiman (Argentina)

12:45 a 2:00PM **ALMUERZO - CONFERENCIA** Laboratorios Nolver
Tumores y complicaciones en el uso de opioides
Dra. Marnie Lozada

MARZO 23 – JUEVES – Sesión de la Tarde

CONFERENCIAS MAGISTRALES - SALÓN A

2:00 a 2:30 **Traduciendo la Evidencia a la Práctica en Cuidados Paliativos** Dr. David Currow (Aust.) (Traducción Simultánea)

2:30 a 3:00 **Indicadores de Calidad de Atención en Cuidado Paliativo**
Dr. Javier Rocafort (España)

3:00 a 3:30 Discusión
Moderador: Dra. Marta Ximena León (Colombia)

3:30 a 3:45 PM Receso - Café

SESIONES SIMULTÁNEAS

3:45PM a 5:15 PM

Salón A **Medicina Familiar y Cuidados Paliativos**
Coordinadora: Dra. Osiris Urbano (Venezuela)
Dra. Mariela Hidalgo (Venezuela)
Adriana Benítez (Venezuela)

Salón B **Manejo del Dolor Neuropático**
Coordinador: Dr. Oscar Ariel Vidal Padilla (Perú)

Salón C **Perspectiva bioética en Cuidados Paliativos pediátricos**
Coordinadora: Dra. Lisbeth Quesada (Costa Rica)
Dra. Carolina Kamel (Venezuela)

Salón D **Desarrollo y formación de Programas y Asociaciones Nacionales de Cuidados Paliativos**
Coordinador: Dr. Roberto Wenk (Argentina)
Dr. Stephen Connor (EEUU)
Dr. Javier Rocafort (España) (Traducción simultánea)

Salón E **Rehabilitación en Cuidados Paliativos**
Coordinadora: Dra. Leonor Hernández (Venezuela)
Dra. Claudia Agamez (Colombia)
Sandra Torres (Venezuela)

5:30 – 7:00 PM **ASAMBLEA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE CUIDADOS PALIATIVOS (ALCP)**

MARZO 24 – VIERNES – Sesión de la Mañana

7:00AM a 5:00PM INSCRIPCIONES

CONFERENCIAS MAGISTRALES - SALÓN A

8:00 a 8:30 **El sufrimiento en el final de la vida: La perspectiva de un médico**
Dr. Roberto Wenk (Argentina)

8:30 a 9:00 **Cuidado Paliativo en el Paciente con Enfermedad Crónica Pulmonar**
Dra. Martha Ximena León (Colombia)

9:00 a 9:30 **Medidas de soporte sintomático y psico social.**
Dr. Eduardo Bruera (EEUU)

9:30 a 10:00 **Discusión** Moderadora: Dra. Claudia Morón (Venezuela)

10:00 a 11:00 Pósteres – Café

SESIONES SIMULTÁNEAS

11:00 a 12:45PM

Salón A **Cuidados Paliativos interdisciplinares para pacientes oncológicos em serviço terciário e quaternário**
(Sesión en Portugués)
Coordinador: Dr. Aldo L.A. Dettino (Brasil)
Dra. Ana Lucia Teodoro (Brasil)
Dr. Cisio O. Brandao (Brasil)

Salón B **Experiencias de atención domiciliaria en Latinoamérica**
Coordinadora: Dra. Claudia Trujillo (Colombia)
Lic. Ana Carolina Monti (Argentina)

Salón C **La Investigación en Cuidados Paliativos: Donde estamos y hacia donde vamos**
Coordinador: Dra. Maria Cristina Reyes (Cuba)
Lic. Coralia Massip (Cuba)
Dr. Iván Justo Roll (Cuba)

Salón D **Consultaría y Triaje de enfermería: Valoración de los pacientes con dolor y otros síntomas en Cuidados Paliativos**
Coordinadora: Lic. Marlene Esther Goyburo Molina (Perú)

Salón E **La metadona como primera línea de tratamiento en dolor por cáncer**
Coordinadora: Dra. Belkis Vásquez (Venezuela)
Dr. Eduardo Bruera (EEUU)
Dra. Lisbeth Quesada (Costa Rica)

12:45 a 2:00PM ALMUERZO - CONFERENCIA Lab. Pfizer
Nuevas Alternativas en dolor Neuropatico

MARZO 24 – VIERNES – Sesión de la Tarde

CONFERENCIAS MAGISTRALES - SALÓN A

2:00 a 2:30 PM **Cuidados Paliativos en VIH/SIDA**
Dra. Maria Elena Marin (Venezuela)

2:30 a 3:00 PM **De capullo a mariposa: La transformación de los niños en fase terminal.**
Dra. Lisbeth Quesada (Costa Rica)

3:00 a 3:30 PM **Discusión**
Moderadora: Lic. Mercedes Franco (Colombia)

3:30 a 3:45 Receso – Café

SESIONES SIMULTÁNEAS

3:45 a 5:15 PM

Salón A **Novedades en Opioides**
Coordinadora: Dra. María del Rosario Berenguel (Perú)
Dr. Eduardo Bruera (EEUU)
Dr. Juan Diego Harris (EEUU)

Salón B **Comunicación y Perdón al final de la vida**
Coordinadora: Dra. Lisbeth Quesada (Costa Rica)
Como hablar sobre la muerte a los niños en Cuidado Paliativo pediátrico
Lic. Noemí Diaz (Argentina)
El valor del perdón al final de la vida

Salón C **Cuidados de enfermería en la agonía del enfermo en fase terminal**
Coordinadora: Lic. Elba Elena Suárez (Venezuela)
Lic. Reinaldo Zambrano (Venezuela)
Lic. Lilia Betancourt (Venezuela)

Salón D **Gestión en Cuidados Paliativos: Qué puede hacer un trabajador de la salud?**
Coordinador: Dr. Emilio Herrera Molina (España)
Dra. Liliana De Lima (EEUU)

8:00 PM **NOCHE DE LAS NACIONES**

MARZO 25 - SABADO

CONFERENCIAS MAGISTRALES - SALÓN A

8:00 a 8:30AM **Manejo de dolor en pacientes con HIV/SIDA.**
Dra. Argelia Lara (México)

8:30 a 9:00AM **Caquexia y Fatiga**
Dr. Eduardo Bruera (EEUU)

9:00 a 9:30AM **Cuidados Paliativos en Cáncer Ginecológico**
Dra. Patricia Bonilla (Venezuela)

9:30 a 10:00AM **Discusión**
Moderadora: Dra. Ángela Montañez (Venezuela)

10:00 a 11:00AM. Pósteres – Café

SESIONES SIMULTANEAS
11:00 a 12:45PM

Salón A **Metodología para publicación de trabajos científicos**
Coordinadora: Dra. María Nabal (España)
Dr. Eduardo Bruera (EEUU)

Salón B **Enseñanza y aplicación de los Cuidados Paliativos: un reto de nuestros tiempos**
Coordinador: Dr. Alfredo Espinosa Roca (Cuba)
Dra. Maribel Misa Menéndez (Cuba)

Salón C **Terapias de Intervención en Cuidado Paliativo**
Coordinador: Dr. Frantz Colimon (Colombia)
Juan Diego Harris (EEUU)

Salón D **El internet como herramienta para el desarrollo de los Cuidados Paliativos**
Coordinador: Dr. Javier Rocafort (España)
Dr. Roberto Wenk (Argentina)

Salón E **Espiritualidad en Cuidados Paliativos**
Coordinador: Dr. Esteban Montilla (Venezuela)
Dr. Edgar Zabaleta (Venezuela)
Dr. Fabricio Andrade (Venezuela)

CLAUSURA - SALÓN A

12:45 a 1:00PM **Nuevos integrantes Comisión Directiva Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) y proyectos futuros de la ALCP.** Dra. Liliana De Lima (EEUU)

1:00 a 1:15 PM **Entrega de Premios a los mejores pósteres.**
Dr. Eduardo García Yanneo (Uruguay)

1:15 a 1:30 PM **Conclusiones y Clausura.**
Dra. Patricia Bonilla (Venezuela)

Resumen Conferencias Magistrales

"INSERCIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LAS POLÍTICAS DE SALUD DEL ESTADO: RETOS Y ESTRATEGIAS"

Dr. Emilio Herrera Molina

Los Cuidados Paliativos (CP) pueden ser impulsados por el esfuerzo y la voluntariedad de organizaciones y grupos de profesionales, pero sólo su desarrollo dentro de las políticas públicas de salud, los convierten en garantía para sus ciudadanos, y demuestran la implicación de los gobiernos, en aliviar el sufrimiento de su pueblo.

El cambio de enfoque estratégico en España, ha favorecido que, tras veinte años de debate, los Cuidados Paliativos hayan pasado de ser considerados una oferta caritativa, a ser establecidos como un derecho. Inicialmente, el marco fue dibujado por el Plan Nacional de Cuidados Paliativos del año 2000 editado desde el Ministerio, por el que se instaba a las diferentes Comunidades Autónomas (regiones) al desarrollo de recursos y servicios

Tras esto, el desarrollo fué muy desigual: sólo un 30% de los centros disponían de ellos. Posteriormente, la Ley 16/ 2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, convirtió los Cuidados Paliativos como un derecho de todo ciudadano, tanto en Atención Primaria (AP) como en Atención Especializada (AE).

- ¿ Cuál debe ser la oferta pública de servicios de los equipos de cuidados paliativos?, ¿ Qué costes tienen?. ¿ Cómo gestionar los recursos públicos de cuidados paliativos?, ¿ Cuál debe ser el sistema de información, cómo medir la complejidad que cada nivel atiende?,¿ Cómo medir la efectividad y la eficiencia en programas regionales de cuidados paliativos?.

Los CP deben ser abordados de manera decidida por las autoridades sanitarias y los gestores de los centros. La prestación de servicios de Cuidados Paliativos, no debe limitarse a crear equipos de soporte (domiciliarios, hospitalarios o mixtos), o unidades estructurales en hospitales de agudos o en centros de pacientes crónicos. En un sistema público de salud, los Cuidados Paliativos resultan eficientes al sistema sanitario, dependiendo de cómo influyan los recursos específicos en la gestión del proceso, cómo se relacionen los recursos específicos con los diferentes niveles asistenciales, y cual sea el marco de acción del nivel especializado. Se hacen por tanto necesario describir la cartera de servicios de cada nivel asistencial, y definir los niveles de complejidad basados en la intensidad sintomática y en la refractariedad de los mismos, para establecer qué casos deben ser atendidos por cada nivel asistencial.

Si los Estados deciden establecer un derecho para sus ciudadanos dentro de sus políticas públicas de salud, tienen la responsabilidad asimismo, de afrontar todas aquellas medidas encaminadas a garantizar este derecho. En esta plenaria se presentarán las estrategias que se requieren para lograrlo, en los niveles Centrales (Ministerio de Salud), Regionales (Regiones, Ministerio Regionales o Consejerías de Salud) y Locales (instituciones prestadoras de salud en atención primaria y especializada). Así mismo, se presentará la experiencia y el modelo del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (España), adoptado por el Servicio Extremeño de Salud (SES), a través del cual ha sido posible la cobertura geográfica de la totalidad de la Comunidad Autónoma, con la implicación de profesionales, políticos y gestores. Se expondrán las dificultades en su puesta en marcha, y los aciertos estratégicos que pudiera aportarse desde su desarrollo.

INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN CUIDADO PALIATIVO

Dr. Javier Rocafort

"La vigilancia y la evaluación son factores integrales y esenciales de todas las actividades que componen un programa de tratamiento paliativo" (OMS, informe técnico nº 804). Tal afirmación constituye el indispensable punto de partida, siempre previo a la formulación de indicadores. Es decir, sin una intención de mejora continua, basada en la evaluación, sería poco útil la adopción de un método de evaluación.
"Debe ser estimulada la definición y adopción de indicadores de buenos cuidados paliativos, valorando todas las dimensiones de los cuidados paliativos desde la perspectiva del paciente" "Una realimentación continua sobre las prácticas, en forma de audit., es esencial para el control de calidad" Ambas afirmaciones corresponden al punto IV del apéndice a la recomendación del Consejo de Europa a los estados miembros sobre organización de cuidados paliativos.
En esta presentación se abordarán los diferentes métodos de evaluación de calidad en la prestación de cuidados paliativos, y se mostrarán algunos ejemplos sobre indicadores de calidad. Se presentarán las experiencias de España y en particular los tres modelos de calidad seguidos en Cuidado Paliativos: El modelo EFQM de Excelencia aplicado en el Institut Catalá d´Oncología, en Cataluña; el Método ISO 9001-2000, utilizado en el Hospital San Juan de Dios, en Pamplona, y el modelo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), que fue adaptado y adoptado por el programa de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud.
Quizás el conocimiento de dichos modelos pueda servir de estímulo a otros programas y países, incluyendo los de América Latina.

DOLOR EN PACIENTES CON VIH/SIDA

Dra. Argelia Lara Solares Ciudad de México

El dolor es un problema común en personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), particularmente cuando desarrollan el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Hasta hace relativamente poco tiempo, el SIDA era una enfermedad progresiva de pronóstico fatal a corto plazo, por lo que la evaluación y tratamiento del dolor asociado al SIDA era basado fundamentalmente en el modelo de dolor oncológico, estableciendo una similitud con este último, por intensidad, afectación de la calidad de vida y mal pronóstico; sin embargo, el advenimiento a finales de los 90´s, de terapia antirretroviral altamente efectiva, ha venido a revolucionar las expectativas de calidad de vida y pronóstico de la población afectada, y lo ha convertido en un padecimiento crónico.

De igual forma, el entendimiento del dolor asociado al HIV/SIDA ha cambiando rápidamente en las últimas tres décadas, en función de los avances de la terapia antirretroviral.

Al diferencia del dolor por cáncer, el dolor en HIV/SIDA tiene características que lo convierten en una entidad aún más compleja de entender y tratar, algunas de ellas son:
a) Mayor frecuencia de síndromes dolorosos de difícil manejo,
b) La terapéutica específica de la enfermedad y sus complicaciones es muy importante, aún en los estadios muy avanzados,
c) Polifarmacia y prolongada exposición a fármacos,
d) Sensibilidad incrementada a los efectos secundarios de los fármacos,
e) Dependencia química,
f) Comorbilidad psiquiátrica, demencia asociada con VIH,
g) Evidencia limitada en cuanto a la eficacia analgésica.

Un abordaje multidimensional, así como una mayor investigación sobre el dolor asociado al

SIDA en la nueva era antirretroviral, son necesarios para establecer parámetros terapéuticos, susceptibles de continuos ajustes.

SATISFACCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS: DESAFÍOS EN SU EVALUACIÓN

Mariela Bertolino, Médica. Buenos Aires, Argentina.

Si bien la medición de calidad de atención en salud puede ser difícil en diversas campos, los Cuidados Paliativos (CP) han sido reconocidos como un área particularmente compleja y los métodos para medirla han sido largamente debatidos. Los indicadores tradicionales de efectividad en atención en salud son inapropiados para los CP, por lo tanto se han desarrollado medidas alternativas para evaluar la efectividad.
Un método que ha sido utilizado para evaluar la calidad de atención de los servicios es medir los niveles de satisfacción que los usuarios le dan al servicio, aunque existe discusión al respecto sobre si es apropiado tomar el nivel de satisfacción como un componente de la calidad de atención o como una variable diferente.
Diversos autores muestran que existen numerosas inconsistencias y contradicciones en la medición de la satisfacción con los servicios de CP. La satisfacción es un concepto dinámico, el significado del cual puede cambiar a través de escenarios de atención y grupos de usuarios. Algunos autores argumentan que la satisfacción no puede ser utilizada para medir la calidad de los servicios de salud antes de que el concepto sea claramente definido y entendido.
Se abordarán las distintas maneras de evaluar satisfacción en CP y sus implicancias

CUIDADOS PALIATIVOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA PULMONAR

Dra. Marta Ximena León, Bogotá Colombia

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una de las mayores causas de morbimortalidad a nivel mundial. La prevalencia de esta enfermedad en Estados Unidos es el 4% mientras en Latinoamérica va de 7.8% en Ciudad de México a 19.7% en Montevideo. En Colombia se ha encontrado que la prevalencia es 8.9%
Establecer el pronóstico de estos pacientes no es fácil y esto dificulta su manejo. De acuerdo al estudio SUPPORT, los pacientes preferirían un manejo orientado a una mejor calidad de vida. A pesar de lo anterior, los pacientes reciben en mayor proporción ventilación mecánica, reanimación cardiopulmonar y nutrición parenteral que los pacientes con cáncer. El manejo de síntomas de convierte en una prioridad y se ha encontrado que el más prevalente es la disnea en 90-95%, seguido de fatiga, ansiedad y tos. El oxígeno, los broncodilatadores, la rehabilitación pulmonar, los corticoides y los opioides son algunas de las medidas terapéuticas que se han reportado con diferentes grados de efectividad. El cuidado paliativo por lo tanto es importante en el manejo de los pacientes con EPOC severo. La calidad de vida debe ser uno de los objetivos terapéuticos y los Médicos tratantes deben estar familiarizados con medidas que conduzcan a la paliación de síntomas.

CUIDADOS PALIATIVOS EN CÁNCER GINECOLÓGICO

Dra. Patricia Bonilla, Caracas-Venezuela

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo y en Venezuela el cáncer cervicouterino tiene una incidencia estandarizada del 29,67. Si sumamos todas las causas ginecológicas ésta aumenta al 41,18 y representa la primera causa de mortalidad en el sexo femenino, cuello uterino 17,04% y la sumatoria de todas las patologías oncológicas ginecológicas asciende a 23.06%.
(Registro Central de cáncer de Venezuela para el año 2004). Estas cifras indican que no son suficientes las campañas de prevención y tratamiento y muchos de estas pacientes en el momento

del diagnóstico presentan una enfermedad muy avanzada, no tienen recursos para el tratamiento oncológico o ambas cosas por lo que la única alternativa es la implementación de los cuidados paliativos como parte integral del manejo del cáncer y brindar una mejor calidad de vida durante todo el curso de la enfermedad hasta la muerte.
El cáncer ginecológico, como el resto de las patologías oncológicas debe su sintomatología en primer lugar al crecimiento tumoral, invadiendo estructuras pélvicas y abdominales y luego diferentes órganos según sea su diseminación. En segundo lugar a secuelas de los tratamientos quirúrgicos, quimioterapia o radioterapia los cuales modifican la anatomía produciéndose un impacto en la vida sexual y sicológica de la paciente, su pareja y la familia.
Son muchos los síndromes y síntomas que pueden estar presentes entre ellas la carcinomatosis peritoneal, obstrucción de las vías urinarias, fístulas, lesiones cutáneas, dolor, hemorragias, edema, disnea, fracturas, depresión, ansiedad, problemas de autoestima y en muchos casos problemas sociales severos con abandono de la pareja, rechazo familiar conllevando a sufrimiento continuo, mayor desgaste hasta llegar a la muerte. .
Es indispensable ofrecer los cuidados paliativos tempranamente. Para ello es fundamental crear un sistema de apoyo nacional, donde el Estado reconozca que el dolor por cáncer y los síntomas vinculados con la enfermedad avanzada son un problema de salud pública permitiendo ayudar a los pacientes a vivir lo más activamente posible hasta la muerte, a la familia a entender el proceso de enfermedad, proporcionar alivio del dolor y los demás síntomas presentes y nunca olvidar las necesidades psicológicas y espirituales de la paciente.

LA PUBLICACIÓN COMO HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN AMÉRCA LATINA

María Nabal. Editora Jefe Medicina Paliativa. España

El desarrollo de cualquier disciplina médica se ha asociado a un incremento en el número y calidad de las publicaciones científicas referidas a esa disciplina. En el caso de los Cuidados Paliativos (CP), si buscamos aquellas personas que han contribuido de forma decidida a su desarrollo en el mundo veremos que se trata de profesionales que firman múltiples trabajos. Por otro lado nuestra historia profesional en el ámbito de la Medicina Paliativa está íntimamente relacionada con la lectura y el estudio de numerosos artículos que nos permiten mejorar nuestra práctica, conocer qué y cómo se trabaja en otros lugares y equipos, así como aproximarnos a otras realidades culturales.

Pero no debemos ser ingenuos, desarrollar proyectos de investigación y llegar a publicarlos es una tarea que no está exenta de dificultades: para publicar necesitamos formación, necesitamos recursos humanos y materiales, necesitamos tiempo... Si tomamos en consideración los resultados de la encuesta en línea realizada por los Doctores Roberto Wenk y Liliana de Lima: los médicos y enfermeras de CP de Iberoamérica son mayoritariamente mujeres, que trabajan en grandes ciudades, con una dedicación parcial a CP y con formación postgrado. En estas condiciones puede resultar aún más complicado investigar y publicar.

¿Cómo nos posicionamos ante estas dificultades? ¿Asumimos que investigar y publicar constituyen una debilidad de nuestra práctica clínica y nos resignamos? ¿Consideramos que investigar y publicar resultan una amenaza y nos hacemos fuertes en posturas "clínico fundamentalistas": "lo importante es la asistencia clínica" o asumimos el reto que nos ofrece la investigación y la publicación como herramienta de mejora... La decisión es individual pero seguro que tiene consecuencias colectivas: Los CP aspiran a ser un área de las ciencias de la salud de primera división para ello es imprescindible que demostremos a la comunidad científica nuestro método de trabajo y nuestros resultados. ¿Cómo podemos influir en las políticas sanitarias si no influimos en nuestros compañeros? ¿Cómo podremos fomentar la docencia pregrado si no podemos acceder a las

facultades de medicina, enfermería, etc?

Conocer lo que hacemos y como lo hacemos desde los trabajos retrospectivos descriptivos más sencillos es el primer paso para mejorar, optimizar nuestros sistemas de recogida de datos y hacernos preguntas y es la mejor forma para desarrollar unos CP de calidad en mi entorno más próximo y a la larga en todo el continente Americano.

"DE CAPULLO A MARIPOSA: LA TRANSFORMACIÓN DE LOS NIÑOS EN LA FASE TERMINAL"

Dra. Lisbeth Quesada Tristán

Esta conferencia hace una revisión científica de la información existente, más actual, sobre las experiencias Cercanas a la Muerte, en adultos y posteriormente en niños, tratando de encontrar una relación con ciertas experiencias vividas por profesionales en cuidados paliativos pediátricos, con sus pacientes. Asimismo se resalta la necesidad de incorporar estas experiencias en positivo, cuando -existen- al abordaje del proceso de muerte con los niños y adolescentes de la clínica de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Nacional de Niños en San José, Costa Rica.

INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Dr. Jorge H. Eisenchlas, MSc in Palliative Medicine, UWCM. Buenos Aires, Argentina

Los Cuidados Paliativos (CP) surgen en Gran Bretaña en la década del 60 como respuesta a la demanda insatisfecha de necesidades en pacientes con enfermedades progresivas e incurables y sus familias, basando su accionar en el tratamiento impecable de síntomas, educación e investigación. Desde entonces, los CP se han expandido a través de todo el mundo. En América Latina hemos sido testigos, durante los últimos años, del importante crecimiento de iniciativas destinadas a la asistencia clínica y educación en CP; en tanto, las actividades relacionadas con la investigación no han progresado en igual medida, aún cuando sabemos que el investigar constituye un motor para el progreso de cualquier disciplina del área de la salud.
Investigar en CP es necesario para todos, y también es posible para todos. La exposición hará referencia a la construcción del protocolo de investigación en CP y a cómo atravesar los obstáculos que se presentan en la planificación y ejecución de los estudios.

CUIDADOS PALIATIVOS EN AMÉRICA LATINA: CÓMO MEDIMOS EL ÉXITO?

Liliana De Lima, MHA

El desarrollo de los Cuidados Paliativos en América Latina no es el resultado de un plan concertado para la Región, sino de sucesos fragmentados que ocurrieron en distintos países a lo largo de los años. Existen diversas formas de medir el progreso y los avances, incluyendo políticas gubernamentales, disponibilidad y acceso a los medicamentos y avances en educación.
Una de las principales barreras en el desarrollo de los CP en la Región es que no están incluidos en las leyes y políticas sanitarias de los países. Esto no permite el reembolso por los servicios y la atención prestada y debilita económicamente los CP como modelo de atención. Algunos países como Argentina, Uruguay, Costa Rica y Chile han adoptado cambios en las políticas y regulaciones para incorporar los cuidados paliativos en el sistema sanitario y facilitar el acceso a los medicamentos opioides. Esto se refleja en los datos de consumo reportados por la JIFE que demuestran un incremento en el uso de opioides en estos países comparados con otros países de América Latina.
Los cursos y congresos Latinoamericanos que se han celebrado durante catorce años, han servido de puente entre los distintos colegas y como foro de discusión para el intercambio de ideas y la

del diagnóstico presentan una enfermedad muy avanzada, no tienen recursos para el tratamiento oncológico o ambas cosas por lo que la única alternativa es la implementación de los cuidados paliativos como parte integral del manejo del cáncer y brindar una mejor calidad de vida durante todo el curso de la enfermedad hasta la muerte.
El cáncer ginecológico, como el resto de las patologías oncológicas debe su sintomatología en primer lugar al crecimiento tumoral, invadiendo estructuras pélvicas y abdominales y luego diferentes órganos según sea su diseminación. En segundo lugar a secuelas de los tratamientos quirúrgicos, quimioterapia o radioterapia los cuales modifican la anatomía produciéndose un impacto en la vida sexual y sicológica de la paciente, su pareja y la familia.
Son muchos los síndromes y síntomas que pueden estar presentes entre ellas la carcinomatosis peritoneal, obstrucción de las vías urinarias, fístulas, lesiones cutáneas, dolor, hemorragias, edema, disnea, fracturas, depresión, ansiedad, problemas de autoestima y en muchos casos problemas sociales severos con abandono de la pareja, rechazo familiar conllevando a sufrimiento continuo, mayor desgaste hasta llegar a la muerte. .
Es indispensable ofrecer los cuidados paliativos tempranamente. Para ello es fundamental crear un sistema de apoyo nacional, donde el Estado reconozca que el dolor por cáncer y los síntomas vinculados con la enfermedad avanzada son un problema de salud pública permitiendo ayudar a los pacientes a vivir lo más activamente posible hasta la muerte, a la familia a entender el proceso de enfermedad, proporcionar alivio del dolor y los demás síntomas presentes y nunca olvidar las necesidades psicológicas y espirituales de la paciente.

LA PUBLICACIÓN COMO HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN AMÉRCA LATINA

María Nabal. Editora Jefe Medicina Paliativa. España

El desarrollo de cualquier disciplina médica se ha asociado a un incremento en el número y calidad de las publicaciones científicas referidas a esa disciplina. En el caso de los Cuidados Paliativos (CP), si buscamos aquellas personas que han contribuido de forma decidida a su desarrollo en el mundo veremos que se trata de profesionales que firman múltiples trabajos. Por otro lado nuestra historia profesional en el ámbito de la Medicina Paliativa está íntimamente relacionada con la lectura y el estudio de numerosos artículos que nos permiten mejorar nuestra práctica, conocer qué y cómo se trabaja en otros lugares y equipos, así como aproximarnos a otras realidades culturales.

Pero no debemos ser ingenuos, desarrollar proyectos de investigación y llegar a publicarlos es una tarea que no está exenta de dificultades: para publicar necesitamos formación, necesitamos recursos humanos y materiales, necesitamos tiempo... Si tomamos en consideración los resultados de la encuesta en línea realizada por los Doctores Roberto Wenk y Liliana de Lima: los médicos y enfermeras de CP de Iberoamérica son mayoritariamente mujeres, que trabajan en grandes ciudades, con una dedicación parcial a CP y con formación postgrado. En estas condiciones puede resultar aún más complicado investigar y publicar.

¿Cómo nos posicionamos ante estas dificultades? ¿Asumimos que investigar y publicar constituyen una debilidad de nuestra práctica clínica y nos resignamos? ¿Consideramos que investigar y publicar resultan una amenaza y nos hacemos fuertes en posturas "clínico fundamentalistas": "lo importante es la asistencia clínica" o asumimos el reto que nos ofrece la investigación y la publicación como herramienta de mejora... La decisión es individual pero seguro que tiene consecuencias colectivas: Los CP aspiran a ser un área de las ciencias de la salud de primera división para ello es imprescindible que demostremos a la comunidad científica nuestro método de trabajo y nuestros resultados. ¿Cómo podemos influir en las políticas sanitarias si no influimos en nuestros compañeros? ¿Cómo podremos fomentar la docencia pregrado si no podemos acceder a las

facultades de medicina, enfermería, etc?

Conocer lo que hacemos y como lo hacemos desde los trabajos retrospectivos descriptivos más sencillos es el primer paso para mejorar, optimizar nuestros sistemas de recogida de datos y hacernos preguntas y es la mejor forma para desarrollar unos CP de calidad en mi entorno más próximo y a la larga en todo el continente Americano.

"DE CAPULLO A MARIPOSA: LA TRANSFORMACIÓN DE LOS NIÑOS EN LA FASE TERMINAL"

Dra. Lisbeth Quesada Tristán

Esta conferencia hace una revisión científica de la información existente, más actual, sobre las experiencias Cercanas a la Muerte, en adultos y posteriormente en niños, tratando de encontrar una relación con ciertas experiencias vividas por profesionales en cuidados paliativos pediátricos, con sus pacientes. Asimismo se resalta la necesidad de incorporar estas experiencias en positivo, cuando -existen- al abordaje del proceso de muerte con los niños y adolescentes de la clínica de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Nacional de Niños en San José, Costa Rica.

INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Dr. Jorge H. Eisenchlas, MSc in Palliative Medicine, UWCM. Buenos Aires, Argentina

Los Cuidados Paliativos (CP) surgen en Gran Bretaña en la década del 60 como respuesta a la demanda insatisfecha de necesidades en pacientes con enfermedades progresivas e incurables y sus familias, basando su accionar en el tratamiento impecable de síntomas, educación e investigación. Desde entonces, los CP se han expandido a través de todo el mundo. En América Latina hemos sido testigos, durante los últimos años, del importante crecimiento de iniciativas destinadas a la asistencia clínica y educación en CP; en tanto, las actividades relacionadas con la investigación no han progresado en igual medida, aún cuando sabemos que el investigar constituye un motor para el progreso de cualquier disciplina del área de la salud.
Investigar en CP es necesario para todos, y también es posible para todos. La exposición hará referencia a la construcción del protocolo de investigación en CP y a cómo atravesar los obstáculos que se presentan en la planificación y ejecución de los estudios.

CUIDADOS PALIATIVOS EN AMÉRICA LATINA: CÓMO MEDIMOS EL ÉXITO?

Liliana De Lima, MHA

El desarrollo de los Cuidados Paliativos en América Latina no es el resultado de un plan concertado para la Región, sino de sucesos fragmentados que ocurrieron en distintos países a lo largo de los años. Existen diversas formas de medir el progreso y los avances, incluyendo políticas gubernamentales, disponibilidad y acceso a los medicamentos y avances en educación.
Una de las principales barreras en el desarrollo de los CP en la Región es que no están incluidos en las leyes y políticas sanitarias de los países. Esto no permite el reembolso por los servicios y la atención prestada y debilita económicamente los CP como modelo de atención. Algunos países como Argentina, Uruguay, Costa Rica y Chile han adoptado cambios en las políticas y regulaciones para incorporar los cuidados paliativos en el sistema sanitario y facilitar el acceso a los medicamentos opioides. Esto se refleja en los datos de consumo reportados por la JIFE que demuestran un incremento en el uso de opioides en estos países comparados con otros países de América Latina.
Los cursos y congresos Latinoamericanos que se han celebrado durante catorce años, han servido de puente entre los distintos colegas y como foro de discusión para el intercambio de ideas y la

creación de grupos de interés y grupos de apoyo. Algunos de estos incluyen la primera reunión de especialistas en alivio del dolor por cáncer y Cuidados Paliativos en San Nicolás, Argentina en 1990, donde 12 participantes de diferentes países se juntaron para discutir los retos que enfrentaban en el desarrollo de los Cuidados Paliativos en sus países. Esta reunión resultó en la creación del curso Latinoamericano de Cuidados Paliativos cada dos años, que ahora cuentan 8 cursos durante los últimos 15 años.
En 2002, durante el curso de Guadalajara, México, se creó la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP). La ALCP tiene varios objetivos, entre ellos, el apoyo al desarrollo de los Cuidados Paliativos en la región, la movilización de recursos para los países, promover cambios en las legislaciones y regulaciones para mejorar el acceso a los medicamentos, apoyar y coordinar el Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos y desarrollar una red de cooperación internacional. Varias publicaciones han resultado de estas reuniones las cuales describen los avances en los países, incluyendo las áreas que necesitan mejorar: desarrollo de estándares en Cuidados Paliativos, desarrollo y apoyo de una agenda de investigación en Cuidados Paliativos para la región, educación, creación y apoyo de asociaciones nacionales de Cuidados Paliativos, y la promoción de cambios en las políticas y las normas administrativas.
Aún existen muchos retos en el desarrollo de los Cuidados Paliativos en América Latina, pero hay profesionales, voluntarios y proveedores comprometidos en hacer esto posible y en lograr una mejora en la calidad de vida de los pacientes y familiares de la Región.

PSICO-ONCOLOGÍA Y CUIDADO PALIATIVO

Jimmie Holland, MD
Wayne E. Chapman Chair in Psychiatric Oncology
Memorial Sloan-Ketttering Cancer Center

La optima asistencia en cuidados paliativos depende, en gran parte, de intervenciones centradas en el paciente: respeto por el individuo y su familia, una buena comunicación, apoyo psicológico para el manejo de preocupaciones existenciales y control de síntomas físicos y psicológicos / psiquiátricos. Existen importantes barreras que limitan este aspecto de cuidado óptimo: recursos inadecuados, sesgos sobre asuntos "mentales", poco entrenamiento del staff, supuestos sobre los cuidados paliativos como una ciencia suave "sentimental", pocos profesionales psicosociales disponibles en las comunidades y, aquellos disponibles, usualmente poco integrados a equipos oncológicos. Superar estas barreras in países con recursos limitados usualmente es difícil. La colaboración activa de psico-oncólogos brinda conocimientos y experiencia a los aspectos críticos de la medicina paliativa: psicológicos, psiquiátricos, sociales, espirituales.

ABSTRACT

Psycho-Oncology and Palliative Care

The delivery of optimal palliative care depends in large part upon patient-centered interventions: respect for the individual and family; good communication; psychological support for existential concerns; and control of physical and psychological/psychiatric symptoms. There are major barriers that prevent this aspect of optimal care: inadequate funding; bias about "mental" issues; little training of staff in this area; assumption of "touch-feely" soft science; few psychosocial professional available in communities; those available often poorly integrated into clinical oncology teams. Overcoming these barriers in resource-limited countries is particularly difficult. Psycho-oncologists' active collaboration brings expertise and experience to critical aspects of palliative medicine: the psychological, psychiatric; social; spiritual.

RESUMEN SIMPOSIO

EDUCACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Dra. Marta Ximena León, Dra. Maria Helena Restrepo, Dr. Roberto Wenk, Dr. Eduardo García Yaneo

Resumen: Queremos resaltar la importancia de la Educación en Cuidados Paliativos desde el pregrado, el postgrado y la educación continuada.
Se hará énfasis en la educación como un pilar fundamental para tener unos adecuados Cuidados Paliativos en la región y se mostrarán experiencias que pueden ser útiles para implementar estos programas en países donde no los haya.
Asistentes habrán aprendido:
La importancia de la educación en pregrado del Cuidado Paliativo y que abordaje se espera que hagan ante un paciente que requiera de su cuidado.
Porqué son importantes los programas de postgrado en Cuidados paliativos, que desarrollo han tenido en Latinoamérica y como estimulan la investigación.
La importancia de la creación de equipos interdisciplinarios para la atención del cuidado paliativo y que tipo de educación existe en Latinoamérica en diferentes áreas de la salud. (Enfermería, Psicología, Nutrición, terapias)

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN CUIDADOS PALIATIVOS

Dr. Oscar Ariel Vidal Padilla, Lic. Mercedes Franco

Resumen: El presente trabajo describe las características de una unidad de enlace psicosocial y su trascendencia dentro de las unidades y centros de cuidados paliativos en un centro oncológico. Los modelos de intervención psicosocial se constituyen en soporte fundamental para una mejor calidad de vida de la persona sufriente
Se describe las características del proceso de estructuración, la ruptura de los estigmas y la consolidación del modelo multidisciplinario
Asistentes habrán aprendido: La importancia de la intervención psicosocial en cuidados paliativos dentro de un centro oncológico. Las características del desarrollo de una unidad de enlace psicosocial para pacientes con cáncer. Las estrategias de las unidades de enlace psicosocial dentro de un centro oncológico

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD TERMINAL EN EL EQUIPO DE SALUD

Dr. Fabio Fuenmayor, Dra, Maria Antonieta Lombarda, Dra. Purificación Prieto

Resumen: Durante la formación profesional se hace mucho énfasis en las maneras de relacionarse con el enfermo. Los niveles de consideración y conmiseración deben desarrollarse a pesar del sentimiento objetivo que se tenga de una situación y como garantía de la superioridad del profesional sobre el enfermo. La relación cuidador-paciente (entendida como paciente-profesional asistencial) es dinámica y genera múltiples sentimientos en ambos grupos. El profesional está para ofertar sus mejores cualidades sin verse afectado por la realidad. Esta utopía suele degenerar en actitudes contrarias al espíritu que alguna vez la sociedad recreó para sus profesionales asistenciales, quienes a su vez intentan escaparse de la repercusiones de una relación afectivamente estresante alterando su adecuado control físico y psicológico, presentando de manera no consciente síntomas y signos que los convierten en nuevos enfermos.
La práctica médica es inherentemente estresante. La consecuencia crónica del estrés laboral es la sensación de no poder continuar realizando el trabajo, que el esfuerzo que se hace es superior a los beneficios obtenidos y que estamos exhaustos, a este experiencia se le conoce como desgaste

psíquico o síndrome de Burnout. Las consecuencias del síndrome son de tipo individual para el profesional, pero en segundo término afectan el buen desenvolvimiento de la institución. En el plano individual las afecciones físicas son muy comunes, pero también se presenta la tendencia al abandono del trabajo, bien sea por reposo o por renuncia. En la institución se presenta el deterioro del nivel organizativo cuando el ejecutor del trabajo lo hace de manera inadecuada.
El cuidado del cuidador es uno de los elementos más descuidados en el ámbito de la salud física. Le excesiva profesionalización trae como consecuencia, per se, la despersonalización del cuidador llegando incluso al punto de la pérdida de las expectativas personales que en un primer momento guiaron la selección de la carrera. La ausencia de una integración entre las esferas personal y profesional trae como consecuencia, además, la progresiva desarticulación del contexto, alterando la dinámica de las esferas personal y emocional, por mencionar algunas. La necesidad de evitar llegar a puntos críticos, implica la implementación de planes de prevención en los tres niveles (primario, secundario y terciario), reconociéndonos como parte de la dialéctica con el paciente y no como objetos distantes de la humanización. Se pretende por tanto, ofrecer una mirada desde la Psicología de Salud a alguna estrategias que mejoran la ejecución profesional no solo desde lo tecnológico sino desde! la integración del cuidador de la salud en una sola acción.
Psicología de la Salud, estrategias de afrontamiento y desgaste profesional.
Asistentes Habrán Aprendido: Determinar el efecto de la relación médico-paciente en los aspectos físico y psicológico del profesional de la salud Valorar el impacto del estrés, identificar los niveles de desgaste profesional y establecer los criterios de intervención terapéutica desarrollo de técnicas de afrontamiento que potencien la eficacia del ejercicio del profesional de la salud.

PIEL, ONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Dra. Mariela Hidalgo Hernández, Dra. Paola Pasquali, Dr. Benjamín Trujillo

Resumen: La Piel es el órgano con la mayor dimensión del cuerpo humano, bajo la influencia tanto del mundo interior y del medio ambiente al que se expone. Cumple funciones tan importantes que puede significar la vida o la muerte de acuerdo a la afectación de su integridad y probablemente no atendemos el cuidado que requiere para mantener su indemnidad. Puede ser el reflejo de emociones, de la salud o la enfermedad, como también la carta de presentación de una persona. Cumple un papel relevante en el desarrollo adecuado de la personalidad, en el establecimiento de las relaciones humanas o en profesiones en las que cuenta mucho el aspecto de la superficie corporal.
En oncología y cuidados paliativos existen diversas causas en relación con la aparición de lesiones en piel que requieren tratamiento.
Entre las múltiples afecciones que alteran la piel se encuentran los tumores malignos propios de la piel, secundarios de otros órganos. Lesiones por efecto colateral del tratamiento oncológico, como cirugía, quimioterapia, radioterapia. Expresiones en piel de mal funcionamiento de otros sistemas, compresión del sistema vascular y linfático por lesiones tumorales generando edema, linfedema. Úlceras por decúbito. Tumores fétidos necróticos y ulcerados. Infecciones por agentes virales, bacterianos, fúngicos. Síntomas como el prurito que puede tornarse molesto para el paciente.
En el Instituto Oncológico Dr. Luís Razetti se cuenta un Servicio de Dermatología Oncológica que tiene la mayor experiencia del País en el manejo de tumores de piel con Crioterapia y en especial Crioterapia paliativa, técnica que consiste en utilizar el frío para destruir desde verrugas hasta tumores de piel, inclusive de grandes extensiones, que no podrían tener opciones mas aceptables para su tratamiento.
Asimismo, dada la gran frecuencia que tanto en oncología como en cuidados paliativos tienen las enfermedades de piel y su repercusión, es necesario que los médicos de estas especialidades tengan conocimientos adecuados que permitan la prevención, el diagnóstico precoz, la derivación al especialista en forma oportuna y el tratamiento específico de las mismas.

Asistentes Habrán Aprendido: 1. Medidas preventivas, diagnóstico precoz y referencia oportuna al especialista en pacientes con patología de piel en oncología y cuidados paliativos. 2. Herramientas para el tratamiento adecuado de las afecciones de piel más frecuentes en oncología y cuidados paliativos. 3. Utilidad de la Criocirugía Paliativa en oncología y cuidados paliativos.

ESTADO DEL CUIDADO DEL CÁNCER AVANZADO EN 5 PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

Dra. Isabel Torres, Dra. Liliana de Lima

Resumen: Durante ésta sesión se presentarán los resultados de una encuesta realizada en diversos países de América Latina desarrollada y coordinada por "The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center's WHO Collaborating Center in Supportive Cancer Care" desde Marzo del 2000 a Noviembre del 2002. Este estudio evaluó la calidad del cuidado del cáncer avanzado a nivel nacional e institucional según las respuestas de médicos y enfermeras que atienden pacientes con cáncer en Argentina, Brasil, Cuba, México y Perú. En la sesión también se presentarán las barreras políticas y regulatorias en el cuidado del cáncer y las barreras específicas en el manejo del dolor por cáncer en los 5 países a nivel institucional. Los resultados de este estudio contribuyen a la fuente de conocimiento y aportan a la formulación de políticas e intervenciones encaminadas a mejorar el cuidado del las personas con cáncer avanzado en América Latina.
Asistentes Habrán Aprendido: 1: El estado del cuidado del cáncer avanzado en Argentina, Brasil, Cuba, México, y Perú 2: La calificación de la calidad del cuidado del cáncer avanzado al nivel institucional y nacional por los proveedores de salud en Argentina, Brasil, Cuba, México, y Perú 3: Las barreras políticas y regulatorias en la provisión del cuidado a pacientes con cáncer avanzado en Argentina, Brasil, Cuba, México, y Perú

CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES EN SITUACION DE EXTREMA POBREZA

Luís Palomino

Resumen: nuestro trabajo trata sobre los beneficios en atención de salud que se han podido lograr en pacientes terminales en situación de extrema pobreza de la unidad de medicina paliativa y dolor del instituto nacional de enfermedades neoplásicas (inen), con la aplicación de estrategias como un seguro publico, el seguro integral de salud (sis), apoyo de organizaciones no gubernamentales y donaciones de entidades y personas particulares. Se describen las características de los pacientes beneficiados (que vienen referidos de todo el país), el tipo de beneficios que se brindan, las limitaciones y se propone un grupo de sugerencias para la mejor utilización y eficiencia de estos.
Asistentes Habrán Aprendido: 1: la necesidad de desarrollar estrategias de mejora de atención a pacientes terminales en extrema pobreza. 2: conocer el papel que desarrollan el seguro publico y entidades privadas para el apoyo en la atención de salud hacia este tipo de pacientes. 3: co-nocer las características de los pacientes terminales en extrema pobreza atendidos en la unidad de medicina paliativa y dolor del inen

ACOMPAÑAMIENTO BIO-PSICO-SOCIAL- ESPIRITUAL AL FINAL DE LA VIDA

Julio Vicente Pérez, Lic. Maria Cristina Ramos, Lic. Ligia Houben, Dr. Lisandro Lopez

Resumen: Acompañar a quien cuenta sus horas contra el reloj de la vida es un trabajo que implica al menos dos: el que camina hacia la muerte y quien acompaña en el proceso. Este proceso es multidimensional y abarca los niveles biológico, social, psicológico y espiritual. Este tipo de enfoque de acompañamiento multidimensional es un componente esencial para todos y cada

uno de quienes participan de este proceso de vida/muerte: paciente, familiares, amigos, médicos, enfermeras y voluntarios.

En esta sesión se tocaran aspectos relativos a todos estos niveles, incluyendo el manejo de la incertidumbre no sólo de el paciente, sino también del que suministra asistencia ante una situación peligrosa y amenazante, como sería el sufrir de un cáncer, que pone al sujeto y a las personas que lo rodean en un mundo totalmente nuevo al cual debe preparase para poder adaptarse en cada una de sus etapas.
Se tocará el apoyo espiritual, en el sentido amplio del término: afecto, amistad, capacidad de empatía con el otro, de simpatía, de ponerme en el lugar del otro; respeto por el otro tal y como es, a pesar de las diferencias de todo orden que puedan separarnos.
Desde el punto de vista de la aplicación práctica del acompañamiento al final de la vida, se presentará la técnica de revisión de vida, como herramienta de apoyo emocional...
Asistentes Habrán Aprendido: 1: Qué se entiende por apoyo o acompañamiento, formas de proveerlo y como practicar este arte. Diferencias y semejanzas entre apoyo Espiritual, apoyo Psicológico y apoyo Religioso. 2: Estrategias para el manejo de la incertidumbre en los procesos de acompañar el final de la vida tanto para el paciente, sus allegados cómo el personal de salud que les atiende. 3: Papel del acompañante entrenado para CP. Actitudes y destrezas que son importantes para desempeñar este rol. 4.- Elementos básicos de la técnica de "revisión de vida"

CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Lic. Erika Vivas, Lic. Mariana Pulgar

Plan de Intervención de Enfermería a usuarios en etapa terminal. Se clasificaron los cuidados de acuerdo a las necesidades interferidas tal como lo plantea el modelo teórico de Virginia Henderson, así mismo, se unificaron en un mismo plan, aquellas intervenciones de enfermería cuyas necesidades guardaban una relación estrecha, a continuación se presentan los diagnósticos de enfermería con el plan de intervención de acuerdo con las principales necesidades alteradas en niños y adolescentes en etapa terminal.
Necesidad de Respiración: Los síntomas respiratorios tales como disnea, tos y hemoptisis entre otros, aparecen con frecuencia en el paciente en etapa terminal, representando éstos una fuente importante generadora de ansiedad para el paciente y la familia, por tal motivo, es necesario realizar abordaje terapéutico adecuado para disminuir dichos síntomas, proporcionándole al paciente y familia estrategias para evitar, que además de los trastornos respiratorio, se les sume la angustia y la ansiedad.
Diagnósticos de Enfermería:
• Alteración del intercambio gaseoso, relacionado con Obstrucción bronquial por células neoplásicas, alteraciones metabólicas ácido básicas, Hiperventilación, Déficit en el aporte de oxígeno.
• Patrón Respiratorio Ineficaz, relacionado con dolor, ansiedad, disminución de la capacidad inspiratoria, miedo.
Acciones de Enfermería:
• Identificar a través de escalas de valoración la intensidad de los síntomas respiratorios. (Medición de FR, presencia o no de agregados pulmonares y ST02, entre otros).
• Brindarle apoyo emocional al usuario y familia.
• Fomentar un ambiente de tranquilidad, confianza y control de la situación para disminuir la ansiedad.
• Integrar a la familia en el cuidado del paciente en etapa terminal.
• Orientar a la familia acerca del manejo en el hogar de los síntomas respiratorios, en el caso que el usuario se encuentre recibiendo cuidados paliativos en su domicilio.
• Administrarle oxígeno húmedo.
• Evitar que el usuario quede solo desde el inicio de los síntomas respiratorios característicos de

la etapa terminal.
• Proporcionarle al usuario una posición cómoda (fowler o Semi fowler) para que le permita ventilar mejor y utilizar los músculos accesorios de la respiración.
• Educar al usuario, si es mayor de 7 años, con respecto a las técnicas de relajación para lograr disminución de la ansiedad y por ende mejoría de síntomas que alteran el buen funcionamiento del sistema respiratorio.
• En caso de hemoptisis o epistaxis se intentará disminuir el impacto en la familia y el paciente mediante el uso de sábanas, toallas u otros artículos de colores oscuros (rojo, azul, entre otros).
• Administrar Ansiolíticos, opiodes u otros fármacos coadyuvantes en el manejo farmacológico de la agonía, previa prescripción médica.
Necesidades de Nutrición, Eliminación y Movimiento: Estas necesidades incluyen: evacuar diariamente y sin molestia y tranquilidad para evitar epigastralgias por estrés. Existen una serie de síntomas digestivos que afectan la calidad de vida del niño y adolescente en etapa terminal tales son: nauseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, hemorragias digestivas acompañadas de melena y hematemesis, halitosis, mucositis entre otras. Sin embargo en necesario actuar de forma inmediata en el manejo de dichos síntomas para mejorar la calidad de vida del paciente y proporcionarle tranquilidad y confort, además al mantener controlados éstos síntomas molestos disminuye la ansiedad y angustia del paciente y su familia.
Diagnósticos de Enfermería:
• Potencial a Infección.
• Estreñimiento.
• Déficit Nutricional por defecto.
• Potencial Pérdida del Volumen de Líquidos.
• Potencial Broncoaspiración.
Acciones de Enfermería:
• Fomentar un ambiente relajado y tranquilo.
• Evaluar hábitos de defecación y consistencia de heces.
• Orientar al paciente y familia acerca de la importancia de movilizarse para incrementar la motilidad intestinal.
• Velar por que el paciente consuma una dieta adecuada, previamente evaluado por nutrición y dietética.
• Si el paciente se encuentra inconciente colocarlo en posición decúbito lateral para evitar broncoaspiración.
• Administrar fármacos antieméticos, laxantes salinos, estimulantes del peristaltismo indicados por el médico, para controlar dichos síntomas.
• Realizar masajes abdominales para estimular el peristaltismo y así favorecer la evacuación (no debe ser utilizada esta técnica si el usuario presenta tumoraciones abdominales ya que se incrementa el dolor).
• Verificar si el usuario recibe opiodes (debido a que los opiodes producen estreñimiento).
• Orientar al usuario y/o familiar acerca de la importancia de ingerir abundantes líquidos para promover la evacuación.
• Proporcionarle privacidad en el momento evacuatorio, en los escolares y adoslecentes.
• Realizar aseo bucal con agua bicarbonatada para disminuir las condiciones de habita de las bacterias.
• Realizar aseo bucal a través del cepillado después de cada comida, si el usuario se encuentra trombocitopénico moderado se realizará con torundas o compresas y si el paciente se encuentra trombocitopénico severo realizar solo enjuagues bucales.
Necesidades de descanso y sueño, seguridad, comunicación, valores y creencias, realización personal y recreación:
Dentro de las necesidades se encuentran la necesidad de dormir, de estar tranquilo y disminuir la ansiedad y evitar la depresión por saber que va a morir.

Diagnósticos de Enfermería:
• Ansiedad R/C Miedo a lo desconocido (la muerte).
• Temor.
• Miedo.
• Alteración del patrón del sueño R/C Miedo a quedarse dormido y no despertar más, manejo inadecuado de los síntomas (dolor, vómitos, entre otros.).
• Alteración de la Comunicación.
• Aislamiento social.

Acciones de Enfermería:
• Establecer un ambiente de confianza con el usuario y familia.
• Promover la escucha empática, ayudando a que el usuario y/o familia expresen sus sentimientos.
• Evaluar nivel de ansiedad.
• Responder en forma concreta las preguntas del usuario y/o familia para disminuir la ansiedad.
• Evitar que el usuario se encuentre solo, ya que esto le permite mayor tiempo para pensar en la muerte y esto viene acompañado de tristeza y en ocasiones el usuario entra en estado de depresión.
• Integrar a la familia en los cuidados del usuario para obtener la satisfacción de sus necesidades.
• Proporcionar apoyo espiritual para ayudar al paciente y familia a afrontar la muerte como un episodio parte de la vida.
• Propiciar que el usuario realice actividades de acuerdo a su etapa de crecimiento y desarrollo y realice una planificación de su vida diaria.
• Orientar al usuario a que debe vivir su vida en el ahora y compartir con su familia al máximo.
• Administrar medicamentos ansiolíticos, antidepresivos tricíclicos, orientados al paciente acerca de los efectos que estos pueden ocasionarle para evitar otra fuente generadora de ansiedad.

Necesidad de Seguridad y Protección:
El dolor es una experiencia subjetiva, sensorial desagradable que interfiere en el equilibrio requerido para gozar de salud, por tal motivo el paciente en etapa terminal requiere el control de tal síntoma desagradable que aqueja al individuo para tener calidad de vida y confort.

Diagnostico de Enfermería:
• Dolor.
• Ansiedad.

Acciones de Enfermería:
• Establecer un ambiente de confianza con el usuario y/o familia.
• Promover la escucha empática, ayudando a que el usuario y/o familia expresen sus sentimientos.
• Evaluar nivel de ansiedad.
• Responder en forma concreta las preguntas del usuario y/o familia para disminuir la ansiedad.
• Evaluar las características del dolor.
• Orientar al usuario y/o familia acerca de la implementación de terapias no farmacológicas para el manejo del dolor (relajación, respiración, musicoterapia, apoyo de distracción, entre otros)
• Administrar analgesia prescrita por el médico.
• Evaluar posibles efectos adversos de los medicamentos para tomar medidas preventivas.

EL MEDICO FAMILIAR Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Dra. Osiris Urbano, Dra. Mariela Hidalgo, Psic. Adriana Benítez

Resumen: El medico familiar como encargado de la atención del grupo familiar en todas las etapas del ciclo vital familiar, puede ser un gran aliado en la atención de las necesidades del grupo familiar con un enfermo terminal. Son múltiples los temores de cada miembro del grupo: miedo a la muerte de un ser querido, al dolor y sufrimiento, dudas en la capacidad de cuidar en forma adecuada, miedo al abandono familiar y del equipo de salud, etc.. si bien, las familias y los enfermos pueden presentar reacciones emocionales que pueden dificultar las relaciones y comunicación entre los miembros del grupo familiar y el equipo de salud, esta puede colaborar eficazmente en el cuidado domiciliario del enfermo, aprendiendo medida higiénico-dietéticas que permitan control de algunos síntomas.

Asistentes Habrán Aprendido:
1: Importancia de evaluación y apoyo del medico familiar como integrante del equipo de cuidados paliativos
2: medidas que favorecen la comunicación familiar en crisis
3: Medidas básicas de cuidado domiciliario del enfermo

MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO

Dr. Oscar Ariel Vidal

Resumen: Uno de los grandes síndromes de la Neurología son las Neuropatías periféricas; estas, cuando son severas y muchas veces dolorosas representan un serio problema para el paciente, los cuidadores y la familia; la cronicidad de estas alteraciones por lo general irreversibles requieren de un tratamiento integral.
En el presente se detallan las características clínicas y las estrategias multienfoque para los cuidados paliativos de estos pacientes.

Asistentes Habrán Aprendido
1: Reconocer que dentro de las enfermedades neurológicas mas invalidantes y deteriorantes se encuentran las neuropatías periféricas severas y dolorosas
2: Estrategias de manejo
3: La consideración del trabajo multienfoque, multidisciplinario e interdisciplinario

COMO HABLAR SOBRE LA MUERTE CON LOS NIÑOS DE CUIDADO PALIATIVO PEDIÁTRICO

Dra. Lisbeth Quesada Tristán

Resumen: Si es difícil hablar con un adulto sobre su propia muerte, es mucho más difícil hacerlo con un niño(a) por el diferente desarrollo cognitivo en las diferentes edades, amén de que no-solo se tiene que hablar con el niño sino que los padres necesariamente deben ser tomados en cuenta y establecer una alianza con ellos que beneficie a la mejor atención del menor. La mayoría de los padres creen que proteger sus hijos de estos temas, es la mejor solución ya que parten de la premisa que entre menos información tenga el niño mejor, pues así no sufrirá, sin tomar en cuenta que los niños Sí manejan información, el asunto es cuanta información y si es la correcta. Algunos niños tienen información en forma muy precisa y también ellos- en algunas situaciones- deciden proteger a sus padres de la información que ellos ya manejan. Se establece así una conspiración del silencio de ambos lados- padres e hijo(a) enfermo, donde quien lleva las de perder es el niño(a) enferma ya que debe enfrentar el proceso de enfermedad y muerte muy solito(a) con sus miedos y angustias ya que – AQUÍ NO-PASA NADA-
Los padres hacen peticiones al equipo oncológico tratante de no enviar a sus hijos al Cuidado Paliativo ya que eso se toma como condena de muerte. Hacen peticiones igualmente al Equipo de

Cuidados Paliativos Pediátricos que en algunos casos violan los Derechos de los Niños y Niñas y Adolescentes con respecto a la información. Que debe hacer el Equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos? ¿Con quien establece la primera alianza? ¿Con el paciente o con sus padres?
Esta conferencia resume la experiencia de la comunicación con los niños, sobre este difícil tema aprendido a lo largo de una práctica diaria de 15 años de dedicación a los Cuidados Paliativos Pediátricos. Hace recomendaciones tanto a los Equipos como a los padres. Se resalta la necesidad de una comunicación franca y directa y la necesidad de saber negociar cuando de pequeños se trata y de cómo la referencia tardía obstaculiza la comunicación.

Asistentes Habrán Aprendido

1: Aprenderán sobre el desarrollo cognitivo de los niños a través de las diferentes edades y su pensamiento mágico que definitivamente influye en como se debe dar la información a los niños y de como será recibida esta de acuerdo a la capacidad de entendimiento.
2: Aprenderán sobre las nefastas consecuencias tanto para el equipo tratante como para los padres y los niños de la conspiración del silencio, el negar la información cuando es pedida por los menores y de como influye esta conducta negativamente en la elaboración del duelo posteriormente, cuando se toma conciencia de la soledad en que el niño(a) fallecen por no dar información correcta y la adecuada contención.
3: Los asistentes aprenderán a como responder a las peticiones de los padres cuando no son precisamente las más correctas y en ocasiones se violan los derechos de los niños enfermos a una información que los preparará para enfrentar la muerte de mejor manera. Podrán enumerar algunas recomendaciones que son claves para tratar con los padres y los niños. Esperamos ayudar a romper así la gran cantidad de mitos alrededor de los Cuidados Paliativos Pediátricos catalogados como MUY DIFÍCILES y que definitivamente obstaculizan el desarrollo de estos en nuestros países latinoamericanos donde la gran mayoría de niños mueran con dolor.

CUIDADOS PALIATIVOS INTERDISCIPLINARES PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS EM SERVIÇO TERCIÁRIO E QUATERNÁRIO

Dr.Aldo Lourenço Abbade Dettino, Dra. Ana Lucia Teodoro, Dr. Cisio Brandao

Resumen: Nossa equipe interdisciplinar realiza cuidados paliativos no hospital do Câncer A.C. Camargo desde 4/2004, com ênfase em qualidade de vida e com ênfase em assistência, ensino e pesquisa, com proposta de otimizar a assistência em cuidados paliativos em nosso serviço e divulgar seus conceitos para outros centros.
Ralizamos atividades ambulatoriais e para internados, abordando temas pertinentes para os pacientes e suas famílias, buscando controle impecável de sintomas, priorizando a vida com o máximo de qualidade de vida e autonomia possível, com vínculo de franqueza entre as pessoas envolvidas e buscando, inclusive, oferecer assistência diferenciada e com contenção de custos, evitando futilidades terapêuticas. Na sessão, poderemos discutir a experiência de nosso serviço, a importância da interdisciplinaridade e discutir temas polêmicos, como sedação e uso de terapêuticas intervencionistas, por exemplo, para controle de dor.

Asistentes Habran Aprendido

1: Cuidados paliativos - interdisciplinaridade
2: Assistência de enfermagem
3: Gerenciamento de custos e qualidade

EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LATINOAMÉRICA

Dra. Claudia Trujillo, Lic. Ana Carolina Monti

Resumen: Para que exista un continuo en la atención al paciente de Cuidados paliativos debe prestársele atención ambulatoria, hospitalaria y Domiciliaria si así lo requiere. En nuestros países el número de casos que consultan en estadios avanzados hacen que el tratamiento paliativo sea

una prioridad y que la atención en casa cobre mayor importancia. La situación económica en nuestros servicios de salud genera dificultades en la implementación de programas de atención domiciliaria y por este motivo es muy importante conocer las experiencias que han sido viables dentro de nuestra región.

Asistentes Habrán Aprendido

1: La atención domiciliaria como parte integral del cuidado paliativo, genera un impacto positivo en la calidad de vida del paciente y la familia
2: La atención domiciliaria ofrece beneficios para el paciente, la familia, las instituciones hospitalarias y el servicio de salud.
3: Los programas de atención domiciliaria son una alternativa costo efectiva dentro de los modelos de atención en salud

LA INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS: DÓNDE ESTAMOS Y HACIA DONDE VAMOS

Dr. Iván Justo Roll, Dra. Maria Cristina Reyes, Lic. Coralia Massip

Resumen: Se parte de una revisión somera de la historia de los Cuidados Paliativos, para centrar el énfasis en la necesidad de investigación asociada a la prestación de servicios asistenciales y destacar algunos de los principales derroteros en esta dirección. Se destaca, en primer lugar, la necesidad de evaluación de programas dirigidos a medir su impacto en tres aspectos básicos: a) la calidad de vida del paciente, concebida como algo que va más allá del logro de control de síntomas, b) la calidad de vida del familiar, que sufre tanto o más que el propio paciente y que frecuentemente se ve desplazado en su atención por el enfermo, y, c) la calidad de vida laboral de los profesionales que proveen de cuidados paliativos, profundizando en la evaluación continua y sistemática de las manifestaciones de estrés y desgaste profesional (burnout) en estos profesionales, no sólo para preservar su calidad de vida laboral, sino para ofrecer un servicio de la más alta calidad.
Para la evaluación de este impacto, que pone a la calidad de vida como producto o resultado final (outcome) de los Programas, es necesario desarrollar instrumentos de medida válidos, asequibles y clínicamente útiles para estos fines y desplegar estudios transculturales que permitan comparar características de la atención en unos y otros países y regiones. Al mismo tiempo, es necesario pasar de las investigaciones de constatación a los estudios de intervención, que tanto reclaman los sistemas sanitarios actuales.
Por otra parte, ante la necesidad de considerar las acciones de cuidados paliativos guiadas, hasta donde es posible, por los cánones de la Medicina basada en la evidencia, resulta necesario fomentar la validación consecuente de procederes terapéuticos, biomédicos y psicosociales, que se emplean frecuentemente sin compartirse siquiera la experiencia profesional en su empleo. En este sentido, se imponen los estudios de validación en ensayos terapéuticos peculiares, para contar con un arsenal de procedimientos científicamente fundamentados y que sean efectivos y eficientes para disminuir el sufrimiento y preservar la calidad de vida de los usuarios de nuestros cuidados.

Asistentes Habrán Aprendido

1: Necesidad de fomentar la investigación en CP como una forma de brindar cuidados óptimos
2: Principios y estrategias básicas de la investigación en CP
3: La Investigación en CP en la Atención Primaria: Nuestra experiencia

CONSULTAR 2ÍA Y TRIAJE DE ENFERMERÍA. VALORACIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Lic. Marlene Esther Goyburu Molina

Resumen: El desempeño de la enfermera como integrante de un equipo multidisciplinario en

cuidados paliativos va de acuerdo al desarrollo de sus competencias en el ámbito asistencial. Es mi deseo resaltar la importancia de evaluar con criterios clínicos y conocimientos de la especialidad al paciente oncológico con enfermedad avanzada con la finalidad de facilitar su atención médica y/o la resolución de su problema con prontitud y eficacia. Considero importante dar a conocer la experiencia de enfermería en Triaje y Consultoría desarrollada en tres años que nos ha permitido elevar la calidad de atención dirigida al paciente y su familia.

Asistentes Habrán Aprendido

1: Asistentes habrán aprendido 1:La capacitación continua en enfermería permite elevar la calidad de atención y cuidados que se proporcionan al paciente de cuidados paliativos

2: Asistentes habrán aprendido 2:Importancia de creación de un consultorio de Triaje y Consultoría de Enfermería en un servicio de atención ambulatoria en cuidados paliativos.

3: Importancia del trabajo de enfermería en forma organizada y en comunicación fluida con otros profesionales integrantes del equipo multidisciplinario.

LA ENSEÑANZA Y LA APLICACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ENFERMO TERMINAL. UN RETO DE NUESTROS TIEMPOS.

Dr. Alfredo Alberto Espinosa Roca; Dra. Maribel Misa Menéndez

Resumen: Nuestro trabajo trata de una propuesta para responder a la necesidad de la educación en la Ciencias Médicas referente a los cuidados paliativos, teniendo en cuenta la asistencia al paciente terminal con la creación de un sistema de actividades didácticas para la integración de los contenidos de la medicina paliativa en el programa de internado(formación de pregrado) así como una propuesta de un diseño curricular en la formación de postgrado. Para concluir, como complemento de lo expuesto anteriormente, dicho trabajo abarca la implementación de los Cuidados Paliativos en la provincia de Cienfuegos, Cuba, como un proyecto de alcance de la Comunidad.

Asistentes Habrán Aprendido

1: La necesidad de desarrollar conocimientos y habilidades en la formación de pregrado con respecto a los cuidados paliativos.

2: Propuestas de un diseño curricular en el post-grado.

3: La importancia de la implementación de los cuidados paliativos con una integración de todos los factores de la Comunidad (enfoque interdisciplinario e intersectorial).

CONSEJERÍA PROFESIONAL PARA LA MUERTE Y EL DUELO

Dr. Esteban Montilla, Dr. Freddy Mijares, Lic. Fabricio Andrade

La consejería profesional tiene como visión ayudar a los seres humanos a vivir la vida en abundancia y con dignidad desde el nacimiento hasta el momento de la muerte. Parte central de vivir la vida a plenitud es el estar en paz con lo que trasciende, la naturaleza, los semejantes y consigo mismo. El ser humano en el proceso de buscar esa paz interior echa mano de todas sus dimensiones existenciales incluyendo la espiritual con la intención de construir y encontrarle significado y sentido a la vida. Si bien es cierto que este proceso de búsqueda es tarea de toda la vida se acrecienta al ser diagnosticado con una enfermedad incurable y en estado terminal. Los asuntos y preguntas emocionales, relaciones y espirituales que surgen en una persona al saber que su muerte es inminente son muchas tales como ¿Quién va a cuidar a mi familia? ¿Cómo logro estar en paz con el Eterno? ¿Qué va a ocurrir con mis proyectos? ¿Por qué ahora? "Necesito pedirles perdón a mi familia y amigos", "Me siento culpable quizás si me hubiera cuidado más esto no me hubiese pasado", ¿Qué hice con mi vida? Una consejería profesional efectiva ofrece un ambiente seguro y una atmósfera de aceptación donde las personas moribundas puedan explorar todos estos aspectos existenciales.

EL PAPEL DE LA ESPIRITUALIDAD EN LA MEDICINA PALIATIVA

R. Esteban Montilla, Edgar Zabaleta y Fabricio Andrade

El papel de la espiritualidad en la consejería parte del encuadre ético y holístico del ser humano, el cual relaciona los valores, emociones y fe en lo trascendental en casi todas sus actividades cotidianas, esto implica que es necesario reconocer las potencialidades psicosociales, culturales, emocionales y cognitivas, sin dejar de integrar al proceso de acompañamiento la dimensión de fe.

La relación terapéutica donde se integra la espiritualidad puede ofrecer un espacio donde los consultantes puedan discutir sus filosofías de la vida, usar y revisar valores creativos, y renovar la confianza y esperanza en medio de las dificultades. La última década del siglo XX abrió el paso para la valoración e integración de la espiritualidad en el cuidado medico integral como lo evidencian las múltiples investigaciones en el tema (Levin, 1994; Pargament, 1996; Worthington, et al.; Larson et al., 1997; Richards and Bergin, 1997; George, et al., 2000; Koenig, et al., 2001; Sperry, L., y Shafranske, 2005). Estos estudios revelan que una actitud de fe, esperanza y confianza religiosa juega un papel importante e integral en el cuidado integral del ser humano. Esta atención holística implica el cuidar por la persona hasta el último momento de su vida.

Espiritualidad tienen que ver con relaciones que magnifican la realidad existencial. Vivir a plenitud implica estar armónicamente conectado con los demás, la naturaleza, el cosmos y con lo que transciende. Es decir la vida solo es posible cuando se vive en un marco relacional y dentro de una comunidad que promocione el crecimiento, desarrollo y despliegue humano en todas sus dimensiones incluyendo la biológica, psicológica, sociológica y espiritual. De manera que vida a plenitud llama a la interrelación, interdependencia y cooperación entre los seres humanos que su existencia es físicamente temporal pero espiritualmente eterna debido a la influencia y legado relacional que dejan en sus semejantes. Se experimenta esta vida a plenitud cuando se aprende a morir.

Vivir y morir en paz, es el sueño de muchos seres humanos. Los grandes filósofos orientales siempre han mantenido la idea de que para vivir la vida a su plenitud es necesario que se aprenda a morir ya que morir bien es parte del buen vivir. Este buen morir implica muchas cosas entre las cuales se destaca el estar en paz consigo mismo, con los demás y con el Eterno.

Grandes hombres y mujeres de la historia ilustran el buen vivir y el morir bien entre los cuales se destacan Sidartha Gautama, Jesus of Nazaret, Saulo de Tarso, Simón Bolívar, Mahatma Ghandi, Martín Luther King, Cesar Chávez, Teresa de Calcuta y Juan Pablo II. Estos personajes vivieron bien porque fueron fieles a sus ideales, valores y principios. Ellos creyeron en la posibilidad humana de trascender más allá de sus necesidades y alcanzar la plenitud existencial. Como se pueden notar al mencionar a estos personajes que muchos de ellos murieron jóvenes, morir bien no significa meramente morir mientras se duerme después de una vida larga y prospera sino más bien morir con la certeza de que se vivió para compartir, cooperar y asegurar una mejor vida para los que siguen. Eso es el papel de la espiritualidad en la medicina paliativa ayudar al ser humano a vivir bien y a plenitud desde el comienzo hacia el fin.

N#	PÓSTERES	AUTORES
	TRABAJOS CLÍNICOS	
1	Dolor Neuropático: Eficacia Comparativa Entre Gabapentín y Amitriptilina	Dra. María Carolina Kamel
2	CP Domiciliarios De Los Pacientes Con Cáncer De Cuello Uterino Avanzado En El Perú	Dra. Rosa Beatriz Urday San Miguel
3	Experiencia De Uso Del Parche Transdérmico De Buprenorfina En Pacientes Con Dolor Oncológico, Instituto Nacional Del Cáncer, Chile (Septiembre 2004, Enero 2006)	Dra. Marisol Ahumada O. Dr. Tomás Stamm M. Dra. Barbarita Peralta Ll. Dr. Ronny Muñoz M.
4	Beneficio Del Uso De Procedimientos Endoscópicos En La Paliación Sintomática Del Cáncer De Tubo Digestivo: Seguimiento De 3 Casos	María Antonieta Rico
5	Últimos Días En El Paciente Adulto Con Leucemia Aguda	Díaz-Zuluaga Pa, Crespo-Solis E. Austrich-Senosiain E, Rosas-López A.
6	Experiencia A Dos Años De La Clínica De Leucemia Aguda Del Instituto Nacional De Ciencias Médicas Y Nutrición Salvador Zubirán	Crespo-Solis E, Díaz-Zuluaga Pa, Austrich-Senosiain E, Rosas-López A.
7	Consumo De Morfina Do Serviço De Terapia Da Dor E Cuidados Paliativos Da Fundação Centro De Controle De Oncologia Do Amazonas – Critério De Qualidade.	Mirlane G. M Cardoso; Fábio De Q. Medeiros; Stênio R Cardoso; Rita De C.C. De Oliveira.
8	Comparación De La Eficacia Y Seguridad De Codeina, Hydrocodona Y Tramadol En Alivio Del Dolor Por Cáncer	René Rodríguez, Fernando Castro, Olga Montoya, Paola Daza
9	Avaliação Das Recomendações Da Organização Mundial De Saúde Nas Prescrições De Opióides Do Hospital Erasto Gaertner	A. E. E. Lincoln; H. A. G. Barreto; R. T. C Bettega; V. D. F. Santos
10	El Precio De Los Opioides: ¿La Mayor Barrera Para Su Accesibilidad En Argentina?	Adaro, Felicitas

N#	PÓSTERES	AUTORES
	TRABAJOS CLÍNICOS	
11	Uso del 2do y 3er Escalón de la Oms en un Centro de Atención Terciario durante el año 2005. Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional del Cáncer, Santiago-Chile	Dra. Veronica Kramer, J . Manuel Burgueño, Dra Marisol Ahumada
12	Via Subcutánea En Cuidados Paliativos	Dra. Mariana Vallejo M, Dra. Nancy Lino G. Dra.Olivia De La Torre
13	Prevalencia De Síntomas En Pacientes Con Cáncer. ISS - Cali 2004-2005	René Rodríguez
14	Qualidade De Vida E Linfangite Pulmonar Neoplásica: Melhora Com Tratamento De Cuidados Paliativos	Dettino, Aldo; Pagano, Tathiana; Teodoro, Ana; Takagaki, Teresa; Bensenor, Isabela Negri, Elnara
15	Casuística Do Serviço De Terapia Da Dor E Cuidados Paliativos (Stdcp) Com O Fentanil Transdérmico Na Dor Oncológica.	Mirlane G. M. Cardoso; Emily S. Montarroyos; Neuzimar Da S. F. E Silva; Mônica T. Muniz; Germano S. Souza; Stênio R Cardoso
16	Ambulatório De Dor Da Fundação Centro De Controle De Oncologia Do Amazonas Auxiliando No Controle Clínico Pós Tratamento Anti-Tumoral. Relato de Caso.	Mirlane G. M. Cardoso; Emily S. Montarroyos
17	Calidad Percibida Por Los Usuarios Externos De La UCP	González Coronel, T; Hidalgo Hernández, M.; Montañez, A.; Bonilla, P.
18	Grado De Conocimiento De Los Usuarios Externos Acerca De Los CP	González Coronel, T; Hidalgo Hernández, M.; Montañez, A.; Bonilla, P.
19	Modelo De Atención Integral En La Unidad De Soporte Oncológico	Vargas Jj, Krikorian A, Ramírez Dl, Múnera Am, Vélez Me, Pérez J, Álvarez T, Acosta N, Marín G, Parra Jc.

N#	PÓSTERES	AUTORES
	TRABAJOS CLÍNICOS	
20	Cuidados Paliativos Em Pacientes Com Sida -2004	Aires, Elisa M, Queiroz, Mônica E. G; Souza, Andréa C. M. S.; Aitken, Eleny V. P.; Barros, Ernestina M. M. C; Cruz, Ronaldo; Furlan, Anna M. L.; Mello, Sandra H. S; Melo, Dorotéia A; Miura, Sônia R; R; Zerlotini, Maria Teresinha
21	Tratamento Das Afeccções Cicatriciais Cirúrgicas Por Manipulação Biomecânica	Claudia Untar
22	Rehabilitación En Cuidados Paliativos	Edgardo González
23	Servicio De Fisiotepia Oncológica	Vélez Me, Pérez J, Ramírez Dl, Múnera Am, Álvarez T, Krikorian A, Vargas Jj, Acosta N, Marín G, Parra Jc.
	TRABAJOS DE ENFERMERÍA	
24	Características del CP y su relación con la percepción de satisfacción de las necesidades básicas del paciente terminal	Gloria Araneda Pagliotti . Licenciada En Enfermería, Magíster Enfermería M. Q.
25	Assistência Domiciliar. Relato De Experiência Da Equipe De Enfermagem Do Serviço De Terapia Da Dor E Cuidados Paliativos Da Fundação Centro De Controle De Oncologia Do Amazonas. Stdcp/Fcecon.	Mirlane G. M. Cardoso; Maria Nazaré C. Azevedo; Liduína Maria Cavalcante; Ana Julia B. Assis; Elis Regina Marinho; Vânia Maria C. Araújo; Antonina C. Pontes E Joicelene De Oliveira.
26	Vivencia Da Equipe De Enfermagem Da Fundacao Centro De Oncologia Do Amazonas- Stdcp/Fcecon.	Mirlane G. M. Cardoso; Maria Nazaré C. Azevedo; Liduína Maria Cavalcante; Ana Julia B. Assis; Elis Regina Marinho; Vânia Maria C. Araújo; Antonina C. Pontes E Joicelene De Oliveira.

N#	PÓSTERES	AUTORES
27	Factores De Riesgo Y De Proteccion En La Salud Mental Del Personal De Enfermeria En CP …	Soraya Cálela Serrano
28	Importância Da Aferição Da Dor Como 5º Sinal Vital Para A Equipe De Enfermagem	Sguassabia, Cassiolato Marti; Bozza, Silvana Margareth; Kalinke, Luciana; Puchalski; Bettega, Roberto.
29	Seguimiento Telefónico" Un Programa De Enfermería Dentro De La Unidad De Soporte Oncológico	Múnera Am, Vargas Jj, Álvarez T, Acosta N, Krikorian A, Ramírez Dl, Vélez Me, Pérez J, Marín G, Parra Jc.
	TRABAJOS PSICO-SOCIALES	
30	Importancia Del Ambito Psicosocial En Cuidados Paliativos En Centro De Diagnostico Y Tratamiento Del Complejo Hospitalario Borja Arriaran	Filomena Villa Sanhueza
31	Como Manejar Los Factores Socioculturales En Pos Del Mejor Control De Síntomas De Los Pacientes Terminales.	Dr. Iván Justo Roll; Dr. Yobanys Rodríguez Tellez
32	Intervenção Do Psicólogo No Serviço De Terapia Da Dor E Cuidados Paliativos Da Fundação Centro De Oncologia Do Amazonas. Stdcp/Fcecon	Mirlane Guimarães De Melo Cardoso; Romena Bandeira De Melo Arce; Maysa Souza Cruz.
33	Valoración De La Depresión En Pacientes En El Fin De La Vida	Lic. En Psicología - Ana Ormaechea - Ana Luz Protesoni.
34	El Conocimiento (C) Y La Información (I) En Pacientes Con Cáncer En El Gran Buenos Aires Sur	Félix Leonardo Wul
35	Prevalecía De Trastornos Psiquiátricos En Pacientes Con Cáncer	Guadalupe Pérez Lezama
36	Información Y Satisfacción Con El Cuidado Al Final De La Vida: Perspectiva De Los Familiares	
37	Variables Pronosticas De Muerte En Domicilio Y Realidad Social De Los Pacientes De La UCP De Adultos De Rosario	Rebello J, Orecchia J, Sala R, Rivero ME, Mcgarrell D, Fornells H.
38	Taller de espiritualidad	Álvarez T, Múnera Am, Ramírez Dl, Vélez Me, Pérez J, Krikorian A, Vargas Jj, Acosta N, Marín G, Parra Jc.
39	Atención Grupal A Pacientes Con Cáncer	Ramírez Dl, Vargas Jj, Krikorian A, Múnera Am, Vélez Me, Pérez J, Álvarez T, Acosta N, Marín G, Parra Jc.

N#	PÓSTERES	AUTORES
40	Valoración Del Sufrimiento En Pacientes Con Enfermedad Oncológica Avanzada	González Y, Mejía Ml, Krikorian A.
41	Programa De Terapia Familiar	Ramírez Dl, Múnera Am, Vélez Me, Pérez J, Álvarez T, Krikorian A, Vargas Jj, Acosta N, Marín G, Parra Jc.
42	¿Cómo, Cuándo Y Donde Dar Malas Noticias?	Gissell C. Luna Barreto
43	Criterios De Evaluación Social Para El Ingreso De Pacientes Al Programa De Atención Domiciliaria (PAD)	Tranmar K; Nadal C; Buero S; Mertnoff R.
44	Construcción De Variables Sociales En El Ámbito Del Trabajo Social Y Los Cuidados Paliativos	Nadal C; Tranmar K.; Mertnoff R.
45	Procesos familiares en el programa de atención domiciliaria del hospital de clínicas	Campese Gabriela; Diuorno Liliana; Mertnoff Rosa
46	Factores protectores y de riesgo psicosocial implicados en la atención de pacientes oncológicos pediátricos en cuidado paliativo (cp)	Ps. Violeta Cádiz D., Dra. Natalie Rodríguez Z., Eu Chery Palma T., Eu Claudia Farias M.
47	Prevención Del Síndrome De Agotamiento Asistencial (Burnout) Y El Cuidado Del Equipo	Lics Psic. Gonzalez D.; Boso G.; Rodio G.; Ottonello A., Lic. T. S. Salgueiro S.
48	Intervención Psicosocial En Cuidados Paliativos	Oscar Vidal
49	Desordens Sócio-Afetivas Nas Síndromes Dolorosas De Pacientes Com Câncer Na Face Atendidos Na Fundação Centro De Oncologia Do Amazonas. Stdcp/Fcecon. Relato De 2 Casos.	Mirlane G M Cardoso; Maysa S Cruz; Romena B M Arce; Fábio Q Medeiros.
	TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA	
50	Casuística Do Acompanhamento De Pacientes Oncológicos Terminais Por Acadêmicos De Medicina Supervisionados Pelo Serviço De Terapia Da Dor E Cuidados Paliativos Da Fcecon. Projeto De Extensão Da Universidade Federal Do Amazonas	Mirlane G. M. Cardoso* Germano S. Souza* Ademir Pinto Dos Santos
51	Adaptacion Transcultural (Atc) Del Palliative Outcome Scale (Pos)	Jorge Eisenchlas
52	Validación Del Palliative Outcome Scale (Pos) En Argentina	Jorge Eisenchlas
53	Primer Curso Chileno En Modalidad E-Learning De Dolor Oncológico Y Cuidados Paliativos, Instituto Nacional Del Cáncer – Medichi 2005	Dra. Marisol Ahumada O., Dr. Tomás Stamm M.

N#	PÓSTERES	AUTORES
54	Curso Virtual De Formación En Cuidados Paliativos	Dra. R. Mertnoff, Lic. C. Nadal, Dra. I. Pincemin, Dra. A. Taborda
55	Programa De Capacitação Em Cuidados Paliativos Em Aids	Souza, Andréa C. M. S.; Aires, Elisa M, Queiroz, Mônica E. G; Aitken, Eleny V. P.; Barros, Ernestina M. M. C; Cruz, Ronaldo; Furlan, Anna M. L.; Mello, Sandra H. S; Melo, Dorotéia A; Miura, Sônia R; Sousa, Alzelene R; Zerlotini, Maria Teresinha
	TRABAJOS SOBRE DESARROLLO DE PROGRAMAS REGIONALES	
56	Evaluación De Los Cuidados Paliativos En Estos Últimos 5 Años En Distintos Países Del Mundo.	Dra. Marie Carolina Sepulchre
57	Modelo De Atención De Cuidado Paliativo En Niños Con Cáncer (Chile).	Rodríguez N. Y Equipos De CP Pediátrico. PINDA.
58	Cuidados Paliativos. Participación De La Comunidad-Sensibilización Y Acción	Enf. Onc. Maria Gladys Gonzalez R. Enf. Onc. Soraya Chalela Serrano.
59	Creación De Un Modelo De Atención Socio Sanitario En El Hospital De Clínicas De La Universidad De Buenos Aires (HCJSM).	Rosa Mertnoff
60	Política De Gestión Integradora Para El Fortalecimiento Social De Un Modelo Asistencial En Cuidados Paliativos.	Mertnoff, Rosa; Nadal Carolina; Rosso Ana; Tranmar Carina
61	Coordinación De Un Programa De Cuidados Paliativos Domiciliario Con El Primer Nivel De Atención.	Guedes,A., Avas, G., Herrera, G., Ayala, M., De Larrosa, M.
62	Descripción EST	Adaro, Felicitas
63	Registro De Consultas Médicas Telefónicas En CP	Dawidowicz N; Tedeschi V; De Muria; M. Dr. Barragán C.
64	Desarrollo E Implementación De Un Programa De Cuidados Paliativos	Eva Rossina Duarte Juarez.
65	Programa De CP Domiciliarios En Un Htal. Privado De Bs. As.	Angelika Scheucher

N#	PÓSTERES	AUTORES
66	Atención Interdisciplinaria En La Unidad De Soporte Oncológico: Estadísticas Del Año 2005 - Instituto De Cancerología	Krikorian A, Ramírez Dl, Múnera Am, Vélez Me, Pérez J, Álvarez T, Vargas Jj, Acosta N, Marín G, Parra Jc.
67	Desarrollo De La Unidad De Cuidados Paliativos (CP) De Adultos De Rosario (UCPAR) (Argentina) En El Marco De Un Programa Municipal De CP	Fornells H, Rebello J, Mc Garrell D, Sala R.
68	Proyecto EPS, 2005 - Red Asistencial Del Programa Alivio Del Dolor Y Cuidados Paliativos	Marie Carolina Sepulchre
69	Atención Domiciliaria En El Nivel Terciario De Salud, Unidad De Alivio Del Dolor Y Cuidados Paliativos Del Instituto Nacional Del Cáncer, Santiago De Chile.	E.U. Marcela Barrera, Dra. Marisol Ahumada. E.U. Sandra Castro, Ps. Cecilia Cantele, A.S. Guillermina Cancino, Dr. Tomas Stamm.
70	Latinoamericanos En La Página Web De SECPAL. Distribución De Usuarios	Javier Rocafort
71	Costo-Día Cama En CP Especializados Vs Servicios Convencionales.	María Margarita Reyes
72	Resultados Epidemiológicos Y De Satisfacción En Auditoria Interna Del Programa De Cuidados Paliativos, Hospital De Clínicas, UBA	R. Mertnoff; I. Pincemin; A. Taborda; A. Rosso
	TRABAJOS SOBRE DESARROLLO DE PROGRAMAS LOCALES	
73	Una experiencia novedosa en Venezuela	Mariela Hidalgo Hernández
74	Programa De CP Para El Distrito Metropolitano – Instituto De Oncología Dr. Luís Razetti	Bonilla, Patricia; González Coronel, Tulio; Hidalgo Hernández, Mariela;
	TRABAJOS SOBRE OTROS TEMAS	
75	Acompañamiento Emocional En CP: Experiencia De La Fundación Apoyo Y Presencia En El Htal. Dr. L. Razetti	Julio Pérez Infante, Cristina Ramos, Amanda Morles, Annie Pelissou E Irma Gordones
76	Diez Años De Voluntario En La Unidad De Cuidados Paliativos (Cp) Hospital Tornú-Fundación Femeba	Dra. Bertolino Mariela; Sra. Jaime Estela (Vol); Lic. Monti Carolina; Dr. Wenk Roberto
77	La Intervención Del Voluntariado En Una Unidad De Cuidados Paliativos (Ucp)	Sra. Estela Jaime (Vol); Dr. Roberto Wenk; Dra. Mariela Bertolino; Lic. Carolina Monti
78	Taller De Tango En Cuidados Paliativos: Un Encuentro… Un Abrazo Sin Tiempo	Lavalle Cobo I, Castiñeiras Ml.

N#	PÓSTERES	AUTORES
79	El Concepto De Autonomía En Salud: Un Análisis Comparado Sobre Salud Reproductiva, Enfermedades Crónicas Y Cuidados Paliativos	Mario Pecheny, Mariela Bertolino, Juan Pedro Alonso, Hernán Manzelli Y Colaboradores
80	Proceso De Constitución Del Modelo De Trabajo En Ética Aplicada (EA) En Cuidados Paliativos (CP)	Bertolino Mariela MD, Farias Gisela Ph.D, Wenk Roberto MD
81	Encuesta: ¿Qué Pasa Si Tengo Una Enfermedad T erminal?	Velasco Leiva, A; Cubero, A Et Al.
82	Homenaje Del Programa Hospi Saunders De La AEPSM A La Dame Cecily Sounders Con Motivo De Su Fallecimiento	Dr. Edgardo González

RESUMEN DE POSTERES

PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS EN UN HOSPITAL PRIVADO DE BUENOS AIRES.

Antecedentes: Nuestro servicio fue creado en 1997 con la idea de brindarasistencia domiciliaria a los pacientes con enfermedad terminal pertenecientes al seguro de salud de dicho hospital. Nuestro objetivo es ofrecer una alternativa al fallecimiento hospitalario y responder a una creciente demanda por parte de pacientes, familiares y médicos. Favorecemos la muerte en el hogar acompañando al paciente y su familia por los integrantes de nuestro equipo de trabajo.
Objetivos: Describir el número de pacientes asistidos en el domicilio diferenciando: Domicilio, patología, días de atención en domicilio, internaciones, fallecimientos y número de visitas realizadas por miembros del equipo.
Material y Métodos: Se realizó el análisis de una base de datos secundaria constituida por pacientes que ingresaron a Cuidados Paliativos Domiciliariosen el año 2005 provenientes del Hospital Alemán de la ciudad de Buenos Aires.
Resultados: Se analizaron 82 pacientes. 75% (n=62) residíanen Capital Federal y 25% (n=20) en el Gran Buenos Aires. De los 82 pacientes 85% (n=70) presentaron patologías oncológicas. Fallecieron 53 pacientes, 64% en domicilio (n=34) y 36% (n=19) en el hospital, insumiendo 85 días de internación (media 4.5; r1-10).El total de días de internación durante el 2005 fue 261 (n=33)(media 7.91 r1-33) siendo el índice de internación del total de pacientes de 3.18 días/ año. Como dato llamativo podemos destacar que los pacientes fallecidos en el hospital estuvieron atendidos por el equipo durante 2222 días (media 117 r273-14) previos a la defunción mientras que los que fallecieron en el domicilioestuvieron atendidos durante 2025 días (media 59 r306-2).
En total los días de asistencia domiciliaria fueron 7960 (media 96.7, r2-362) durante las cuales se han realizado 1386 consultas médicas, 552 entrevistas psicológicas, 720 visitas de enfermería, 541 sesiones de kinesiología y/o rehabilitacióny 261 sesiones de terapia ocupacional.
Discusión: Nuestro programa de asistencia domiciliaria no tenía antecedentes para la población en estudio. Antes de su creación existían solo dos opciones: la internación o el consultorio externo. Actualmente los pacientes y sus familias pueden optar en forma voluntaria por el programa así como el lugar de fallecimiento.Nuestros datos mostraron una mortalidad domiciliaria del 64% y un índice de internación de 3.18, coincidente con la literatura (1, 2).
Destacamos que el fallecimiento hospitalario de los pacientes con mayor permanencia en el programa se debió justamente a la evolución prolongada de la enfermedad conjuntamente con la claudicación de cuidadores únicos. Solo en dos casos el fallecimiento hospitalario fue debido a mal control de síntomas (3,4.)
El sistema de atención que diseñamos se sustenta básicamente en el entrenamiento y la asistencia de la familia y del paciente. Se valora particularmente la autovalía y autonomía del paciente como lo muestra el número de visitas del rehabilitador así como de los trapistas ocupacionales en comparación con las visitas del personal de enfermería.

TALLER DE ESPIRITUALIDAD

Instituto de Cancerología Unidad De Soporte Oncológico
Autores: Álvarez T, Múnera AM, Ramírez DL, Vélez ME, Pérez J, Krikorian A, Vargas JJ, Acosta N, Marín G, Parra JC.

Introducción y ubicación: En la Unidad de Soporte Oncológico, del Instituto de Cancerología de Medellín, Colombia, se realiza, desde el año 2000, el día martes de cada semana, durante sesenta minutos, en horas de la mañana, el Taller de Espiritualidad, dirigido a pacientes, familiares y personal sanitario. No se tiene una programación específica, salvo una introducción de

bienvenida y unos comentarios y reflexiones al final – sobre los temas tratados -, pues la mayoría de las sesiones se dedica a escuchar las inquietudes de los pacientes y sus familiares en relación con el dolor, el sufrimiento y sobre todo a las inquietudes espirituales. A veces las conversaciones son fluidas y llenas de energía positiva pero otras son tristes por los momentos difíciles que se tienen o se otean en el horizonte, por la desaparición de un ser querido, la caída del cabello por la terapia, el complejo de inutilidad, la angustia por dejar los proyectos existenciales, por las trabas burocráticas, por el olvido, el miedo, la soledad, el desasosiego. Otras, los asistentes leen una carta, comentan algo sobre la ayuda que proporciona la música, expresan una experiencia personal, recuerdan alguna clase de milagro, ayudan y comparten una experiencia con quien prorrumpe en llanto, o alguien canta una canción o habla de sus días felices en la radio o en los escenarios. Algunas sesiones se dedican a las cuestiones de la sabiduría práctica, a la adecuada elaboración de los duelos, a la práctica del tacto humanizado, a los conceptos de religión y espiritualidad, a la búsqueda del sentido existencial o a las decisiones que una persona prudente debe realizar al final de sus días. También se tienen sociodramas o videoforos. A continuación se discuten algunos elementos teóricos que dan soporte a las reflexiones individuales y grupales.
Espiritualidad y religión: Lo espiritual, para algunos, resulta de la creencia en un Dios al cual se llega a través de la oración. Otros relacionan la espiritualidad con la convicción que la vida tiene un propósito, un significado y una interpretación de la enfermedad. La espiritualidad incluye la reflexión, la reevaluación de las prioridades, la revisión de los resultados alcanzados y de los sueños no realizados. También cae en lo espiritual, las complejas preguntasfilosóficas y teológicas que vienen de lo más hondo de la condición humana, cuando está amenazada de muerte: ¿Por qué me ocurre esto a mí?
La espiritualidad se convierte en la principal fuente para aliviar el sufrimiento y, secundariamente el dolor, porque da fortaleza, energía, valor. Porque disminuye los sentimientos de culpabilidad, ira, impotencia y porque da sentido y orientación a la vida. La persona que tiene dimensión espiritual se siente menos sola y aislada. Para algunos se facilita esa dimensión si comparte y practica los ritos tradicionales de su religión. El toque espiritual también puede llegar a través del arte, la música y la literatura (2)
La soledad como fuente de espiritualidad: La soledad, condición propia del hombre, es considerada como experiencia ubicua y devastadora, que llega a cada individuo en algún momento de su existencia, y le capacita para reflexionar. No debe confundirse con aislamiento, separación o ansiedad. Es frecuente llegar a ella cuando la vida está en peligro. Es tan individual, propia y profunda, que casi nadiedescribe estaexperiencia. La soledad es tiempo propicio para reflexionar, orar y pensar creativamente. El paso del aislamiento a la soledad es el principio de la vida espiritual (3). Cada persona reacciona de diferente manera ante el desequilibrio mente, cuerpo y espíritu, que se presenta cuando aparece la enfermedad, que le puede servir para crecer o decrecer en el proceso de maduración. Para muchos puede ser la oportunidad de confrontar la propia vulnerabilidad, lo limitado de la existencia, la dependencia, la reflexión sobre el pasado, la búsqueda de nuevas soluciones (4). Para otros la enfermedad es una vía para profundizar en los misterios de la espiritualidad, que se implementan con la renovación de la fe, la sensación de paz que da laoración –"ese hablar con su Dios y consigo mismo" -, la participación en actividades religiosas y en la revisión e interpretación de la propia vida.
La experiencia de morir: En el proceso de morir hay tres fases: resistencia, revisión y trascendencia (5). En la fase de resistencia se incluye el reconocimiento del peligro o cercanía de la muerte, el miedo a morir, la lucha contra la muerte y la aceptación final de la misma. Cuando no hay lucha, cuando se entrega al destino, viene una profundatranquilidad. No hay incertidumbre, no hay ansiedad. La muerte se enfrenta en paz.
Cuando el miedo es reemplazado por la calma, y la lucha por la pasividad, se presenta la, fase de revisión de la vida personal, una regresión al pasado que da un sentido de perspectiva, totalidad e inalterabilidad. Un sentido de haber cumplido como criatura falible, una búsqueda de significado y de integración al orden universal. Una especie de juicio final, personal.

Cuando sehace la revisión de la vida pasada, se llega a la tercera fase, la trascendente, en la que se encuentran los elementos de la experiencia mística, espiritual. Hay inefabilidad, unidad, trascendencia de tiempo y espacio, sentimiento de certidumbre, amor intenso y respuesta a las inquietudes, ¿quién soy yo, por qué a mi, para qué? Según Ericsson, se integra el ego a través del conocimiento, la aceptación y la totalidad. Se mira la muerte como apropiada, como parte del proceso de nacer y morir, de crecer y declinar, como la coronación de la vida sin la cual sería inconcebible (6). Quien no tiene en cuenta sus orígenes no alcanza la identidad.

Aspectos prácticos de la asistencia paliativa: La enfermedad crónica afecta las dimensiones física, mental y espiritual. Hay dolor y síntomas asociados, soledad, pérdida de laautoestima, impotencia, desesperanza, ira...problemas que impactan e impiden vivir la vida a plenitud. La función del personal de la salud es procurar, en el paciente, la búsqueda dela identidad, la valoración, la esperanza y el propósito de existir. Para ello debe solucionar primero, los problemas básicos que impiden una buena acción mental y sicológica. Es necesario aliviar el dolor, los síntomas asociados, los problemas familiares y sociales, antes de entrar a las cuestiones íntimas, espirituales (7).

En las conversaciones con el paciente terminal es común escuchar la pregunta; ¿Por qué esta enfermedad? ¿Por qué a mí?, que expresan dolor, culpabilidad, desilusión, ira y, al mismo tiempo, petición de ayuda. Es una pregunta que se la hace asimismo el paciente, se la hace al medico, al destino, al ser superior, a Dios. ¿Por qué a mí? ¿Por qué Dios permite este sufrimiento? Según algunos tratadistas, la enfermedad y la amenaza de muerte no se debena la separación, castigo o abandono por parte de Dios sino que son parte de las cosas que suceden en la vida. Esta concepción difiere de la antigua donde se consideraba que Dios manifestaba su presencia con el castigo y la condenación. Esto hace parte de la llamada "mala teología" o "teología del terror". (8) La pregunta no es, ¿por qué a mí? Sino, ¿para qué?, es decir, qué sentido tiene esto que me está ocurriendo ahora.

Buckman (8), propone algunas ideas o guías para dar apoyo espiritual, por parte del personal de la salud, no bien entrenado en los campos teológicos, pero que con frecuencia afronta situaciones difíciles en el campo de la espiritualidad: Alcanza primero un nivel de confianza e intimidad con el paciente, para afrontar estos temas tan propios y profundos de cada persona. Abre tu corazón y sé sensible. Deduce si la "mala teología" está incidiendo en el sufrimiento del paciente. Pide ayuda a la persona capacitada para ello - sacerdote, pastor, psicoterapeuta -, en caso de dudas o dificultades. Respeta las creencias y elecciones del paciente, no trates de convertirlo a tus ideas personales. Finalmente, no tengas miedo de hablar con el paciente, si el lo desea. Escúchalo. Y aprende de sus enseñanzas. Ellos son los maestros.

El tacto en el enfermo terminal: Son varias las modalidades de comunicación con el paciente terminal. Pero la comunicación a través del tacto adquiere una dimensión de espiritualidad.

El tacto de persona a persona en una atmósfera de amor y compasión revela cómo el estrechar una mano o sobar la frente puede significar tanto como una oración y en ocasiones puede ser de más ayuda. La debilidad y el cansancio del moribundo hacen que muchas acciones ordinarias adquieran un profundo significado sacramental.

La muerte se acepta más fácil cuando el agonizante siente que es aceptado y comprendido como él es y que no está solo al final de su existencia.

El contacto físico puede ser lenguaje que permitetransmitir el mensaje aliviador a quien está en medio de la duda, la soledad y el miedo. El tacto facilita la comunicación.

Estrechar la mano del paciente mientras se le habla o colocar las manos en los hombros transmite mensaje positivo. Significa que no hay distancias,que se está a un nivel personal. Por la misma enfermedad, muchos no saben quiénes son y dónde están y solo pueden encontrar identidad a través del tacto y la cercanía. El paciente terminal se siente desintegrado, inseguro, ansioso. El contacto físico es de mucho soporte. Es signo tangible de aceptación.

La persona que está insegura o temerosa tiene necesidad del contacto físico. En ocasiones el enfermo no es capaz de mostrar algún signo de respuesta a nuestro tacto, pero aún así puede

sentirse confortado.

El paciente terminal no tiene tiempo para conversaciones triviales; acá el sentarse cerca, permanecer en silencio, escuchar y estrechar su mano, es muy significativo.

La importancia del contactovisual, la proximidad física y el tono amigable de la voz no deben ser olvidados. Ellos pierden el sentido de la valoración cuando están solos, cuando se les evita, cuando no se les toca, cuando no se tiene cortesía con ellos. La comunicación no se reduce a las palabras pues la mayoría de las veces esas palabras son insuficientes, inefectivas, frías y sin significado.

La combinación de separación y objetivación crea sentimientos de despersonalización, de no ser.

En ocasiones el tacto puede ser la única forma de comunicación y expresión sobre todo cuando el paciente esta delirando, comatoso o inconsciente.La presencia transforma el desespero en esperanza y da luz en la niebla de la futilidad. Ayuda a encontrar el significado (9) (10) (11).

Epílogo

La dimensión espiritual de la medicina, propende por la ecuanimitas, con el me perdono, te perdono, te agradezco, te quiero y te digo, ¡adiós! (12).

ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA EN LA UNIDAD DE SOPORTE ONCOLÓGICO:

Estadísticas del año 2005 Instituto de Cancerología

Autores: Krikorian A, Ramírez DL, Múnera AM, Vélez ME, Pérez J, Álvarez T, Vargas JJ, Acosta N, Marín G, Parra JC.

Introducción: La Unidad de Soporte Oncológico del Instituto de Cancerología (Medellín, Colombia) ofrece atención integral a sus pacientes desde un enfoque bio-psico-social y espiritual, a través de actividades terapéuticas, educativas, vocacionales y lúdicas (la filosofía y funcionamiento de la Unidad de Soporte Oncológico, así como los programas son descritos en otro póster).

El equipo profesional está conformado por: médicos especialistas en alivio del dolor y cuidados paliativos (3), médico fisiatra (1), fisioterapeutas (2), psicóloga (1) , trabajadora social (1), enfermera (1), fonoaudióloga (1), pedagoga (1).

Se prestan servicios de consulta externa y actividades grupales (teraéuticas, educativas, vocacionales y lúdicas)

Se realiza una programación mensual de actividades. Algunas de ellas son llevadas a cabo con una frecuencia semanal, otras con frecuencia mensual y otras son anuales. Todas buscan un último fin: disminuir el sufrimiento innecesario del paciente y su familia y mejorar, en lo posible, su calidad de vida.

A continuación se detallan las estadísticas de atención para el año 2005 de cada una de las consultas profesionales (las estadísticas de la participación grupal se describen en otro póster).

Se atendieron, en total, 7330 personas en la Unidad de Soporte Oncológico. Las consultas de alivio del dolor y cuidados paliativos ascendieron a 4300. Recibieron atención por fisiatría 25 personas. Las consultas totales de fisioterapia fueron 1729 y de fonoaudiología fueron 107. 554 personas asistieron a consulta psicológica y 443 a terapia familiar por trabajo social. Enfermería hizo asesoría de cuidados a 172 personas.

En el póster se especificarán las estadísticas de consulta mes a mes, los principales motivos de consulta profesional y los programas que ofrece cada especialidad.

En **conclusión** se puede decir que la Unidad de Soporte Oncológico apoya de manera efectiva a pacientes que asisten al Instituto de Cancerología, lo cual ha permitido aliviar, en gran parte, la demanda que hace la comunidad sobre una atención integral al paciente oncológico. Esto ha permitido que se convierta en modelo de seguimiento para otras instituciones de la ciudad de Medellín.

SERVICIO DE FISIOTEPIA ONCOLÓGICA

Unidad De Soporte Oncológico Instituto De Cancerología
Autores: Vélez ME, Pérez J, Ramírez DL, Múnera AM, Álvarez T, Krikorian A, Vargas JJ, Acosta N, Marín G, Parra JC.

Introducción: El cáncer es una enfermedad de gran relevancia en el ser humano, con altos índices de morbi-mortalidad y por ellos con mayor demanda de prestación de servicios en salud desde los diferentes niveles de promoción, prevención y atención. Esto requiere del desempeño de profesionales especializados, aumentando con ello la integridad del trabajo interdisciplinario con una perspectiva científica, tecnológica y humana, apoyados en los objetivos institucionales. Es así como el profesional de Fisioterapia tendrá una participación activa en la atención integral del paciente oncológico.

Justificación: El cáncer crea un indefinido número de alteraciones osteomusculares tanto por la patología como por consecuencias de sus tratamientos; repercutiendo en alteraciones del tono muscular, disfunciones articulares, edemas severos, atrofia muscular marcada, retracciones, alteraciones en la mecánica corporal, movilidad, función y amputaciones entre otras. Es así como se habla de la prioridad en la intervención del Fisioterapeuta con los pacientes oncológicos, quienes además de su problemática de salud, la mayoría no cuentan con los recursos económicos suficientes para el tratamiento y todo lo que conlleva el mismo, como es el desplazamiento a los diferentes centros de atención. Al encontrarse centralizados todos los servicios de atención profesional que requiere el paciente oncológico en su proceso enfermedad-tratamiento, permitirá el manejo de la información de manera oportuna y adecuada, además redundaría en el beneficio del usuario y del mismo Instituto pues aumentaría la cobertura.

Objetivo General: Describir el funcionamiento del servicio de Fisioterapia en el Instituto de Cancerología dentro de la Unidad de Soporte Oncológico con el fin de brindar atención a los pacientes con cáncer para promover su funcionalidad, contribuyendo así a una mejor calidad de vida a los usuarios que acuden al Instituto.

Objetivos Especificos

- Brindar atención integral del paciente oncológico mediante técnicas y modalidades propias de la Fisioterapia.
- Formar parte del grupo interdisciplinario dentro de la Unidad de Soporte Oncológico.
- Dar a conocer la importancia de la intervención del fisioterapéutica en el área oncológica tanto en la prevención como en el tratamiento del paciente.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE FISIOTERAPIA ONCOLÓGICA:

Actividades Educativas: Tienen como objetivo informaral paciente y a su familia sobre la enfermedad y efectos secundarios de los tratamientos que comprometan su funcionalidad y calidad de vida. Su finalidad espreventiva para que no se presenten ciertas complicaciones. Se desarrollanpor medio de charlas, conferencias, etc.

Grupos Terapéuticos: se realizan una vez al mes, se abordan temas y ejercicios específicos según tipo de diagnóstico (Cervix, Ostomizados, Laringectomizados, Mastectomizadas)

Preparación para reconstrucción mamaria: dirigido a pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama y que serán reconstruidas. Es una charla en la cual el cirujano plástico les explica indicaciones y contraindicaciones de la reconstrucción mamaria, tipos de reconstrucción, complicaciones, etc.

Evaluación y Tratamiento individualizado: Se tendrá en cuenta el compromiso de los diferentes sistemas orgánicos, diagnóstico y pronóstico. En el servicio de Fisioterapia se tienen protocolos de tratamiento, según el diagnóstico. En el año 2005 los primeros 10 diagnósticos fueron: Cáncer mama, Linfedema, Cáncer de cabeza y cuello, Parálisis facial, Cáncer de Cerviz, Melanoma, Plexopatia y polineropatias secundaria a tratamiento para Cáncer de mama, Amputación, Osteosarcoma, Próstata.

Visita Domiciliaria: Se establecerán las intervenciones pertinentes que faciliten el manejo del paciente en casa y que por la evolución de su enfermedad se encuentre en cama.

Actividades de prevención y promoción: Realizadas con el objetivo deminimizar o controlar las discapacidades que se puedan generar en el proceso de la enfermedad tanto para el paciente como para el núcleo familiar: Asesoría prequirúrgica a pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama, Hidroterapia, Imagen corporal.

ATENCIÓN GRUPAL A PACIENTES CON CÁNCER

Unidad De Soporte Oncológico Instituto De Cancerología
Autores: Autores: Ramírez DL, Vargas JJ, Krikorian A, Múnera AM, Vélez ME, Pérez J, Álvarez T, Acosta N, Marín G, Parra JC.

A nivel técnico la Oncología cuenta con objetivos y procedimientos muy precisos para enfrentar el cáncer de acuerdo a la etapa de evolución de la enfermedad.En algunas oportunidades es posible plantearse la posibilidad de curación, de aumento de supervivencia e intervalos amplios libres de enfermedad, en otras es necesario enfrentarse ante una situación de deterioro progresivo y terminal donde el ofrecimiento médico consiste en el cuidado y manejo de los síntomas que le impiden tener una adecuada calidad de vida.Cualquiera que sea el momento en el que un paciente y la familia se encuentren en el proceso va a significar convivir con una enfermedad que genera un gran impacto emocional y relacional que, para la mayoría de los casos, implica la participación en actividades de soporte para poder superar adecuadamente la crisis.

La atención grupal se ha constituido mundialmente en una valiosa estrategia de asistencia y respaldo para el paciente y su familia, ya que el compartir las experiencias vividas por los participantes en los distintos momentos en que cada uno se encuentre respecto a la etapa de su tratamiento o al nivel emocional de aceptación,ofrece elementos importantes en el proceso de adaptación.

Las experiencias y puntos de vista de los integrantes pueden ir favoreciendo el optimismo de los compañeros y estimulándolos a seguir activamente en la lucha.Incluso el compartir momentos como las recaídas o la muerte de alguno, puede ofrecer la oportunidad de enfrentar esta realidad en un ambiente de seguro de apoyo y sensibilidad.

Muchos pacientes comienzan sus tratamientos pensando que son los únicos que tienen cáncer, reciben quimioterapia, tienen síntomas físicos secundarios a los tratamientos, tienen sentimientos de rabia, tristeza, aislamiento, angustia.El grupo aporta la sensación de "Universalidad": "no soy el único que esta viviendo esta experiencia"y el compartirla con otras personas en similares condiciones puede generar un mayor compromiso de superación, ayuda mutua y colaboración.

Los grupos aportan herramientas para mejorar la capacidad de socialización positiva, ya que se no solo permite al paciente salir de su reacción de aislamiento, sino que aprende a escuchar a los otros y retroalimentarse de las vivencias, se encuentran modelos de personas que se están adaptando exitosamente a la enfermedad, surgen sentimientos de utilidad al experimentar el apoyo y la seguridad, crece el sentimiento de valía que se tiene como ser humano.

En los grupos se involucra uno de los elementos más importantes en todo proceso de adaptación, como es la comunicación.El grupo ofrece un ambiente íntimo en el que se comparten todo tipo de experiencias y sentimientos positivos y negativos,que tal vez en otros espacios serían bloqueados. Este proceso comunicativo puede a su vez representar para el paciente la adquisición de herramientas para generar en su propio medio familiar un ambiente de diálogo y movilización de aspectos positivos de cohesión y expresión de la afectividad.

Objetivo General: Presentar las diferentes modalidades de grupo que permitan a los pacientes y/osus familias alcanzar fines terapéuticos, cognoscitivos, recreativos y de terapia ocupacional.

Modalidades Grupales

Grupos de apoyo: Son grupos abiertos en los que las personas pueden ingresar en cualquier momento del año, no tienen una fecha de terminación pues continúan renovándose con nuevo

personal, son homogéneos en enfermedad, tratamiento o edad. El objetivo de los grupos de apoyo es facilitar la expresión de sentimientos y compartir experiencias vividas por los participantes, quefavorezcanla aceptación y manejo de las situaciones presentadas por la enfermedad. Mensualmente se llevan a cabo grupos de apoyo de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, cáncer de cervix, laringectomizados, niños con cáncer, ostomizados, duelo, tratamientos con bifosfonatos, terapia física, imagen corporal.Semanalmente se desarrollan los grupos de cuidado y espiritualidad

Grupos lúdicos: Estos grupos se van creando de acuerdo a las necesidades detectadas en los pacientes y sus familias y los recursos de apoyo con que se cuente en la unidad de soporte.Tienen como objetivo generar espacios de terapia ocupacional y promoción de la salud mental, al permitir integración de los participantes, socialización, aprendizaje de un arte y ocupación del tiempo libre. Bajo esta modalidad se realizan grupos de talla de madera, marquetería, ta-lleres artesanales, pintura en tela, country en tela, pintura artística, plastilina, expresión corporal, asesoría de imagen, hidroterapia, celebración de días clásicos, entre otros

Grupos psico educativos: Songrupos q uetienen como fin brindar al paciente y su familia elementos que incrementen su conocimiento acerca de la enfermedad, los tratamientos y la vida en general. Para lograr este objetivo se realizan ciclos educativos sobre el cáncer y sus tratamientos, conferencias, talleres

Proceso de Atención: En el póster se detallará de manera gráfica y en tablas el proceso de creación, implementación y puesta en marcha de los grupos.

Estadisticas de Procesos Grupales: En el póster se detallarán las estadísticas de participación en los grupos en el período 2001 – 2005.

VALORACIÓN DEL SUFRIMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA AVANZADA

Unidad de Soporte Oncológico Instituto de Cancerología
Autores: Gonzalez Y, Mejía MI, Krikorian A.

Introducción: Los pacientes con enfermedad oncológica avanzada usualmente enfrentan grados intensos de sufrimiento a lo largo de su proceso de enfermedad. Con el fin de ofrecer estrategias de intervención psicológicas eficaces en el alivio de su malestar es necesario conocer la naturaleza de su sufrimiento y su relación con variables emocionales.

Objetivo: determinar el grado y las causas del sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado que consultan a la Unidad de Soporte Oncológico del Instituto de Cancerología (Medellín, Colombia)

Metodología: Se utilizó un diseño cuali-cuantitativo, de corte transversal. Los pacientes fueron invitados a participar por su médico paliativista. Se obtuvo un tamaño muestral final de 140 individuos a través de un muestreo por conveniencia. La información se recolectó por medio de una entrevista semi-estructurada realizada por entrevistadores entrenados. Se evaluó la percepción subjetiva del paso del tiempo, se determinó el grado de dolor, ansiedad, tristeza y sufrimiento a través de escalas visuales análogas y se identificaron las principales preocupaciones y los síntomas físicos más relevantes de acuerdo a la descripción de los pacientes.

Resultados: edad promedio de 59 años (SD 14,30; rango 19-95). El 64,3% fueron mujeres (N=90). 54,3% eran casados, 19,3 %solteros, 18,6 % viudos y 11% separados. El 91,4% tenían cobertura en salud a través del régimen contributivo. Los diagnósticos médicos más frecuentes fueron cáncer de cervix, mama y pulmón. Los síntomas físicos más reportados fueron: dolor, astenia y anorexia. Las preocupaciones más relevantes giraron en torno a la enfermedad, la familia y la situación económica. Respecto a la percepción subjetiva del paso del tiempo, el tiempo se le hizo"muy largo" al 36%, "largo" al 15%, "normal" al 34%, "corto" 8% y "muy corto" al 7%. La percepción del paso del tiempo estuvo directamente relacionada con la distracción y el bienestar físico y emocional. Las puntuaciones medias de sufrimiento, ansiedad, tristeza y dolor fueron

respectivamente: 5,2; 5; 4,5 y 4,3, indicando niveles moderados de malestar emocional. Tanto los análisis de t –test como el anova mostraron una relación estadísticamente significativa entre el tiempo subjetivo y el malestar emocional, especialmente la ansiedad y la tristeza.

Conclusiones: Los pacientes en situación de enfermedad avanzada tienen multiplicidad de factores que contribuyen a su sufrimiento. Es importante tener una visión más amplia a la hora de ofrecer atención, ya que factores psicosociales son muy relevantes, incluso más que los físicos. Se encontró una directa relación entre malestar emocional y percepción del paso del tiempo, lo que valida una vez más el método de evaluación indirecta propuesto por Bayés.

PROGRAMA DE TERAPIA FAMILIAR

Unidad De Soporte Oncológico Instituto De Cancerología
Autores: Ramírez DL, Múnera AM, Vélez ME, Pérez J, Álvarez T, Krikorian A, Vargas JJ, Acosta N, Marín G, Parra JC.

A principios del siglo pasadose pensaba que la única posibilidad de concebir las enfermedades, los problemas y conflictos del ser humano era en lo orgánico del individuo y en su sistema intrapsíquico. Posteriormente se concibe que los problemas de salud física y mental también tienen que ver con la interrelación y por lo tanto se pueden resolver dentro de la organización familiar, bajo la premisa de que "los síntomas emocionales y en ocasiones físicos de un individuo son el resultado de la adaptación a la forma como interactúa la familia".

De ahí que sea muy común escuchar que "el cáncer es una enfermedad familiar" porque afecta no solo al paciente que lo sufre, sino a cada una de las personas que se encuentran alrededor de él. Con el diagnóstico de cáncer y los procesos de tratamiento que se deben enfrentar, se da una crisis en la familia que puede ocasionar gran tensión y ansiedad, generando en el grupo actitudes de sobreprotección, conflictos, desorganización de roles, funciones y límites,dificultad para la toma de decisiones, alteraciones en los procesos de comunicación y autoridad. Así mismo la enfermedad exacerba y recrudece situaciones anteriores que no habían sido resueltas tanto en el sistema de la pareja, como en el de los padres y el de los hijos

Por tanto, se hace necesaria la intervención profesional con la familia a nivel de asesoría, orientación y el manejo de las problemáticas emocionales y relacionales que se generan por el cuidado del paciente, pues de lo contrario la familia se empieza a ver invadida por los temores, las necesidades y las confusiones propias del estado de crisis que están viviendo, impidiéndoles tener claridad para enfrentarse con sus propios recursos a las dificultades y obstaculizando en gran medida los procesos médico terapéuticos.

Sin embargo, esta concepción familiar y relacional solo cobra sentido práctico cuando se tiene la posibilidad de integrarla a toda la sintomatología física y a los procesos convencionales de tratamiento, considerando también que una Unidad de Oncología realice intervenciones que estén dirigidas especialmente a abordar las emociones de cada uno de los miembros de la familia, la dinámica de interacción del grupo como tal y las circunstancias sociales, económicas y culturales que los afectan al momento de enfrentarse a la enfermedad

Antecedentes: La Unidad de Soporte Oncológico del Instituto de Cancerología, nace como programa de atención integral e interdisciplinaria, en agosto de 2001, como respuesta a la demanda de soporte emocional que presentaban sus usuarios.En esta misma fecha se crea el programa de atención a las familias de pacientes con cáncer y dolor crónico no neoplásico, el cual es coordinado por una profesional Trabajadora Social, Especialista Trabajo Social Familiar y Terapeuta Familiar, quien con una disponibilidad de medio tiempo, realiza consulta externa, consulta hospitalaria, visitas domiciliarias y actividades grupales

Proposisto del problema: Brindarle al paciente con cáncer, ya sea en fase curativa o paliativa, y al paciente con dolor crónico no neoplásicoy a su familia, una atención integral que involucre los aspectos emocionales y relacionales que están afectando el adecuado proceso de adaptación a la enfermedad y por tanto su calidad de vida.

Objetivos generales:
1. Realizar una función de orientación al paciente y a su familia en la que se le ofrezca apoyo, educación y clarificación de la situación problemática que está viviendo en la actualidad.
2.Realizar un proceso terapéutico que lleve a la familia a expresar sus sentimientos y construir una mejor adaptación al proceso de tratamiento, rehabilitación y/o fase terminal
Objetivos Especificos:
- Intervenir terapéuticamente sobre el impacto de la enfermedad en el grupo familiar, ya sea en el momento de la crisis inmediata al diagnóstico o en el proceso de tratamiento
- Realizar una función de apoyo y favorecimiento de catarsis en las familias que deben enfrentar la enfermedad del cáncer en uno de sus miembros
- Realizar intervención grupal con las modalidades de apoyo, psico educación y lúdica que permita a los pacientes y las familias una mayor aproximación a la enfermedad, sus tratamientos y las emociones que le genera
- Asesorar al paciente y su familia con relación ala adaptación al proceso de enfermedad y tratamiento
- Orientar al paciente con cáncer y a su familia acerca de los recursos existentes en la comunidad que están en condiciones de atender sus necesidades de recuperación y crecimiento como grupo.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN LA UNIDAD DE SOPORTE ONCOLÓGICO

Instituto de Cancerología Medellín - Colombia
Autores: Vargas JJ, Krikorian A, Ramírez DL, Múnera AM, Vélez ME, Pérez J, Álvarez T, Acosta N, Marín G, Parra JC.

Cuidar para aliviar: "Hay alivio cuando encuentro un lugar donde mis manos se vuelven artesanas, músicas, pintoras y escultoras. Siento alivio si ese lugar me permite compartir de una manera terapéuticacon otras personas que están pasando por la misma circunstancia. Hay alivio cuando mi familia se involucra activamente en mi cuidado porque fue entrenada, confortada y fortalecida. Hay alivio cuando palpo con hechos que me están viendo como un ser integral y social."
La Unidad de Soporte Oncológico del Instituto de Cancerología (Medellín, Colombia) se creó hace 5 años y, desde ese tiempo, ha instaurado programas de consulta de alivio del dolor, control de síntomas y cuidados paliativos, psicología oncológica, terapia familiar, medicina física y rehabilitación, fisioterapia oncológica, clínica de la voz, clínica de ostomizados, servicio de nivelación escolar, transporte colectivo de pacientes y familiares. Estos servicios se ofrecen tanto a pacientes ambulatorios electivos como urgentes.
La Unidad de Soporte Oncológico atendió el año pasado un número de 7890 consultas en susdiferentes áreas de servicios. Es la primera en la ciudad en hacer realidad la visión integral de atención con diferentes profesionales interactuando y desarrollando proyectos que disminuyan el sufrimiento de los implicados en la enfermedad neoplásica.
Se ubica en una zona campestre con piscina, zonas verdes para realizar las diferentes actividades, salones comunitarios, consultoriosy una buseta con la que se transportaa los pacientes y sus acompañantes.
Misión de la Unidad de Soporte Oncológico: generar, por medio de un trabajo y enfoque interdisciplinar, el alivio de los síntomas físicos, psicológicos, y familiares de los pacientes con enfermedades terminales y /o enfermedades que generan dolor crónico, a través de un acompañamiento integral y un trabajo en conjunto con las familias y el medio socialde los mismos. Buscando, en último término, la disminución del sufrimiento innecesario y la rehabilitación adecuadaque permitan una mejor calidad de vida y una muerte digna y humana cuando el ciclo vital llegue a su fin.

Visión de la Unidad de Soporte Oncológico: ser un servicio reconocido por el respeto y el trato humano y científico a los pacientes y sus familias como unidad indisoluble, de una manera interdisciplinaria y lúdica, en unión con programas universitarios donde la investigación y la docencia vayan de la mano con la asistencia y el acompañamiento.
Su enfoque está basado en el paradigmabio-psico social y espiritual para la atención de sus pacientes. Esto implica que va mas allá de lo biológico y mira al ser enfermo como unidad con sus familias y la sociedad y cultura que lo envuelve, además de los aspectos transcendentes que le han marcado su rumbo.
Esto implica la creación de programas terapéuticos, educativos, vocacionales y lúdicos para los pacientes y sus familias con el objetivo paralelo a la curación o control de su enfermedad, de disminuir el sufrimiento innecesario y mejorar la calidad de vida de los implicados. En otro póster se detallan cada una de las actividades, los procesos grupales y las estadísticas de participación.
En el presente póster se hará una descripción general de la filosofía que enmarca a la Unidad de Soporte Oncológico y se presentarán imágenes de las instalaciones y las diversas actividades que allí se realizan.
Tiene como objetivo último, dar a conocer un modelo de abordaje integral de la enfermedad oncológica, donde el Instituto de Cancerología ha sido pionero, a nivel tanto local como nacional, de la puesta en marcha efectiva del tratamiento bio-psico-social y espiritual.

"SEGUIMIENTO TELEFONICO" UN PROGRAMA DE ENFERMERIA DENTRO DE LA UNIDAD DE SOPORTE ONCOLOGICO

Instituto De Cancerología
Autores: Múnera AM, Vargas JJ, Álvarez T, Acosta N, Krikorian A, Ramírez DL, Vélez ME, Pérez J, Marín G, Parra JC.

La filosofía del servicio de enfermería de la Unidad de Soporte Oncológico del Instituto de Cancerología de Medellín (Colombia) se enmarca en la definición que Virginia Henderson hace sobre el objetivo de la enfermería "La única función de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano en la realización de las actividades que contribuyan a su salud o recuperación, o a morir en paz; actividades que él desempeñaría sin ayudasi tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios y haceresto en forma tal que lo ayude a independizarse lo más pronto posible".
Y, es en esta concepción, donde se fundamenta el trabajo de enfermería en la Unidad de Soporte Oncológico, centrada en las necesidades del paciente, favoreciendo así su singularidaden el contexto físico, emocional y social,atendiendo desde las necesidades básicas y fisiológicas hasta las necesidades de relación, comunicación y autoestima.
El "Quehacer"de la enfermeraen la Unidad de Soporte oncológicos se orienta hacia 3 propósitos básicos:
1. El bienestary seguridad del paciente mediante el alivio de los síntomas, la ayuda en los cuidados cotidianos y el mejoramiento de la comunicación con él y su familia a través de:
• La asesoría del "cuidado en casa"
• Seguimiento telefónico:
• Atención Domiciliaria:
• Vista hospitalaria a los pacientes Ostomizados
• El cuidado directo en la Unidad:
• Aplicación de Ácido Zoledrónico
2. El mantenimiento del mayor grado de independencia y autonomía (auto cuidado), a través de la asesoría de enfermería al paciente ostomizado, traqueostomizado y mastectomizada reduciendo así las limitaciones e incapacidades derivadas de su cirugía.
3. El mejoramiento de su necesidad de comunicación, de relación y autoestima que se veafectadapor el conocimiento de la enfermedad, por la incomodidad que le causa y por incertidumbre

de su pronóstico,modificando así los procesos de relación con el otro.

En el año 2000,la consulta médica de cuidado paliativo realizada únicamente por el médico empieza a tener el apoyo de otros profesionales como la enfermera;el aumento de la consulta y la cantidad de llamadas telefónicas recibidas por el medico de parte de las familias para preguntar sobre los síntomas no controlados en el paciente, dieron pie para que la enfermera iniciara y liderará un programa que permitirá recoger las inquietudes de la familia y devolver al paciente y a su familiatranquilidad de estar cuidandoa su paciente en casade manera adecuada y con el apoyo de los profesionales de la Unidad.

El propósito del seguimiento telefónico es mejorar de una manera ágil, eficiente y eficaz la atención del paciente, conla participación activa de la familia, devolviéndoleal entorno familiar la responsabilidad y la toma de decisiones en su cuidado.Los criterios de inclusión en el programa son los siguientes: dolor neuropático, dolor incidental, disfunción psicológica, psiquiátrica o familiar uso de alcohol y/o otras sustancias y el inicio de analgésicos derivados de la morfina.Los criterios para dar de alta del programan son3 llamadas consecutivas que el paciente manifieste control de síntomas, falta de motivación o muerte.

Proceso: Una vez identificado el paciente por el profesional de acuerdo a los criterios de inclusión se registra en la agenda y se presenta al paciente y a la familia a la enfermera, se explica el programa y se dan los teléfonos y el buscapersonas. La enfermera realiza el registro (kardex) de acuerdoa los datos suministrados por la historia clínica
Todos los viernes la enfermera llama a los pacientes que ingresaron en esa semana, se explica de nuevo el programa haciendo énfasis en que se puede llamar por cualquier motivo que este causando preocupación o angustia al paciente o a la familia; luegose hace la intervención de enfermería ose consulta al médico o al profesional al que va dirigida la inquietud (psicóloga, terapista de familia, fisioterapeuta o fonoaudiologa),de acuerdo a la necesidad del paciente y se consigna en el kardex. (Ver registro kardex).
Cada 15 días se realiza una llamada de controlpor parte de la enfermera y cuando es por parte de la familia o el paciente se atiende y se registran las llamadas que sean necesarias. En pacientes con enfermedad avanzada se registran un promedio de dos llamadas cada semana y son realizadas por la familia.El paciente que sale por muerte se registra y se ofrece el programa de acompañamiento a la familia por parte de la terapista de familia.
El número de pacientes registrados en el programa de seguimiento telefónico a partir febrerodel año 2002 aenero de 2006 son 452. En una muestra de 36 pacientes que están actualmente en seguimiento telefónico y que llevanun promedio de 3 meses en control, se registraron 157 llamadasyse presentaron los siguientes resultados: 44 veces los pacientes manifestaron un control desíntomas (28.02 %), 30 se quejaron de dolor (19.01%), 20 de desaliento, adinamia (12.7%), 20se queja de estreñimiento (12.7%), 10 de dificultad para orinar (6.39%), 10 de inapetencia (6.39%),9 se encontraroncon vomito (5.73%),8 con trastornos mentales (5.09%), 8 quejas de dificultad para dormir (5.09%), 5 con síntomas de depresión (3.1%), 4 con tristezas (2.54%), 3 con nauseas (2.54%), 3 con edema (2.54%), 3 con hongos(2.54%), 2 con dificultad respiratoria (1.57%), 2 con sangrado (1.57%) y uno con diarrea (0.63%).

En los 4 años que se viene realizado el programa,hemos observadoque las familias que más demandan el servicio (que hacen más llamadas) son las que más se comprometen con sus pacientes y a través del tiempo mejoran el cuidado y el bienestar que proporcionan a su familiar.
Elseguimiento telefónico,han mostrado que los síntomas en este tipo de pacientes pueden modificarse muy rápidamente y el programa permite hacer controla los síntomas y ajustes en elmedicamento., sin que el paciente tenga que esperar a una nueva cita.
La enfermera ha logrado a través del programa cumplir con el objetivo de aliviar los síntomas y

mejorar la comunicación con el paciente y su familia y abrir su cuidado no solo a los pacientes que vienen a la Unidad sino también a los pacientes y familias que están en casa.

ADAPTACION TRANSCULTURAL (ATC) DEL PALLIATIVE OUTCOME SCALE (POS)

Aunque infrecuentemente realizada en sentido estricto, la ATC de una herramienta extranjera constituye un paso imprescindible previo a la fase de validación psicométrica. Este proceso entraña la adaptación no solo lingüística sino también cultural de la población donde se utilizará, previo a haberse asegurado la presencia de equivalencia conceptual, sin la cual cualquier adaptación posible carecería de sentido.
Objetivo: Desarrollar la ATC del POS en castellano (Argentina).
Población y Métodos: Un método clásico de ATC fue mejorado a través de la búsqueda de un grupo de equivalencias basado en el enfoque universalista (1). Se testeó la equivalencia conceptual a través de una revisión de la literatura, entrevistas con expertos y pacientes antes de iniciar el proceso de ATC propiamente dicho. Tras esto, el POS fue traducido y retrotraducido y sometido a la revisión por un Comité de Expertos en CP. La herramienta resultante fue sometida a una prueba de campo con una muestra no-probabilística de 65 pacientes y 20 profesionales relacionados con los CP.
Resultados: Se aseguró la equivalencia conceptual a través de la revisión de fuentes. Los procesos de traducción y retrotraducción hicieron necesario introducir en la mayoría de los ítems cambios relacionados con aspectos gramaticales, diferencias culturales en el uso de vocablos y experiencia conceptual. La acción del Comité de Expertosy el estrecho contacto con el autor del POS llevaron a introducir cambios adicionales en la versión final. La prueba de campo a través de entrevistas estructuradas y entrevistas en profundidad con 65 pacientes resultó crucial para el desarrollo de la versión final. Las etapas seguidas a través del proceso de ATC aseguraron el alcance de equivalencia semántica, de ítem, operacional y funcional,
Conclusiones: Siguiendo una metodología estricta se ha podido desarrollar una traducción culturalmente validada del POS.

PRIMER CURSO CHILENO EN MODALIDAD E-LEARNING DE DOLOR ONCOLÓGICO Y CUIDADOS PALIATIVOS, INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER – MEDICHI 2005

Dra. Marisol Ahumada O., Dr. Tomás Stamm M.

El Instituto Nacional del Cáncer tiene como Misión liderar la lucha contra el Cáncer en Chile y ser centro formador de especialistas.
Desde 1995 existe en Chile el Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, en Julio del 2005 entró en vigencia la ley, que garantiza el tratamiento del Dolor por Cáncer a toda la población. Esto generó la necesidad de crear instancias formativas que, además, con fácil acceso para los equipos de salud.
Se estudió la factibilidad de realizar un curso a distancia, con participación de docentes extranjeros y entre Agosto y Noviembre del 2005 se dictó el primer curso a distancia de Cuidados Paliativos en Chile, se llevó a cabo una alianza entre Instituto Nacional del Cáncer y el Departamento de Educación a distancia de la Universidad de Chile (MEDICHI) y se contó con el auspicio del Ministerio de Salud. Se utilizó la Plataforma tecnológica WebCT que proporciona un sistema de administración, a través del WEB, para todo tipo de contenidos educativos. Se diseñó un curso de 80 horas académicas, 68 a distancia y 12 presenciales. El contenido se ordenó y entregó en cuatro módulos: Generalidades en Cuidados Paliativos, Manejo del Dolor, Manejo de Otros Síntomas, y Equipos de Cuidados Paliativos. Se utilizaron herramientas de comunicación sincrónicas (chat), y asincrónicas (correos y foros), que incluyó resolución de casos clínicos.

Finalmente se realizaron pasos presenciales, para mostrar el funcionamiento de un Servicio y realizar talleres prácticos.
Se inscribieron un total de 41 alumnos: 29 médicos, 6 enfermeras, 2 matronas, 3 psicólogos y 1 químico farmacéutico. La procedencia de los alumnos fue en un 68% de regiones, y un 32% de la capital. Un 85% de los alumnos aprobó el curso.
El curso fue de gran interés, en especial para profesionales de lugares geográficos aislados. Se logró un curso completo en contenidos, incorporando una nueva tecnología de educación, y optimizando el uso del tiempo de docentes y alumnos.

EXPERIENCIA DE USO DEL PARCHE TRANSDERMICO DE BUPRENORFINA EN PACIENTES CON DOLOR ONCOLÓGICO, INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER, CHILE (SEPTIEMBRE 2004, ENERO 2006)

Dra. Marisol Ahumada O., Dr. Tomás Stamm M., Dra. Barbarita Peralta LL., Dr. Ronny Muñoz M.

Desde el inicio de las unidades de alivio del dolor en Chile, se han buscado terapias que logren una eficacia analgésica, con mínimos efectos secundarios, de modo de mejorar de calidad de vida en el paciente oncológico y su familia.
Durante el segundo semestre del año 2004, se introdujo en nuestro país la Buprenorfina en presentación parche transdérmico, 35µg/h, con tecnología matricial, lo cual permite liberaciónconstante del fármaco al torrente sanguíneo y fraccionamiento si pérdida de droga, como ocurría con los antiguos sistemas de parche.
Nos fijamos como objetivo conocer la eficacia del parche de Buprenorfina, la titulación y seguridad en pacientes oncológicos.
Se analizaron retrospectivamente los registros médicos de 53 pacientes tratados entre septiembre del 2004 y enero del 2006, la población tuvo un promedio de edad de 61 años, un 62,3% fueron mujeres y un 37,7% hombres, 64,2% estaba en etapa IV de la enfermedad. A inicio del estudio el EVA promedio era de 5,9, correspondiendo 32% a dolor somático, 34% dolor visceral y un 34% dolor neuropático/mixto.
La dosis promedio de inicio fue de 20µg/h, el 50,9% de la población estudiada recibió 17,5 µg/h (medio parche), el promedio de uso fue de 79,9 días.
El EVA promedio después del primer mes de uso fue de 2,5, el segundo mes 1,8 y el tercer mes 2,2, llama la atención que en el grupo dolor somático hay una variación significativa con disminución de EVA a 1,4 en el segundo mes.
Los efectos no deseados asociados fueron en su mayoría sistémicos y correspondieron a constipación, nauseas, vómitos e insomnio, demostrándose para todos una reducción significativa después del primer mes, para somnolencia y anorexia se encontró un aumento de la sintomatología.
Creemos que el uso de Buprenorfina parche es una buena alternativa para manejo de dolor oncológico, ya que logra adecuada analgesia con disminución de efectos adversos, se abren nuevas puertas de estudio en dolor somático y cánceres productores de nauseas y vómitos.

VALIDACION DEL PALLIATIVE OUTCOME SCALE (POS) EN ARGENTINA

Antecedentes: La mayoría de las herramientas de medición de resultados en CP han sido desarrolladas en idioma inglés, requiriendo ser validadas para proceder a su uso en la población y cultura latinoamericana. Contar con una herramienta de amplio uso a nivel mundial expande enormemente las posibilidades de evaluación de servicios y de investigación en CP.
Objetivo: Validar el POS al castellano (Argentina) en el ámbito de los CP.
Métodos: Se exploraron 1)validez de contenido (VC) y de consenso mediante entrevistas con profesionales y pacientes en CP; 2)VC fue también explorada cuantitativamete (mét. de Lynn);

3)validez aparente a través de 2 focus groups y entrevistas en profundidad con pacientes; 4) Correlación/acuerdo entre pacientes/staff (k ponderada y Pearson); 5)consistencia interna (Cronbach alfa); 6)respuesta al cambio y 7)tiempo para completar el POS.
Resultados: Entrevistas semiestructuradas con 65 pacientes y 20 profesionales revelaron adecuada validez de consenso y VC cualitativa. VC cuantitativa =m 0.86/0.85 para pacientes/staff. Temas emergentes de los focus groups: aspectos intrínsecos/personales; extrínsecos y particulares, todos ellos cubiertos por el POS. Las entrevistas con los pacientes revelaron al POS como un instrumento comprensible, relevante y de confección fácil. El acuerdo pac./staff dentro de +/- 1 score fue aceptable (>75% en 27/29 ítems);k= >0.3 para la mayoría de los ítems en 3 mediciones consecutivas. La consistencia interna fue alfa = 0.67/0.70 para ptes/staff. La respuesta al cambio resultó significativa en50% de los ítems. El tiempo para completar el cuestionario no excedió los 12 minutos.
Conclusiones: Las propiedades cualitativas y psicométricas alcanzadas aseguran que la versión argentina del POS es válida para medir resultados en CP en nuestro país y posiblemente en otros países latinoamericanos. Estos resultados refrendan la aplicación del POS como instrumento de utilidad local y para investigación multicéntrica.

¿CÓMO, CUÁNDO Y DONDE DAR MALAS NOTICIAS?

Dentro del contexto de los cuidados paliativos es usual poner nuestra atención en el paciente, sin embargo, no es el única persona afectada por la situación, también tenemos unos familiaresy un equipo de salud,en continuo contacto con los pacientes, es decir, expuestos al sufrimiento, dolor y muerte.
El equipo de salud y nuestro objeto de estudio, representado por médicos, enfermeras, técnicos, radiólogos, bioanalistas, camareras y otros, se encuentran alrededor del paciente y por ende se encuentran expuestos a dudas e inquietudes sobre su vida: su pronóstico, su sufrimiento tanto físico, como psicológico y en muchas ocasiones este personal de saludno sabe que responder ante tales preguntas, es por ello que en muchas ocasiones: no dan respuestas, quedan en silencio y/oofrecen falsas esperanzas y se muestran evasivos, acarreando como consecuencia pacientes, familiares y/o el resto del equipo de salud en descontentos, sin embargo nos preguntamos: ¿Qué difícil es tener como parte del trabajo transmitir/informar continuamente malas noticias, como por ejemplo: no hay salida, no hay solución, no hay nada que hacer, estamos esperando el final? Y mas si nos centramos en nuestro contexto hospitalario, en donde el volumen de pacientes es alto y las condiciones de los mismos no son las mas adecuadas. Es por ello, que nuestro objetivo general es ofrecer herramientas claras y puntuales de conductas a seguir cuando algún miembro del equipo de salud este expuesto ante estas situaciones sin dañar al otro y sin dañarse a sí mismo.

EMBARAZO ECTÓPICO HEMORRAGICO Y LAPAROSCOPIA CON SUS CUIDADOS POSTOPERATORIOS PALIATIVOS REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Agüin, E; Pérez María G; Céspedes C; Vela V.

Objetivos del Estudio: Los Cuidados Paliativos no se limitan únicamente a las enfermedades terminales, ya que pueden ser aplicados en todas las patologías con el simple propósito de aliviar el sufrimiento tanto físico como mental del paciente y su familia. El diagnóstico del embarazo extrauterino ha sido una de las indicaciones más emblemáticas del uso diagnostico de la laparoscopia.Posteriormente, los primero pasos de la laparoscopia quirúrgica fueron los del tratamiento del embarazo ectópico. Sin embargo la conducta actual en mucho de los hospitales es optar ante una laparotomía exploratoria en casos de embarazos ectópicos hemorrágicos concompromiso hemodinámico por su eminente riesgo, con la consecuencia de periodos prolongados de recu-

peración mas traumáticos, dolorosos y costosos. El objetivo del presente estudio es demostrar los beneficios de un manejo mas arriesgado de la laparoscopia, para aliviar elsufrimiento del paciente en el postoperatorio. Así como también la mortalidad en estos casos ha disminuido gracias a esta técnica. Metodo Adoptado: **Estudio descriptivo de caso clínico:**Paciente de 29 años, consultando con dolor abdomino-pélvico, vómitos, sangrado genital, imposibilidad para la marcha, atraso menstrual de 7 semanas. EF: taquicardica, taquifigmica, taquipneica, hipotensa (90/50 mmHg). **Piel**: fría, palidez muco-cutánea intensa. **Abdomen**: dolor abdominal a la palpación superficial y profunda con signos de rebote y olas ascíticas. Rs Hs disminuidos. **Genitales**: sangrado endocavitario moderado, no fétido, cuello largo, posterior y cerrado, dolor intenso en fondo de saco y a la movilización de periné, tumoraciòn anexial izquierda, defensa muscular a la palpación bimanual. **Laboratorio:** hemoglobina 6.2 mg/dL, hematocrito 17.9%, masa roja disminuida, desviación a la izquierda de blancos. **Conducta**: Expansión de espacio intravascular con soluciones cristaloides, hemotransfusión de urgencia, llevándose a quirófano, practicando laparoscopia ginecológica. **Hallazgos:** sangre libre en cavidad (2.800 cc), incoagulable, tumoración anexial izquierda con adherencia en pared pélvica, útero, recto y colon sigmoide, congestión de serosa peritoneal, procediendo al drenaje del contenido, adherensiólisis del magma descrito y salpìngectomia izquierda con reinserción del ligamento útero-ovárico. **Resultados Obtenidos:** Evolución satisfactoria permaneciendo 48 horas en la institución. La aplicación de esta técnica es infrecuente en pacientes con compromiso hemodinámica por sus apreciables riesgos, sin embargo ha ganado aceptación diagnóstica y terapéutico del embarazo ectópico no complicado. **Conclusión:** el manejo laparoscópico del embarazo ectópico es virtualmente posible en todos los pacientes con esta patología, demostrándose que en manos expertas y con los recursos adecuados esta técnica es segura y menos costosa que la cirugía abierta y el tratamiento médico.

EL CONCEPTO DE AUTONOMÍA EN SALUD: UN ANÁLISIS COMPARADO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA, ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CUIDADOS PALIATIVOS.

Instituto Gino Germani (UBA-CONICET), Unidad de Cuidados Palaitivos, Hospital Tornú-Fundación FEMEBA
Mario Pecheny, Mariela Bertolino, Juan Pedro Alonso, Hernán Manzelli y col.

Introducción: Los temas relativos a la autonomía (información, consentimiento, confidencialidad, competencia, toma de decisiones) son cruciales, personales y problemáticos.
Objetivo: Construir una tipología de pacientes según su autonomía, fundada teórica y empíricamente. **Metodología y fuentes:** Estudio empírico con 3 grupos: salud sexual-reproductiva; enfermedades crónicas (hepatitis C y VIH/sida); y cuidados paliativos.
Pacientes contactados mediante bola de nieve, y para paliativos en un servicio. Las 45 entrevistas semi-estructuradas fueron grabadas, codificadas y analizadas incluyendo software para material cualitativo, siguiendo una orientación inductiva y comparativa.
Resultados: Los resultados preliminares se sistematizan en una tipología sobre el "ser paciente". Se plantean tres tipos de pacientes definidos según su autonomía: sujeto pasivo, consumidor/usuario, e interlocutor-ciudadano.
Se analizan dimensiones generales de la constitución de la autonomía subjetiva (recursos socioeconómicos, nivel educativo, género y sub-sistema de salud) y específicas (referidas al "capital de paciente", ligado al aprendizaje a vivir con una patología o cuestión de salud y a la relación con profesionales y servicios). Las dimensiones se analizan tanto, respecto de las interacciones en la consulta y/o servicio, como fuera de ellos, y sobre aspectos directamente vinculados con la enfermedad/cuestión de salud y tratamientos, como a aspectos de la vida cotidiana.
La autonomía, que había sido definida a priori como un valor deseable y "de llegada" en un proceso de ciudadanización, se reveló como un concepto no unívoco. Apareció como un valor no automáticamente deseable, en el sentido de que siempre es bueno saber para decidir y poder

obrar en consecuencia con lo que se sabe y se quiere.
Conclusiones: El análisis de diversas situaciones, algunas de ellas límite, permite problematizar y operacionalizar qué se entiende por "sujetos autónomos" en el ámbito de la salud-enfermedad.

PROCESO DE CONSTITUCIÓN DEL MODELO DE TRABAJO EN ETICA APLICADA (EA) EN CUIDADOS PALIATIVOS (CP)

Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Tornú-Fundación FEMEBA
Autores: Bertolino Mariela MD, Farias Gisela Ph.D, Wenk Roberto MD.

CP es un área atravesada por variables como enfermedad, sufrimiento, deseos y valores depacientes y familias y equipo, disponibilidad de recursos, etc. La perspectiva de la EA se torna indispensable puesto que convoca a reflexionar, a examinar la legitimidad de los actos y promueve la toma de decisiones que respeten la singularidad y la diversidad.
Objetivo: Describir el proceso de integración de la EA en 1 unidad de CP.
1° Etapa : 1996/8: Necesidad de profundizar la perspectiva ética en la problemática cotidiana. Inicio de formación en Bioética. **2° Etapa:** 2000/1: Pasantía de eticista. 2002/5: **A)** Cambio orgánico: Inclusión de asesora en EA como miembro estable del equipo de CP. Intervención sistemática: análisis de casos, elaboración de guías para la toma de decisiones; docencia. **B)** Cambio cualitativo: Interacción de la eticista con pacientes con el propósito de entrelazar losaspectos concretos y bioéticos. Integración continua de la EA: asesoramiento, formación interna y externa; producción de material académico; elaboración de recomendaciones profesionales, pacientes y comunidad sobre obligaciones, derechos, alternativas terapéuticas; interconsultas otros servicios. **Discusión:** La integración de la perspectiva ética a la tarea cotidiana fue progresiva, requiriendo distintas fases de construcción y reformulación de la actividad. El proceso se facilitó por la capacidad de trabajo en equipo y la motivación para integrar la dimensión ética a la tarea diaria, atributos que disminuyeron el impacto negativo de algunas condiciones: desnivel en la formación bioética, escaso tiempo para capacitación, tasa de rotación de profesionales, ba-rreras de comunicación y distintas opiniones sobre la perspectiva ética.
La EA permitió articular la reflexión teórica; con los aportes de los eventos cotidianos concretos (condiciones clínicas, singularidad de deseos de los involucrados, disponibilidad de recursos humanos y materiales) en los procesos decisionales.

DESARROLLO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS (CP) DE ADULTOS DE ROSARIO (UCPAR) (ARGENTINA) EN EL MARCO DE UN PROGRAMA MUNICIPAL DE CP

Fornells H, Rebello J, Mc Garrell D, Sala R.

En Rosario ciudad de 1.000.000 de habitantes, 2000mueren de cáncer por año. El Sistema de Salud Municipal atiende al 25%. Un acuerdo de la Secretaría de Salud de Rosario y la IAHPC implementa la unidad terciaria dentro delPrograma de Cuidados Paliativos. El Programa prevé asistencia, docencia e investigación. Un Comité de Supervisión, controla las actividades del Programa. Estas comienzan en febrero del 2004. UCPAR cuenta con dos áreas: Ambulatoria e Internación. La primera consta de consultorio externoe interactúa con 50 Centros de Salud Periféricos y 4 Hospitales. La Internación tiene 6 camas con derivación de pacientes con problemas complejos con evaluación Médica, Enfermería, de Psicología y S. Social. Las herramientas de evaluación son a través del ESAS, MMT, EFAT, ESSCP y CAGE.
Durante el primer año de la Unidad se realizaron:
- 625 consultas ambulatorias
- 195 pacientes nuevos (128 del área ambulatoria)
- 39% de los pacientes que mueren por cáncer en Rosario fueron asistidos

Palabras clave: Dolor neuropático, Escala Visual Análoga, Gabapentin, Amitriptilina.

"VALORACION DE LA DEPRESION EN PACIENTES EN EL FIN DE LA VIDA"

OBJETIVOS:

Autoras: Lic. en Psicología Ana Ormaechea - Lic. en Psicología Ana Luz Protesoni
Hospi Saunders, Asociación Española, Montevideo Uruguay.

-Valorar la presencia e intensidad de los estados depresivos en pacientes oncológicos en tratamiento de cuidados paliativos, en etapa terminal y hospitalizados.
-Indagar la relación entre: estados depresivos - dolor, estado físico, conciencia de morbilidad y apoyo familiar.
-Detectar los mecanismos de defensa que se ponen en funcionamiento en la etapa terminal.

METODO ADOPTADO: Se realizó un estudio de cohorte con metodología de investigación cuanti y cualitativa utilizándose entrevistas abiertas y técnicas estandarlizadas. La muestra: 30 pacientes oncológicos adultos (ambos sexos), en etapa terminal, internados en unidad de cuidados paliativos, sin antecedentes de tratamiento psiquiátrico ni deterioro cognitivo. Variable dependiente: índice de depresión (escala de Zung). Variables independientes: apoyo familiar; dolor (escala ordinal de Keele); estado físico general (Performance Status de Karnofsky); grado de conciencia de morbilidad; mecanismos de defensas predominantes.

RESULTADOS OBTENIDOS:

-El 46 % de los pacientes no tienen depresión; el 30 % depresión leve; el 19 % depresión moderada y el 11 % depresión grave.
-Encontramos correlación entre los índices de "no depresión" y "depresión leve" con la ausencia de conciencia de morbilidad. Se correlaciona la "depresión moderada" y "grave" con conciencia de morbilidad, ya sea parcial o total.
-El 69 % de los pacientes tuvieron un índice de Karnofsky de 40%; el 61% un nivel 1 de dolor y el 84% estuvieron acompañados.
-El índice de depresión no aumenta correlativamente con el aumento del índice de Karnofsky, con el nivel del dolor y o la ausencia de acompañamiento familiar.
-No hay correlación entre el índice de depresión y los mecanismos de defensas. El 80 % utilizan la negación, el 50 % la racionalización, el 46%la disociación, independientemente del índice de depresión.

CONCLUSIONES:

-La mayoría de los pacientes oncológicos en estadío terminal hospitalizados no presentan índices de depresión.
-Los índices de depresión se correlacionan con la conciencia de morbilidad.

NUEVAS HIPOTESIS:

-Considerar la incidencia en los bajos índices de depresión de la internación en una unidad de cuidados paliativos, dado el control de síntomas, la continentación y expectativas en el paciente.
-Considerar la correlación entre los índices de depresión y las modalidades de funcionamiento psíquico previos al estadío terminal.
-La depresión en estas etapas puede presentarse a modo de "desvitalización".

CREACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIO EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (HCJSM).

Rosa Mertnoff, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires.

Introducción: En Septiembre de 2004 se puso en marcha el programa de atención domiciliaria del Hospital de Clínicas (PAD), para una población de 50.000 adultos mayores de la Capital Federal, de la Obra social de Jubilados y pensionados, cuya asistencia corresponde a nuestro hospital por sistema de capitación. Este programa, con raíces en el modelo sociosanitario catalán, fue adaptado al sistema de organización, provisión y financiación argentino y a aspectos de carácter demográfico, sociocultural y económico.

Objetivo: Presentar la experiencia de un modelo sociosanitario latinoamericano para la atención de adultos mayores, en el marco de la organización sanitaria argentina.

Desarrollo: Poniendo énfasis en el desarrollo de sistemas integrales se diseñó el PAD del HCJSM. Se realizó una evaluación basal de necesidades, recursos existentes y dispositivos necesarios. La concepción en red vinculó los elementos del sistema. Se definió dos grupos de usuarios: pacientes crónicos (cáncer y pluripatología del geronte) y conintercurrencias agudas (procesos infecciosos). Se contrató a 20 profesionales entrenados en CP y en atención primaria con una concepción inicial polivalente ajustada a la demanda. Se estableció una reunión semanal de cuatro horas para discusión interdisciplinaria.

Resultados: En quince meses se asistió a 220 personas: 55% presentó patología oncológica, 6% patología crónica avanzada no oncológica y 33 % infecciosa. El 37% obitó, el 32% fue dado de alta, el 15 requirió internación y el 16 sigue en atención. El PAD incluyó la provisión de fármacos, la extracción de sangre domiciliaria y la programación de traslados al hospital para valoración por especialistas.

POLÍTICA DE GESTIÓN INTEGRADORA PARA EL FORTALECIMIENTO SOCIAL DE UN MODELO ASISTENCIAL EN CUIDADOS PALIATIVOS.

Mertnoff, Rosa; Nadal Carolina; Rosso Ana; Tranmar Carina. Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires.

Introducción: Luego de 8 años de desarrollo del Programa de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas de Buenos Aires (sector público) se implementa el Programa de Atención domiciliaria (PAD) (Septiembre 2004-). A partir de dificultades sociales detectadas y utilizando un criterio de gestión integrador, se establece una alianza con el Ministerio de Desarrollo Social.

Objetivo general: Presentar el proceso de gestión implementado para responder a las dificultades sociales identificadas por el PADde un hospital universitario de Buenos Aires.

Desarrollo: Al identificar losproblemas que dificultaban o imposibilitaban el cuidado domiciliario (falta de vivienda propia, ausencia de cuidadores en el domicilio, situaciones de riesgo para el cuidador o el paciente, violencia familiar y geriátricos sin control de calidad), se realizaron las siguientes acciones:

• Curso para cuidadores domiciliarios con la doble intención de contar con este recurso y la de crear una fuente de trabajo para personas desocupadas, subsidiadas por el Gobierno e interesadas en el cuidado de los adultos mayores.
• Curso básico de capacitación en Cuidados Paliativos de los profesionales de los siete hogares para adultos mayores de dicho Ministerio.
• Acuerdo para la derivación a estos hogares de pacientes de nuestro programa sin vivienda ni cobertura social.
• Convenio de asesoramiento con el Estudio Jurídico gratuito de la Universidad de Buenos Aires al detectar violencia en los domicilios.

Resultados

• Capacitación de 35 cuidadores domiciliarios. Carga horaria: 198 hs.
• Entrenamiento en Cuidados Paliativos de los profesionales de los hogares. Curso con una carga horaria de 44 hs.
• Asesoramiento permanente del Estudio jurídico de la UBA ante situaciones de violencia familiar

• 38% pacientes murieron en el hospital
• 14% accedieron a Internación Domiciliaria
• Docencia: rotación de médico generalistas. Dos becarias anuales. Curso médico en la red. Curso anual de enfermería.

En el primer año atendió el 39% de la población que muere por cáncer. El área ambulatoria recibió 68% de los pacientes nuevos, vinculándose con la mayoría de los centros de atención primara de la salud y distintas especialidades médicas.
Perspectivas:
- En docencia se pretende lograr que en la red se formen profesionales con conocimientos de Cuidados Paliativos
- Creación de nuevas Servicios de CP en la red
- Creación de un sistema de Residencia en CP.
- Certificación de la especialidad de CP en el Colegio Médico
- Expandir la atención haciapatologías no oncológicas.

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS EM AIDS

Equipe Interdisciplinar de Cuidados Paliativos do Instituto de Infectologia Emílio Ribas – São Paulo/SP- Brasil
Souza, Andréa C. M. S.; Aires, Elisa M, Queiroz, Mônica E. G; Aitken, Eleny V. P.; Barros, Ernestina M. M. C; Cruz, Ronaldo; Furlan, Anna M. L.; Mello, Sandra H. S; Melo, Dorotéia A; Miura, Sônia R;Sousa, Alzelene R; Zerlotini, Maria Teresinha

Objetivo: Apresentar o modelo da capacitação em cuidados paliativos em aids desenvolvido no período de 2002 a 2004 pela Equipe Interdisciplinar de Cuidados Paliativos (EICP) do Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) com recursos do Ministério da Saúde do Brasil, Programa Nacional (PN) de DST/AIDS e UNESCO. **Casuística e método:** foram realizadas 7 capacitações. Os participantes foram definidos pelo PN de DST/AIDS junto com as coordenações estaduais e municipais. O programa da capacitação foi construído utilizando a metodologia pedagógica da problematização centrada na reflexão do cotidiano,e foi composto por 7 Unidades didáticas: 1-Cuidados Paliativos - Fundamentos; 2-Conforto Físico; 3-Conforto Social; 4-Conforto Psíquico; 5-Conforto Espiritual; 6-Equipe Multiprofissional e Comunicação em Cuidados Paliativos; 7-Abordagem a Terminalidade. Inclui ainda a elaboração de uma proposta de trabalho de CP e a unidade de encerramento. As atividades são desenvolvidas em subgrupos multiprofissionais e plenárias com no máximo de 40 participantes. **Resultados:** Foram capacitados 192 profissionais de saúde, sendo 56 enfermeiros (29%), 32 médicos (17%); 32 Assistentes Sociais (17%); 31 psicólogos (16%), 08 Terapeuta Ocupacional/Fisioterapeuta, 33 Outros (17%). Oriundos de 8 Estados da Federação, 41 cidades mais o Distrito Federal e dois profissionais da África de língua portuguesa. **Conclusão:** O número de profissionais capacitados em CP deve estar aquém das necessidades visto ao número de casos de Aids no Brasil. Consideramos a necessidade de construir um instrumento para avaliar o impacto do programa.

CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES COM SIDA -2004

Equipe Interdisciplinar de Cuidados Paliativos do Instituto de Infectologia Emílio Ribas– S. Paulo- Brasil
AIRES, Elisa M, QUEIROZ, Mônica E. G; SOUZA, Andréa C. M. S.; AITKEN, Eleny V. P.; BARROS, Ernestina M. M. C; CRUZ, Ronaldo; FURLAN, Anna M. L.; MELLO, Sandra H. S; MELO, Dorotéia A; MIURA, Sônia R; R; ZERLOTINI, Maria Teresinha

Objetivo: Apresentar a experiência de trabalho da Equipe Interdisciplinar de Cuidados Paliativos com pacientes com SIDA no ano de 2004 no Instituto de Infectologia Emilio Ribas, o maior

hospital de doenças infecto-contagiosas do Brasil. **Casuística e método:** Nossa casuística foi de 64 atendimentos a pacientes com SIDA hospitalizadosno período de janeiro a dezembro de 2004.. A Equipe realizou os atendimentos multiprofissionalmente através de pedidos de interconsultas por solicitação do médico infectologista responsável pelo paciente. **Resultados:** Os principais motivos de solicitação foram: dor de difícil controle em 54,3% e avaliação prognóstica em 35,7%. Sessenta porcento dos pacientes tinham imunossupressão severa (linfócitos CD4+ abaixo de 200/mm3), 77,4% tinham doença avançada (classificação C3-CDC-1992) e 90% tinham índice de Karnofsky abaixo de 70. Os principais problemas físicos identificados foram: dor em 54,3%, caquexia em 19,0%, dependência de atividades de vida diária/ (AVD) em 17,8%, alteração de motricidade em 15,9%. Outros problemas relevantes foram: conflitos dedinâmica familiar em 81%, dificuldades socioeconômicas em 75,7%, dificuldades com o cuidador em 45,5%, dificuldade de adaptação a crise em 52,1%, dificuldade de elaborar perdas em43,5%, e solidão em 63,2%. As principais intervenções multiprofissionais foram: analgesia com opioides fortes e fracos em 46,5%, treino e orientação das AVD em 43,5% , identificação e orientação de cuidadores em 67,6%, companhia em 89,5%, alimentar a fé e a esperança em 68,4%, psicoterapia de apoio 52,7%. **Conclusões:** O número de pacientes atendidos pela Equipe provavelmente está aquém da real necessidade; a dor é o principal motivo de solicitações; a solicitação de discussão prognostica é também um motivo freqüente; a maioria dos pacientes encontra-se em estágio avançado de doença; a abordagem multiprofissional favorece a detecção e abordagem integral de sintomas referidos nos pedidos de interconsulta.

CURSO VIRTUAL DE FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Hospital de Clínicas "José de San Martín"– Córdoba 2351– Ciudad Autónoma de Bs. As
TE: (00)5411- 5950-8051 – Email: pcp@hospitaldeclinicas.uba.ar
Responsables: Dra. R. Mertnoff, Lic. C. Nadal, Dra. I. Pincemin, Dra. A. Taborda

INTRODUCCIÓN: La Educación Continua se vale cada vez más de las posibilidades que ofrecen losmedios virtuales para permitir el acceso de mayor número de personas a la formación específica independientemente de su lugar de residencia. El Programa de Cuidados Paliativos y La Facultad de Medicina Virtual de la Universidad de Buenos Aires ofrecerán unCurso Universitario dirigido a profesionales de la salud
PROPÓSITOS GENERALES DEL CURSO: 1) Promover el entrenamiento en Cuidados Paliativos de profesionales de la salud; 2) Propiciar el desarrollo de los Cuidados Paliativos a través de su inclusión en la currícula de postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. **DESTINATARIOS DEL CURSO:** médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y demás profesiones vinculadas a los Cuidados Paliativos.**MODALIDAD DEL CURSO:** las clases serán enviadas quincenalmente. Constarán de material teórico y actividades a desarrollar. Se accederá a tutorías que permitirán el seguimiento de los participantes del Curso. Están previstas las evaluaciones correspondientes.
CONCLUSIONES: Este primer nivel de entrenamiento en Cuidados Paliativos permitirá el acceso de numerosas personas a la formación académica en esta área, permitiendo posteriormente un abordaje avanzado por disciplinas.

PROYECTO EPS, 2005, REDASISTENCIAL DELPROGRAMA ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS SSTHNO

Objetivo: detectar un problema que impide el buen desarrollo del programa de los cuidados paliativos y alivio del dolor que se encuentra en la garantía específica de salud (GES).
Metodología: Aplicar el proyecto de educación permanente en salud (EPS) a los miembros de los equipos de la red asistencial del programa Alivio del dolor y Cuidados paliativos.
Resultado: A partir de la encuesta, se detectó que el problemase situaba en el seguimiento del

paciente en final de su vida una vez que se encuentra a su domicilio. Los registros de las visitas a domicilio son insuficientes. La reuniones semanales entre los distintos equipos y mensuales entre el equipo coordinador permitieron elaborar un registro común y una unificación en la visita a domicilio. Un registro común permitió al equipo una mejor comunicación entre sí, una sistémica de los actos realizados en el domicilio. Una mejor atención para el usuario y su familia.
La aplicación del proyecto EPS permite detectar en el seno del programa falencias y fortalezas y así seguir adelante mejorando el programa.

USO DEL 2DO Y 3ER ESCALÓNDE LA OMS EN UN CENTRO DE ATENCIÓNTERCIARIO DURANTE EL AÑO 2005.

Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional del Cáncer, Santiago-Chile
Dra. Veronica Kramer, JManuel Burgueño, Dra Marisol Ahumada

Las Unidad de Paliativos estaninsertas en distintos niveles de complejidad de atención. Por tanto realidades muy diversas que se pueden reflejar tanto en recursos como objetivos. Nuestra unidad esta inserta en un centro oncologico. **Objetivo:** evaluarel uso dela escalera de la OMS en una unidad de nivel terciario, opiodes usados, tipos de dolor y escalamiento de dosis de morfina. **Resultados:** se analizaron 188 pacientes ingresados en el año 2005. La edad promedio fue de 65 años (22 – 96) y59% mujeres, estadio del cáncerun 35,2% en etapa III y 56% IV.A la fecha un78,2% esta fallecido, 12,8%trasladado y en control 9%, la permanencia promedio es de 78 días (1-288). Los 5 tipos de cáncermás frecuentes fueron: gástrico (19,6%), mama (12,5%), pulmón (7%), cérvix (5,4%) y vesícula (4.5%). Al ingreso un72,3% presento dolor moderado a severo y al egreso 85% presentabadolor leve o sin solor , ningún paciente estaba con dolor severo. La distribución por tipo de dolor fue visceral43%, somático 17% y neuropático solo o mixto un 28%. Los pacientesingresan: sin analgesicos 20%, en OMS I 16%, II 53% y III 11% en la evaluación final estos cambia a 9,6 %, 45 % y 42 % respectivamente. Los opiodes utilizados (dosis promedio día) fueron:codeina 46 % (168mg), tramadol 27,7% (207mg), morfina oral 15% (oral 80mg), morfina sc 11% (27mg),metadona0.5% ybuprenorfina 0.5% (17,5ug). El incremento de morfina fue de 1.0mg/día por vía oral y 2,3mg vía sc. Conclusiones: de los pacientes con cáncer avanzado que ingresan a esta unidadinserta en un nivel terciario de atención llegan 2/3 con dolor moderado a severo ybajo OMS II en un 50%. Posterior al ingreso se logra un adecuado control del dolor en mas de 80% utilizando el II peldaño en casi la mitad de los pacientes y sin llegar a las dosis máxima de los opiodes débiles; y un 42% bajo OMS III, especialmente morfina oral o subcutaneasin llegar a requerir altas dosis destacando un bajo escalamiento promedio día.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN SOCIAL PARA EL INGRESO DE PACIENTES AL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PAD)

Tranmar K; Nadal C; Buero S; Mertnoff R.

Antecedentes: Se revisaron instrumentos de recolección de datos provenientes del Trabajo Social aplicados en el área de la salud y contenidos teóricos de los Cuidados Paliativos.
Objetivos: Describir y analizar los criterios de evaluación utilizados desde el área social para el ingreso de pacientes al Programa de Atención Domiciliaria.
Método: Se construyeron criterios para la inclusión de pacientes al PAD desarrollando una evaluación interdisciplinaria que integra tres disciplinas: medicina, enfermería y trabajo social. Para este estudio se centrará el análisis en la evaluación desde el Trabajo Social.
Resultados: Para la puesta en marcha de este nuevo dispositivo asistencial, fue necesaria la discusión y el diseño de los criterios para el ingreso de pacientes al PAD. Se pueden discriminar dichos criterios en tres grupos: 1) criterios institucionales: 2) criterios del PAD: 3) criterios de evaluación profesional. Este trabajo se abocará exclusivamente a analizar ésteúltimo. La evaluación social contempla los siguientes criterios: a) estructura familiar y dinámica vincular; b) existencia de cuidador principal; c) situación económica, d) situación habitacional, e) redes sociales de soporte externo.
Discusión: Hacer una evaluación social es construir la historia del paciente como sujeto histórico, social y cultural que vive en su medio familiar y que se encuentra atravesando un proceso de enfermedad y considerar si su medio puede contenerlo y dar respuesta a las necesidades que aparecen a partir de la nueva situación. Es imprescindible destacar que lo distintivo de la realidad socio-familiar implica pensar a la salud-enfermedad no desde un análisis lineal sino por el contrario en permanente dinamismo.

CONSTRUCCIÓN DE VARIABLES SOCIALES EN EL ÁMBITO DEL TRABAJO SOCIAL Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Nadal C; Tranmar K.; Mertnoff R.

Antecedentes: La indagación de experiencias desarrolladas por profesionales del Trabajo Social en relación con el registro y sistematización de los procesos de los pacientes y las familias atendidos por Unidades de Cuidados Paliativos en el país, invita a profundizar el análisis de variables e indicadores que optimicen la intervención del equipo de salud. Se considera imprescin-dible en el Trabajo Social en Cuidados Paliativos la construcción de instrumentos quepermitanlarecolección de datos y la sistematización rigurosa de los mismos. **Objetivos:**Describir las variables sociales propias de la dinámica paciente-familia en Cuidados Paliativos y analizar los indicadores que se desprenden de las variables seleccionadas. **Métodos:** Apartir de la casuística y del marco teórico queofrecen las Ciencias Sociales y los Cuidados Paliativosse construyeron las siguientes variables sociales para la indagación de datos: 1) evaluación de la estructura fami-liar; 2) situaciones de riesgo del cuidador principal; 3) situaciones de riesgo familiar; 4) deseos expresados por el paciente. Resultados: Se construyó un instrumento que permite: 1) la siste-matización de información; 2) el desarrollo deestrategias de intervención del equipo de salud; 3) la producción de conocimiento científico. Un instrumento con las características anteriormente señaladas es de verdadera importancia ya que genera nuevos interrogantes, no sólo para futuras investigaciones sino para la permanente discusión de nuevas modalidades de intervención en el ámbito familiar dentro de los Cuidados Paliativos. **Discusión:** Las familias con algún miembro en riesgo de mortalidad, presentan permanentes cambios, ello supone modificar constantemente dinámicas que vinculan y posicionan los roles familiares y sociales..

PROCESOS FAMILIARES EN EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS

Autores: Campese Gabriela; Diuorno Liliana; Mertnoff Rosa

INTRODUCCION: Los cambios sociales, políticos y económicos producidos en las dos últimas décadas, han repercutido en el seno familiar (la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la pauperización de la clase media, etc.) Esto se profundiza con la aparición de una enfermedad incurableen un miembro del sistema familiar quelleva a la construcción y recreación de vínculos afectivos, y ajustes personales y grupales en la nueva adjudicación y asunción de roles. El presente trabajo desea describir las transformaciones en el grupo familiardurante el proceso salud-enfermedadpara llegar a una adaptación adecuada. **OBJETIVO GENERAL:** Describir y analizar los arreglos domésticos para el cuidado de los pacientes en el ámbito domiciliario de atención en la **MATERIAL Y METODOS:** Estudio descriptivo de análisis cualitativo de los registros y observaciones realizadas durante la atención a pacientes y familias desde el Programa de Atención Domiciliaria durante el periodo septiembre 2004 a julio 2005.
CONCLUSIONES: Las familias dentro del PAD, han sido principalmente díadas de adultos mayores. Uno de sus miembros padecía una enfermedad progresiva incurable, con y sin hijos

convivientes. Sus necesidades sociales más relevantes consisten en la apropiación de redes sociales formales e informales. La obtención de cuidadores adecuados es uno de sus mayores requerimientos. Las familias realizan modificaciones diarias para cuidar y cuidarse ante el progreso de enfermedad. Cada una de ellas encuentra su propia modalidad de acuerdo a sus valores, creencias e historias de vida. Los cuidadores se pueden dividir en dos grupos: familiares (convivientes o no), contratados e integrantes de las redes primarias de contención.. Las modalidades de atención se distinguen si ponen su mirada tanto en el aspecto práctico como en el emocional.

RESULTADOS EPIDEMIOLÓGICOS Y DE SATISFACCIÓN EN AUDITORIA INTERNA DEL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS,HOSPITAL DE CLÍNICAS, UBA

Autores: R. Mertnoff; I. Pincemin; A. Taborda; A. Rosso

Introducción: Se efectuó un relevamiento epidemiológico de los pacientes asistidos en el servicio en el año 2005 y la respuesta de satisfacción de sus familiares al final de la intervención. **Objetivos:** Evaluar las características de la población asistida y opinión de usuarios y equipos relacionados. **Material y métodos:** Revisión retrospectiva de todas las historias clínicas correspondientes al período 2005 y procesamiento estadístico del mismo. **Resultados:** Total de consultas: 1966. Total de pacientes 1ª consulta: 160; oncológicos 147. Sexo femenino 52%. Edad promedio: 63.74. Distribución según criterio de egreso: óbito 25%; pase al PAD 18%; abandono 14%.Causa de abandono: resistencia a tto. 40%; vivienda apartada 26%. Zona de residencia: Capital 51%; Conurbano 41%. ECOG promedio al ingreso: 1,94. Con OS 62%. Patología oncológica prevalente: cabeza y cuello, colorrectal y pulmón: 12% c/u. Tiempo medio de atención (fallecidos): 48,32 días. Motivo de consulta: dolor + otro síntoma 50%. Síntomas prevalentes: dolor 76% astenia 15%; tristeza 12%. ENA promedio dolor primera consulta: 5,86.Opiode más utilizado: morfina 39%.Dolor al óbito: ausente 67%; leve 20%. Requerimiento de Hospital de día: 37%. Motivo de hospital de día: evaluación pase a PAD 21%; dolor no controlado 15%. Comunicación de familiares al óbito: agradecidos 75%. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes presentaba patología oncológica y edad avanzada, con ligera preponderancia del sexo femenino. El dolor resultó el síntoma prevalente. La residencia apartada no fue obstáculo para que muchos iniciaran su tratamiento, recurriendo a servicios zonales al progresar la enfermedad. El Hospital de Día constituyó un valioso recurso para la atención integral. Los familiares de pacientes atendidos hasta su óbito manifestaron satisfacción con la atención recibida.

"FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PSICOSOCIAL IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS EN CUIDADO PALIATIVO (CP)"

Ps. Violeta Cádiz D., Dra. Natalie Rodríguez Z., EU Chery Palma T., EU Claudia Farias M.

Unidad de Hemato-Oncología. Hospital de Niños Roberto del Río. Santiago. Chile.

Introducción: En nuestra unidad perteneciente a la red PINDA (Programa Nacional de Cáncer Infantil) del Ministerio de Salud de Chile, la atención del paciente oncológico pediátrico, se realiza como un "continuo", desde el diagnóstico hasta las etapas avanzadas de la enfermedad. Esto permite establecer una relación estrecha entre paciente, familia y equipo tratante, facilitando la atención en situaciones difíciles como la etapa de CP. Desde 1998, el PINDA cuenta con un Protocolo de Seguimiento Biopsicosocial, cuyo objetivo es efectuar un control desalad mental de los pacientes tratados en los diferentes protocolos oncológicos. Objetivos: Analizar si los factoresprotectores y de riesgo del área psicosocial, pesquisados al diagnóstico tienen algún valor predictivo en la calidad de la atención durante CP y analizar si el tiempo de permanencia en tratamiento, es un factor importante a considerar. Material y Método: Revisión retrospectiva

de fichas psicológicas incluídas en el Protocolo de Seguimiento Biopsicosocial de pacientesingresados a CP desde 2002 al 2005. Se registró edad, sexo, lugar de procedencia familiar, tiempo total de la enfermedad (TTE), tiempo tratamiento activo (TTA) y de cuidado paliativo (TCP). Se registraron los factores protectores y de riesgo, y el diagnóstico de salud mental más actualizado, antes de ingresar a CP. El grado de satisfacción del equipo en relación a la atención realizada en CP, se evaluó con una encuesta descriptiva, auto-administrada al equipo. Resultados: Se analizaron 33 pacientes, 32 fallecidos y 1 en CP activo. El promedio deingresos anuales a CPfue 8 pacientes. Hubo predominio de varones (60.6%), mediana de edad 8 años. 57.5% de los casos eran de provincia. Sólo 6% del TTE correspondió a TCP. Los factores protectores y de riesgo psicosocial más frecuentes fueron: presencia de la madre en el hospital (96.9%), gratuidad de la atención (78.8%), vivir en la misma ciudad del centro hospitalario(42.4%), la funcionalidad familiar (30%), la actitud positiva de la madre(33.3%), buenas redes de apoyo familiar (27.2%) y disfunciones familiares severas y medianas. Hubo una correlación directa entre mayor duración del TTE y mejor percepción de la calidad de atención en CP.También entre mayor cantidad de factores protectores psicosociales al diagnóstico y mejor calidad de atención en CP. Comentarios: a mayor TTE, mejor es la calidad de los cuidados paliativos, lo que refuerza nuestro "modelo de atención continua". La presencia de la madre en el hospital durante el tratamiento activo fue un factor protector importante en la etapa de CP. De los factores de riesgo destacan el hecho de vivir en provincia, la mala relación de pareja de los padres y los trastornos de personalidad asociados.

LATINOAMERICANOS EN LA PÁGINA WEB DE SECPAL. DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS.

Objetivo: Describir la distribución por países de los usuarios latinoamericanos de la página web de SECPAL.
Método: Análisis del registro personalizado de usuarios. Comparación de 3 listados con los primeros 1000, 2000 y 3000 usuarios de la página web.
Resultados: El 35,17% de los usuarios de la página web de SECPAL son latinoamericanos. La cifra ha permanecido constante (porcentualmente) en las 3 muestras analizadas. La distribución por países de los primeros 3000 usuarios (a fecha 15 de enero de 2006) es la siguiente: Argentina 350; México 242; Chile 112; Colombia 64; Perú 61; Venezuela 46; Brasil 45; Uruguay 38; Costa Rica 25; Ecuador 19; Bolivia 10; Cuba 9; República Dominicana 9; Panamá 6; El Salvador 5; Paraguay 5; Guatemala 3; Puerto Rico 3; Honduras 2; Nicaragua 1. No se han encontrado usuarios de: Antigua, Barbados, Jamaica o Santa Lucía. Entre los países con más de 10 usuarios, el que más ha crecido es Colombia.
Conclusiones: Los latinoamericanos constituyen un importante núcleo de usuarios de la página web de SECPAL. El porcentaje de usuarios procedente de Latinoamérica ha permanecido constante en varias muestras consecutivas analizadas.

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO ASISTENCIAL (BURNOUT) Y EL CUIDADO DEL EQUIPO.

Autores: Grupo Dones (área psicosocial)
Lics Psic. Gonzalez D. (1) ; Boso G. (2); Rodio G. (3).; Ottonello A. (4), Lic. T. S.Salgueiro S. (1).-(1) Htal Gandulfo – Fundación Amunay–(2) Htal Churruca Visca– (3) Superv. Htal. Niños R. Gutierrez – (4) Htal Marie Currie - (5)) Htal. Italiano de Bs. As. **Ciudadde Buenos Aires . Argentina <gustavorodio@sinectis.com.ar>**

Las intervenciones psicosociales en Cuidados Paliativos requieren una mirada tripartita quedeben incluir al paciente, la familia y al equipo tratante.
Una manera de cuidar el recurso humano de los equipos y optimizar sus acciones espreviniendoel

síndrome de agotamiento. Para ello se debenfacilitar vías de elaboración de las implicancias estresantes y traumáticas propias de la tarea en C.P.dada su relación cotidiana con la muerte y el sufrimiento; como así también fortalecer los lazos entorno a la tarea entrelos miembros del equipo.
Los profesionales del área psicosocialpodemos brindar una herramienta técnica como es la supervisión clínica del equipo, la cual puede sumar un aporte al cuidado de los equipos.

La supervisión brinda un espacio para:
- Verbalizar las emociones y los pensamientos en relación a la tarea.
- Reflexionarsobre la importancia del auto cuidado
- Legitimar el impacto emocional de lidiar con la muerte, el dolor y el sufrimiento.
- Enriquecer las modalidades de intervención y manejo de la comunicación.
- Comprender las tramas invisibles y los lazos de la transferencia - contratransferencia en la relación profesional – paciente / familia.
- Aprender a tolerar la tensión de los conflictos y comprender los mecanismos de defensas.
- Detectar actitudes y reacciones facilitadotas de la comunicación.
- Compartir en un ámbito de respeto los éxitos y fracasos en las intervenciones.

ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL NIVEL TERCIARIO DE SALUD, UNIDAD DE ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER, SANTIAGO DE CHILE.

E.U. Marcela Barrera, Dra. Marisol Ahumada. E.U. Sandra Castro, Ps. Cecilia Cantele, A.s. Guillermina Cancino, Dr. Tomas Stamm.

El Programa de Apoyo Domiciliario de la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional del Cáncercon 10 años de experiencia en este ámbito de la Medicina Paliativa brinda atención de calidad a través de un equipo interdisciplinario de salud, dando continuidad en los cuidados y permitiendo con esto una muerte digna en casa de cada paciente y una resolución adecuada del duelo para sus familiares .
El equipo de atención domiciliaria a co-construido una definición para fundamentar este programa esta es: Programa elaborado para prestar soporte a el paciente y su familia desde el punto de vista del control de síntomas y el apoyo psicosocialbajola perspectiva de la educación para elautocuidado.
Los criterios de ingreso a este programa son: Pacientes residentes en el área norte de Santiago, P.S. 3-4, descompensación de síntomas físicos, necesidad de evaluación social, necesidad de evaluación psicológica.
Se definen las ventajas de la atención domiciliaria tanto para el paciente, familia y sistema de salud, como también los requisitos para que el enfermo permanezca en casa.
Dentro de la organización existe una enfermera que coordina al equipo, detectando situaciones de riesgo y necesidades especificas de cada unidad paciente familia paraser evaluados por los diferentes miembros del equipo.
En cuanto a la calidad de la atención se aplican encuestas de satisfacción usuaria y se evalúa mensualmente un indicador de calidad de impacto que tiene relación con el número de consultas al servicio de urgencia de los pacientes beneficiarios de este programa.

ACOMPAÑAMIENTO EMOCIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS: EXPERIENCIA DE LA FUNDACIÓN APOYO Y PRESENCIA EN EL INSTITUTO ONCOLÓGICO LUÍS RAZZETI, VENEZUELA

Autores: Julio Pérez Infante, Cristina Ramos, Amanda Morles, Annie Pelissou e Irma Gordones

Desde inicios del año 2004 la Fundación Apoyo y Presencia realiza trabajo voluntario de acompañamiento emocional a pacientes, familiares y personal de salud en la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Oncológico Luís Razzeti de Venezuela. Durante este tiempo se han ejecutado alrededor 3000 horas de labor y atendidomás de 1300 personas. Estaexperiencia ha permitido desarrollar una forma de acompañamiento adaptada al contexto de atención paliativa que se desarrolla en este hospital. El objetivo ha sido apoyar a personas a experimentar de una manera tolerable, y en algunos casos,armónica,las intensas vivencias emocionales que se derivan de tener o presenciar condiciones de salud amenazantes para la vida.
En los mapas culturales de la Venezuela contemporánea está claramente impreso que los momentos vitales críticos, las situaciones difíciles, son procesos que deben vivirse (o mejor decir "sufrirse"), calladamente y, muy pocas veces, es considerada la posibilidad de recibir apoyo emocional. Estas actitudes entorpecen la satisfacción dela necesidad del acompañamiento emocional ante las crisis y el manejo sano de procesos naturales como el duelo.
Personas entrenadas por la Fundación dan acompañamiento en salas de espera, áreas de hospitalización y consultorios, logrando consolidar un mejor manejode sus procesoscríticos de las personas atendidas a través de una debida orientación aunada a un sincero contacto humano. En este trabajo se presentan y discuten algunos de los aspectos prácticos de este tipo de acompañamiento emocional derivados de la experiencia obtenida por nuestros voluntarios.

VARIABLES PRONÓSTICAS DE MUERTE EN DOMICILIO Y REALIDAD SOCIAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE ADULTOS DE ROSARIO - ARGENTINA (UCPAR).

Rebello J, Orecchia J, Sala R, Rivero ME, McGarrell D, Fornells H.

En dos años de funcionamiento de UCPAR se internaron 206 pacientes con una mortalidad del 38%. Ningún paciente internado tenía cobertura médica.
Se analizaron 47 pacientes evaluados por el Servicio Social de UCPAR de marzo a diciembre del 2005 con el objetivo de valorar 6 de las variables pronósticas a favor de la muerte en domicilio y compararlas con el porcentaje de pacientes que pudieron ingresar a Internación Domiciliaria (ID), que fueron dados de alta sin ID o que murieron internados en el Hospital.
Resultados:
Variables:
1. Presencia de cuidador principal: 98%
2. Cuidador secundario: 78%
3. Vivienda adecuada: 75%
4. Creencia Religiosa: 91%
5. Recursos económicos positivos: 13%.
6. % con deseo de ID: 86% cuidadores principales; 84% pacientes;78% familiar no cuidadores.

Muerte en hospital: 38%
Altas con ID: 14%
Altas sin ID: 48%

Discusión: Más del 90% de nuestros pacientes tienen dos variables positivas, el cuidador principal y la creencia religiosa, esto responde probablemente a nuestro patrón sociocultural. El 75% tienen cuidadores secundarios y una vivienda adecuada para ser asistidos en domicilio. Sólo el 13% de ellos disponen de recursos económicos apropiados. Si bien el deseo de acceder a una ID de los pacientes, cuidadores y familiares supera el 80%, sólo un bajo porcentaje (14%) logra acceso al sistema de ID, esto sedebe a múltiples factores entre ellos vías de acceso difíciles para el personal y la falta de suficiente número de agentes de salud en ID. El porcentaje de muerte en

el hospital es del 38%. Aún cuando nuestros pacientes cumplen con cinco de las variables predictivas de estancia y muerte en domicilio, el porcentaje de acceso y de muerte en domicilio es bajo posiblemente influenciado principalmente por condicionantes económicas.

BENEFICIOS DEL USO DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EN LA PALIACIÓN SINTOMÁTICA DEL CÁNCER DEL TUBO DIGESTIVO: SEGUIMIENTO DE3 CASOS CLÍNICOS

Introducción: El cáncer digestivo terminal presenta frecuentemente síntomas derivados de la obstrucción neoplásica, disfagia, regurgitación, dolor, vómitos, aspiración, deshidratación, desnutrición e ictericia.Se pueden utilizar procedimientos endoscópicos que contribuyan a mejorar la calidad de vidamanteniendo transito digestivo, minimizando los vómitos, manteniendo alimentación oral durante mas tiempo.Son procedimientos mínimamente invasivos, ambulatorios que puedencontribuir a un mejor control de síntomas severos.**Caso 1: CANCER DE ESOFAGO**, mujer,77 años. Febrero 2005: Adenocarcinoma cardioesofágico estenosante.Marzo 2005: prótesis esofágica autoexpandible.Enero 2006: paciente en buenas condiciones, prótesis funcional, dolor controlado, sin vómitos, estado nutritivo conservado. Evolución a la fecha 11: meses.**Caso 2: CANCER DE COLON**, mujer, 59 años.Octubre 2004: CáncerColon Sigmoides, metástasis hepáticas.Cirugíamas quimioterapia paliativa.Junio 2005: metástasis peritoneales y ascitis. Septiembre 2005: buen control de síntomas, mantiene actividad laboral media jornada.Diciembre 2005: obstrucción tumoral intestinal completa. Deshidratación por vómitos 2006: 4 de Enero Gastrostomía percutánea endoscópica, rápido alivio de vómitos, hidratación oral yrealimentación progresiva por gastrostomía.31 Enero: PS 2 /3, razonable control de síntomas, sin dolor. **Caso 3: CANCER DE CABEZA DE PANCREAS**, hombre, 77 años.Octubre 2004: Ictericia progresiva por Adenocarcinoma de cabeza de cabeza de páncreas. Derivación biliodigestiva y prótesis endoscópica de vía biliar (ERCP).Diciembre 2004: drenaje transparietohepático percutáneo.Febrero 2005: PS 1, dolorleve.Trabajando ½ jornada.Mayo a Diciembre: estable, requirió 3 cambios de drenaje percutáneo.Enero 2006: PS 2 a 3, sin ictericia, dolor leve.Evolución: 1 año 4 meses.

Comentarios: Se presentan tres casos clínicos de pacientes con cánceres digestivos avanzados, en los que,utilizando procedimientos mínimamente invasivos, se logra sobrevida de buena calidad,incluso mas de 1 año, usando prótesis autoexpandibles, stent de vía biliar, gastrostomía percutánea y drenaje percutáneo de vía.

DESARROLLOEIMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CP

Dra. Eva DuarteCuidados PaliativosInstituto de Cancerología, Guatemala

Antecedentes: Se presenta una estrategia de cambio de culturahacia el contexto de los Cuidados Paliativos en el INCAN,optimizando la utilización de recursos disponibles.

Objetivo: Desarrollar la cultura localde Cuidado Paliativo (CP) que sostenga el desarrollo de una UCPy sus programas de apoyo.

Metas:

• Integrar una UCPInterdisciplinaria en el INCAN que otorgue atención estructurada en los elementos esenciales del CP.

•Inclusión de programas de CP enpre-grado y post-grado (enfermería, medicina, psicología, trabajo social, área rural y local etc.)

• Promoción y fortalecimiento de CP,Políticas de Salud y disponibilidad de opioides.

Contexto Hospitalario

• Fundado en 1954 como Hospital de Cáncer de Adultos

• Pacientes: Mayor porcentaje área rural y sexo femenino.

Servicios:

Consulta Externa, Radioterapia, AdministraciónDocencia/ResidenciaCirugía Oncológica, Encamamiento, Recaudación (Liga), Quimioterapia, Radioterapia.

•Octubre 2005: Cuidados Paliativos

Personal: 350

60% No Médico

40% Médico

Fortalezas: Reconocimientoy apoyo de las autoridades Médicas al desarrollo de los CP.

Limitaciones: Tratamiento: Disponibilidad limitada y controlada Opioides y medicamentos.

EntrenamientoCP: Ausencia de Programas Locales

UCP: Personal, equipo y fondos limitados.

Estrategia: Incrementar la atención paliativa del paciente y familia, reforzando y promoviendo la referencia del personal de salud más accesible a los CP.

1. Conciencia Paliativa

• Información Uno a Uno = Referencia

• Refuerzo positivo = Referencia

• Incremento en el uso de opioides = Referencia,Fondos

• Documentar, exponer resultados = Adaptación cultural= Referencia= Fondos

2. Identificación:

• Manejo Interdisciplinario = Compromiso conCP

3. Crecimiento

•In situ:Voluntarios Extranjeros= Fondos Capacitación

•CP: Pre-grado, Post-gradoy Educación Médica Continua.= Fondos, Capacitación.

INFORMACIÓN Y SATISFACION CON EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA: PERSPECTIVA DE LOS FAMILIARES

OBJETIVOS: Evaluar calidad de la información y satisfacción de los familiares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionó aleatoriamente la historia clínica de 1de cada 5 pacientes paliativos fallecidos durante el último año. Se realizó unaentrevista telefónica estructurada de 7 preguntas a los familiares. Los datos se analizaron con la prueba Mann-Whitney y una correlación de Spearman. **RESULTADOS:** El mejor predictor de la satisfacción con la información recibida es la información sobre la expectativa de vida del paciente (n= 9; Mann-Whitney p= 0.12; Spearman r= 0.889 p=0.01). **DISCUSION Y CONCLUSIONES:** Nuestros hallazgos coinciden con reportes previos sobre el papel positivo de la información; especialmente la discusión de la expectativa de vida que incluye el cuidado integral. En América Latina, la asistencia se desarrolla principalmente en hospitales de cuidado agudo con expectativas implícitas a largo plazo a diferencia de los hospices; en ese escenario, es necesario informar claramente la condición de terminalidad por ser una necesidad identificada por los familiares.

Apéndice Entrevista telefónica

1. El médico explicó el estado general del paciente al ingreso.
2. El médico explicó el plan de tratamiento a seguir, efectos que tendría y forma de solucionarlos.
3. El médico explicó la expectativa de vida.
4. El tratamiento fue discutido con familiares, resolviendo dudas y aceptando modificaciones cuando fuere necesario.
5. El médico dio la información con claridad y fue fácil entenderla.

6. Los cuidados que se le dieron al paciente fueron aquellos que se acordaron con la familia y el paciente en el momento de hablar sobre el tratamiento.
7. De 1 a 7, siendo 1 Totalmente Insatisfecho y 7 Totalmente Satisfecho, ¿Cuál es su grado de satisfacción con la información recibida durante la última hospitalización de su familiar?

(1= Muy Insatisfecho7= Totalmente Satisfecho)

ENCUESTA: QUE PASA SI TENGO UNA ENFERMEDAD TERMINAL?

Velasco Leiva, A; Cubero, A et al.

Si queremos saber o no el diagnóstico de una enfermedad terminal si la padeciéramos es una pregunta que no siempre nos hacemos. Sólo cuando nos toca de cerca con algún familiar o amigo nos cuestionamos que nos pasaría a nosotros.
585 individuos sanos fueron entrevistados por alumnos del Curso de Cuidados Paliativos de nivel inicial de la AAOC, dictado en la ciudad de Buenos Aires, Argentina.
El cuestionario intenta conocer las perspectivas frente a una enfermedad terminal de personas sanas, adultas, de diferentes religiones y distintos niveles de escolaridad.
La media de edad fue de 43.69 años. El 69.3% pertenecía al sexo femenino. El 74.5% profesaba la religión católica. El 30% había alcanzado un nivel de estudios secundario y el 36% de los encuestados era universitario.
Ala pregunta sobre si quería que se le comunicara una enfermedad incurable, si la tuviera, el 91.4% respondió que si; el 76.4% se lo comunicaría a sus amigos y el 67.3% cambiaría su estilo de vida. El 91.6% querría recibir asistencia médica, el 78.8% aceptaría recibir ayuda emocional y el 65.6% recibiría apoyo espiritual. Con respecto a la pregunta sobre si tomaría directivas anticipadas sólo el 43% respondió que si.
Lo importante para destacar es que a pesar de lo que piensen familiares y amigos sobre decirle o no la verdad a un paciente con enfermedad terminal el 91% de los encuestados querría conocer su diagnóstico y no habría diferencias entre las diferentes edades, religiones o nivel de educación.
Lo que resaltamos es que sólo un 43% respondió que tomaría directivas anticipadas, probablemente por confiar plenamente en familiares y o amigos.

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS EXTERNOS ACERCA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.INSTITUTO ONCOLOGICO DR. LUIS RAZETTI

Dra. Mariela Hidalgo, Dr. Tulio Gonzáles, Dra. Patricia Bonilla, Dra. Ángela Montañez Venezuela

El Instituto Oncológico Luís Razetti, es un centro de referencia nacional con alto prestigio en la atención oncológica en el país, fundado en 1936, dando respuesta efectiva contra la 2da causa de mortalidad de los venezolanos. El presente estudio descriptivo transversal tiene como objetivo determinar el grado de conocimiento de los cuidados paliativos que poseen los pacientes y familiares que acuden a nuestro instituto durante el 1er trimestre del año 2006. el planteamiento del problema se fundamento en interrogantes como: ¿Qué sabe UD. Sobre su enfermedad? ¿Que le gustaría saber¿ ¿Conoce usted la unidad de cuidados paliativos? ¿Ha asistido UD. A la unidad de cuidados paliativos? ¿Ha presentado UD síntomas como astenia, dolor, nauseas, vómitos, estreñimiento, tristeza o depresión? ¿Cómo lo apoyan sus familiares?. Para medir el grado de conocimiento se realizaron encuestas tipo entrevistas a una muestra del 20% de los pacientes que acuden a las consultas externas de medicina interna oncológica, cirugía oncológica, ginecología oncológica, patología mamaria, urología oncológica, tórax, gastroenterología, cabeza y cuello y radioterapia. Los resultados preliminares arrojan que al menos un 60% conocen los cuidados paliativos. Estudios como este son trascendentales para establecer estrategias que permitan la atención de todos los pacientes que requieran disminuir el sufrimiento y mejorar su calidad de vida.

CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS EXTERNOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS INSTITUTO ONCOLOGICO DR. LUIS RAZETTI

Dra. Mariela Hidalgo, Dr. Tulio Gonzáles, Dra. Patricia Bonilla, Dra. Ángela Montañez Venezuela

La Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Oncológico Dr. Luís Razetti, presta un servicio esencial a los pacientes y sus familiares desde el año 2001, constituyéndose en un eje referencial en la atención de pacientes en fase Terminal. El objetivo del presente estudio descriptivo y transversal es establecer la calidad percibida por los usuarios externos que acuden a launidad de cuidados paliativos del I. O. L .Rdurante el primer trimestre del año 2006. El planteamiento del problema se baso en interrogantes como: ¿ El paciente se encuentra satisfecho con la atención prestada por la unidad de cuidados paliativos?, ¿ El servicio brindado es de calidad?, ¿ Los trabajadores se preocupan por mantener la calidad de los procesos? Para medir la calidad percibida se realizaron encuestas tipo entrevista a una muestra global del 100% de los pacientes atendidos en consultaexterna de sucesivas y de los pacientes hospitalizados en el lapso de 4 semanas. El estudio arroja como resultados preliminares que el 90% de los pacientes perciben como de alta calidad la atención prestada por la unidad de cuidados paliativos. Es vital conocer la calidad en la prestación de servicio en los centros hospitalarios públicos con el propósito de ir construyendo una cultura que garantice la calidad en nuestros centros hospitalarios.

PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA EL DISTRITO METROPOLITANO INSTITUTO ONCOLOGICO DR. LUIS RAZETTI

Dra. Patricia Bonilla, Dr. Tulio González, Dra. Mariela Hidalgo Venezuela

La Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Oncológico Dr. Luis Razetti, fue creada en el año 2001 y es la primera experiencia en Venezuela. En la búsqueda de ampliar el servicio a la población venezolana y en particular a la del Distrito Metropolitano de Caracasse hace la propuesta de un programa de cuidados paliativos diseñado para el área metropolitana a fin de dar respuesta a la necesidad que de este servicio tiene la población afectada. El programa tiene como objetivo pacientes en etapa terminal con enfermedades oncológicas, insuficiencias orgánicas no trasplantables, neurológicas, sida. La mortalidad por estas enfermedades representa el 35 % y el 71 % está entre las primeras 10 causas de muerte. El cáncer es la 2ª causa de muerte en el País (Tasa de mortalidad: 67,39 x 100.000 hab.) y en el área metropolitana supera la tasa nacional (92,02 x 100.000 hab.), por ello la primera etapa del plan estará dirigida a esta causa que tiene un gran impacto biospicosocial y económico en el paciente, su familia y el sistema de salud. El plan parte del análisis de la situación del problema y contempla estrategias, objetivos, misión visión, normas, procedimientos, actividades, recursos humanos y materiales en coherencia con políticas nacionales, un sistema de retroalimentación y evaluación basado en indicadores epidemiológicos y de gestión, un sistema de información, integrado a los programas nacionales de oncología y enfermedades crónicas.

UNA EXPERIENCIA NOVEDOSA EN VENEZUELA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL CENTRO INTEGRAL DE ONCOLOGÍA

Dra. Mariela Hidalgo Venezuela

El Centro Integral de Oncología único en su estilo en el ámbito nacional, tiene como misión proporcionar el tratamiento adecuado al paciente oncológico en cada fase de su enfermedad, prestándole un servicio integral desde el año 2000. Por ello decide a inicios del año 2005 crear

la Unidad de Cuidados Paliativos, única en el País en el sector salud privado, conformado por un equipo multidisciplinario. Este trabajo descriptivo, transversal, recoge la experiencia obtenida por esta Unidad, desde su planificación hasta la puesta en marcha de las actividades de atención médica. Los datos preliminares arrojan que se han atendido 25 pacientes (68 % femenino, 32 % masculino), 2 (8 %) en consulta ambulatoria y el 92 %en consulta domiciliaria,de estos 04 (17 %) se hospitalizaron en su domicilio. El 88 % tuvo patología oncológica. La frecuencia de visitas domiciliarias por paciente osciló entre 01 y 14. El 80 % de los pacientes fallecieron en su hogar, en el 12 % hubo acompañamiento en forma activa del proceso de muerte. El 12 % se mantiene en control médico. Los diagnósticos mas frecuentes fueron cáncer de pulmón, mama, próstata y páncreas. Los síntomas mas frecuentes fueron astenia, anorexia, delirio, dolor, constipación, disnea. La Unidad de Cuidados Paliativos proyecta ampliar su cobertura, favorecer la atención domiciliaria con recursos tecnológicos adecuados y proporcionales, crear un fondo que permita la atención de pacientes con pocos recursos económicos como parte de su responsabilidad social, participar en la formación de recursos humanos y en los programas de salud, posesionándose como referente nacional.

CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS DE PACIENTES CON CANCER DE CUELLO UTERINO AVANZADO EN EL PERU

Objetivo: Determinar las características clínicas de las pacientes con cáncer avanzado de cuello uterino que ingresan al ProgramaDomiciliarioMedicina Paliativa y Alivio del dolor del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Seguro Social de Salud.
Material y Métodos: Estudio descriptivo restrospectivo,37 pacientes con cáncer avanzado de cuello uterino que ingresan al Programadel1.01.03 al 31.12.04. Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS
Resultados: La media de la edad fue de54,9 años (rango de 31 a 85 años).Procedían de la Costa 86.5% de laspacientes. El indice de Karnosfky fue en el 90% de los casosigual o menor de 40%. El síntoma principal y motivo de ingreso fue el dolor en el 97,3%.Predomina el dolor Visceral y neuropático en igual porcentaje45,9%, de intensidad Moderada-Severa 37,8% de las pacientes
Antes del ingreso al programa usaban opioides potentes 51.4%, vía oral 83,8% y coadyuvantes16,2%.
Al ingresar al programa opioides potentes 56.8%, la via oral 70,3% , la vía subcutánea 24,3% , ycoadyuvantes en 40,5%.No se emplearon procedimientos invasivos .
En relación al cuidador principal, 26 (70.3%)eran mujeres , 18(48.6%) eran hijas.
La media del tiempo transcurrido hasta el fallecimiento de la paciente fue de 51.4 días (rango 1 a 221 días)
Conclusiones: 1.-Predomina el dolor Visceral y neuropático, de intensidad Moderada-Severa. 2.- La droga más empleada antes del ingreso fue un opioide potente (morfina), por víaoral, menos del 20% usaba coadyuvantes. Al ingreso continúan con opioides potentes (morfina), la vía oral sigue siendo la más empleada y se incrementa el uso de coadyuvantes. 3.-No se empleó procedimientos invasivos en ninguna paciente. 4.-el cuidador principal era del sexo femenino y el grado de relación fue hija. 6.-La media del tiempo transcurrido hasta el fallecimiento de la paciente fue de 51.4 días

REGISTRO DE CONSULTAS MEDICAS TELEFONICAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Servicio de Hematología y Cuidados Paliativos. Hospital Municipal "Dr. Bernardo A. Houssay". Vicente López. Buenos Aires. Argentina.
Dawidowicz N; Tedleschi V; De Muria; M. Dr. Barragán C.

INTRODUCCION: El área de CP del Hosp. Municipal de Vicente López cuenta con 3 médicos.

Asiste pacientes ambulatorios, consultas espontáneas y seguimiento en internación. Para mejorar la asistencia de los pacientes en el marco de un sistema sanitario excluyente, donde el acceso a la atención esta restringido por múltiples factores socioeconómicos, se inicio un programa de consulta telefónica en el cual todos los pacientes del servicio disponen del nº del teléfono celular de su medico. **OBJETIVO:** Conocer la prevalencia y características de las consultas telefónicas para optimizar los recursos disponibles y determinar la demanda y el recurso profesional que insume dicha prestación. **METODO:**
Registro de datos en planilla diseñada a tal fin con horario,status performans (ECOG), llamada recibida o realizada, motivo, solución ofrecida yduración de la llamadas de pacientes asistidos por el servicio
RESULTADOS(preliminares a la fecha (dos meses))
- Total llamadas 150. Pacientes 52.
- Horariomañana 63 tarde 77noche 10
- ECOG 1= 82=343=744=30
- Recibida 127Realizadas: 23
- Motivos: Agenda 41, Seguimiento 24, Dolor 18, Recetas 15, Información 13, Otros 11, Nauseas 8, Astenia 7, Fallecimiento 6, Constipación 5, Duelo 4, Fiebre 4, Disnea 3, No ingesta líquidos 3, Somnolencia 3, Angustia 3, Tto oncológico 3, Tos 2, Delirio 1.
- Resolución: Turno programado 48, Citar a control 31, Ajuste de dosis 26, Nuevo llamado 19, Explicar situación 17, Otros 16, Nueva medicación 13, Derivación a guardia 8, Estimular ingesta líquidos 6, Ambulancia 3, Enema 3.
- Duración promedio 2.8 min.
- Nº llamadas por paciente 2.8

CONCLUSIONES

Mediante llamados breves se logro resolver gran parte de la problemática de nuestros pacientes orientándolos en las conductas a adoptar, evitando consultas innecesarias a guardia, mejorando el control de síntomas y brindando un nivel de contención institucional inusual en el sector de salud publica nacional.

COSTO DÍA-CAMA EN CUIDADOS PALIATIVOS ESPECIALIZADOS VS SERVICIOS CONVENCIONALES

Objetivo: Analizar el costo beneficio del día-cama comparándolos entre un servicio especializado de cuidados paliativos y servicios convencionales.
Metodologia: Estudio comparativo, de costo beneficio del día-cama entre: Clínica de cuidados paliativos (CF), servicio de medicina Hospital Público y servicio de medicina Hospital Universitario.
La Clínica Familia es un hospicio, sin fines de lucro, que recibe a pacientes terminales de bajos ingresos económicos.
Considerando que la CF tiene voluntarios y subsidios en algunos servicios, se considero el costo sin subsidios, es decir se asignaron sueldos de mercado a los profesionales voluntarios.
Los datos económicos fueron obtenidos del asesor financiero en cada servicio. Para la satisfacción del usuario se aplicó una encuesta (Donabedian, SECPAL) en relación a siete indicadores.
Muestra: 27 enfermos terminales hospitalizados.
Resultados: El costo día-cama considera los costos directos médicos y no médicos, distribuidos en fijos y variables. Según la ocupación y disponibilidad de camas se obtuvo el costo por servicio.

Tabla 1: Costo día-cama por servicio

SERVICIO	COSTO DIA – CAMA		
	FIJOS	VARIABLE	TOTAL
Especializado CF.	12.983	12.899	25.882
Convencional Hospital Publico	30.655	6.581	37.236
Convencional Hospital Universitario	33.867	14.589	48.456

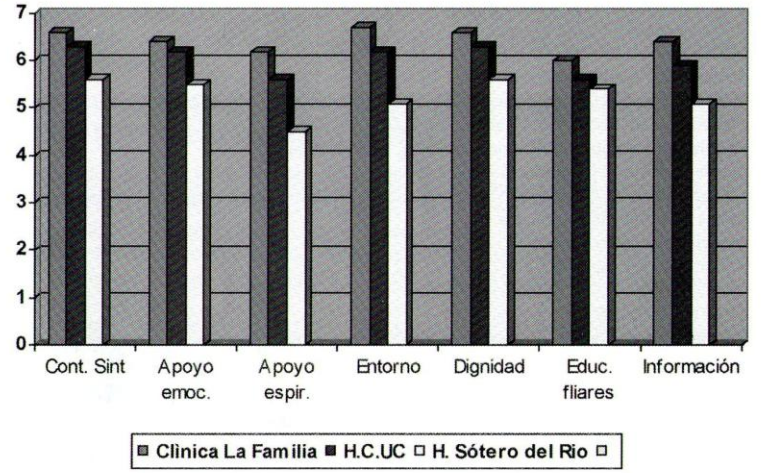


Grafico 1: Satisfacción de indicadores por servicio

Conclusion:
Se observa un menor costo del día-cama en el servicio especializado de cuidados paliativos con mejor evaluación de beneficios por el enfermo, respecto a los servicios convencionales estudiados.
La mayor satisfacción observada en el servicio especializado puede relacionarse con los atributos que para los enfermos son más importantes y están más satisfechos.
Se sugiere, desarrollar en los hospitales convencionales, unidades de medicina paliativa para los pacientes terminales, que permiten abordar integralmenteal paciente y su familia, mejorando su nivel de satisfacción, minimizar los costos y facilitar su posterior cuidado en el domicilio.

REHABILITACION EN CUIDADOS PALIATIVOS

Pacientes adultos terminales de diversas patologías, en internación.

OBJETIVOS: La rehabilitación no procura la supresión del defecto, ni la curación de la enfermedad, sino que persigue la compensación de la insuficiencia operativa determinada por el déficit. Mejorar al máximo posible la calidad de vida, apuntando a morir con dignidad. Brindar estímulo y apoyo al pte, familia y al equipo. Constituir un recurso educacional en C.P. **PLAN DE TRABAJO** Se debe visualizar la discapacidad del pte. Desde el punto de vista médico,

funcional y psico-social. La expectativa de vida cortalleva a una planificación corta de trabajo. Tener encuenta control del dolor, deterioro cognitivo, nutricional y cardio-pulmonar. **FORMA DE TRABAJO** Individual (cama-sala)ej. Libres, tonificación, movilización, tens.cambios de decúbito, transferencias Ft. Respiratoria, reed. De equilibrio, bipedestación y marcha.Grupal (gimnasio)Les ayuda a interactuar entre ellos y con su familia/acompañante. Las sesiones son diarias, de acuerdo al paciente, en un turno o dos. Sin tiempo determinado de duración de la sesión, la intensidad varía según c/pte., el límite esla resistenciaevitando el dolor y la fatiga. Las pautas son a corto plazo, se trata de lograr metas diarias. Enfatizar lo que el paciente es capaz de hacer y lo que es factible de recuperar. **CONCLUSIONES** Se ha observadomejoría en su resistencia a la fatiga ,humor y disminución de la discapacidad, dolor, y quejas de origen somático. **MEJOR CALIDAD DE VIDA.** Obteniendo buenos resultados en el trabajo con el pte., estableciendo un alto grado de comunicación y confianza. Logrando mantener su autoestima y recuperar, en lo posible, su independencia. Posibilitando que el paciente pueda retornar a su domicilio (aunque sea por períodos cortos).Para que el programa de rehabilitación tenga éxito, debemos plantearnos objetivos realistas, con el fin de mantener o mejorar la función.

HOMENAJE DEL PROGRAMA HOSPI-SAUNDERS DE LA AEPSM A LA DAME CICELY SAUNDERS CON MOTIVO DE SU FALLECIMIENTO

Objetivos: Homenaje póstumo.
Metodología: Exposiciónde un marco fotográfico en el que se grafiquen eventos importantes de los 17 años transcurridos de la actividad del Programa.
Destacamos:
-los vinculados o relativos a la oportunidad en que la Dama nos autorizara a denominarlo Programa Hospi-Saunders(año 1989).
-los integrantes del Equipo Interdisciplinario que funciona ininterrumpidamente con reuniones semanales desde su comienzo. Con distinta integración a través de los años.
-algunas de las visitas y/o pasantías de figuras prominentes de los Cuidados Paliativos a nivel mundial y de muchos otros que recién comenzaban su actividad.
-actividades especiales incorporadas a la operativa diaria del Programa. Gimnasio, Paseos, Juegos, Manualidades, etc.
-concurrencia de representantes del Programa a distintos congresos y jornadas nacionales e internacionales.

En ese marco la trascripción del documento realizado el 15 de Julio con motivo de su fallecimiento el día anterior.

¿ES EL PRECIO DE LOS OPIOIDES, LA MAYOR BARRERA PARA SU ACCESIBILIDAD EN ARGENTINA?

INTRODUCCIÓN: El dolor es uno de los síntomas más prevalentes en el cáncer, también uno de los más temidos y destructivos y los opioides son una solución probada a este problema. En la literatura argentina se encuentra presente la discusión de en qué medida el precio de los opioides funcionan como una barrera al acceso de medicamentos .
OBJETIVO: Analizar si el precio de los opioides es la barrera a la que los expertos deberían atacar, para aumentar la accesibilidad a la mayor parte de la población.
MÉTODO: Se realiza un análisis de los sistemas públicos de provisión de medicamentos a fin de determinar si existen alternativas al acceso de la población a los opioides que permitan disminuir la importancia que su precio tiene en términos de accesibilidad. Para ello se analizan los datos provenientes del sistema Remediar, la condiciones en que los hospitales públicos brindan la medicación y los medicamentos disponibles en el Programa Nacional de Control de Cáncer.

RESULTADOS: Ni el Programa Nacional de Control de Cáncer, ni el Programa Remediar cuyo objetivo es resolver el problema a la accesibilidad de los medicamentos a nivel de la atención primaria, ni los hospitales públicos proveen a los enfermos de cáncer medicamentos opioides en el sistema ambulatorio. Es a consecuencia de este vacío que los pacientes deben pagarlos de bolsillo.

CONCLUSIONES: Si bien los precios de los opioides son altos, es igualmente real que para la mitad de la población argentina que se encuentra por debajo de la línea de pobreza, cualquier precio de compra de los medicamentos sería alto. Es por eso, que consideramos que a la hora de discutir con las autoridades y definir los problemas el precio de los opioides debería quedar en un segundo lugar, y que sería más eficaz presionar para que éstos fueran incluidos en Programas públicos de provisión ambulatoria de medicamentos.

DESCRIPCIÓN EST: En Argentina, la oferta de cuidados paliativos es más amplia en el sector público que en el privado, entendiendo por privado el comprendido por la financiación de los servicios de salud a través de empresas de medicina prepagas, obras sociales y el derivado del pago de bolsillo. Hace algunos (¿) años se creó una empresa destinada a dar servicios de cuidados paliativos domiciliarios para este sector. Surgió a partir de una empresa de internación domiciliaria, ante la toma de conciencia de que ciertos pacientes requerían un enfoque particular: y este era el de los cuidados paliativos. La organización funciona desde el año 2001.

- Desde el inicio de las actividades y hasta julio de 2005 fueron derivados al programa 259 pacientes.
- Dado que este es un programa nacional, pero con fuerte anclaje en la ciudad de Buenos Aires la mayoría de los pacientes son de Ciudad de Buenos Aires y del Conurbano; sólo el8 % ha sido atendido en el interior del país.
- Más del 90% de los pacientes atendidos padecían cáncer.

PROGRAMA	CANTIDAD	PROMEDIO DIAS
CORTA ESTADÍA (hasta 30 días)	85	13.92
MEDIANA ESTADÍA (30 a 90 días)	42	54.74
LARGA ESTADÍA (más de 90 días)	28	217.11

REVER TEMA DÍAS DE INTERNACIÓN, RELACIONARLO CON ALGUNA VARIABLE QUE NO SEA COSTO.

El período relativamente corto de estadía de los pacientes en el programa pueden deberse a una serie de razones: la más plausible es el hecho de que este servicio es nuevo para los financiadores y para los médicos, por lo que los pacientes son derivados casi al final de la enfermedad, y cuando el nivel de sufrimiento es intolerable o deciden que no pueden hacer absolutamente nada más desde lo curativo. En esta misma línea de análisis puede verse la gran cantidad de pacientes que fueron derivados para evaluaciones y, o los financiadores prefirieron que fueran internados o murieron después de sólo 1 visita médica. El 26% de los pacientesno ingresaron al programa; muchos de ellos porquelos financiadores pidieron evaluación, pero no quisieron

autorizar el servicio: utilizando la visita del especialista como consultor, pero sin entender que los cuidados paliativos implican mucho más que la intervención de un médico especialista en tratamiento del dolor.

Las principales dificultades se han focalizado en la renuencia de los derivadores para que los pacientes ingresaran al programa y en los problemas inherentes a la internación domiciliaria: los riesgos que muchas veces corren los profesionales cuando las zonas a las que tienen que concurrir son peligrosas, las dificultades de brindar servicios domiciliarios cuando los hogares no cumplen los requisitos mínimos de infraestructura (agua corriente, luz, etc.). Dos dificultades más que merecen especial atención son: 1) que en un programa domiciliario, es particularmente coordinar con otros servicios las decisiones médicas y asistenciales en general. Con lo cual, aunque los médicos del programa concurren a los sanatorios cuando un paciente se interna, no siempre pueden impedir que allí los atiendan con un esquema opuesto al planteado por el equipo, tampoco los financiadores no establecen tampoco relaciones lo suficientemente estrechas como para direccionar los tratamientos. 2) dado que muchos pacientes con cobertura son trasladados a Buenos Aires (o eligen hacerlo) cuando tienen problemas de salud de cierta envergadura, transcurren períodos importantes del proceso curativo allí. Pero cuando, se acerca el momento de la muerte eligen volver a su lugar de origen, donde tienen casa, familia y amigos. Conseguir articular con profesionales de la zona, sobre todo cuando son ciudades pequeñas es difícil o directamente imposible. Se ha trabajado mucho en la elaboración de guías clínicas, pero hay casos en que los profesionales que se hacen cargo de la atención, no conocen ni aprueban este modo de trabajo. Dado que en general, los pacientes han sido entrenados en los objetivos y formas de trabajo, terminan siendo ellos mismos quienes conducen el tratamiento, lo cual agrega una carga enorme (luchar contra el equipo de salud) a una situación de por sí compleja.

COORDINACIÓN DE UN PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIO CON EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Guedes,A., Avas, G., Herrera, G., Ayala, M., De Larrosa, M.
Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay (C.A.S.M.U.), Resultados preliminares.

Antecedentes: El C:A.S.M.U. es institución de asistencia integral, por prepago de cuota, con 240 000 afiliados, 200000 residen en Montevideo(Mvdo.). Se aboca a fortalecer su Primer Nivel de Atención (PN), optimizando la coordinación entre niveles asistenciales. Su Programa de Cuidados Paliativos a enfermos oncológicos terminales (PCP) basado en atención continuada domiciliaria, Segundo Nivel: SN, incrementa sus enfermos nuevos,(240-350de 00-04), y pierde la oportuna accesibilidad. Objetivo: evaluar el impacto en la accesibilidad al PCP, con adecuada calidad, de todos los enfermos oncológicos terminales que lo requieran, a través de lacoordinación entre el SN y PN de atención en domicilio, regionalizando para su optimización, los recursos zonales de Mvdeo, en tres Regiones:Oeste, Centrosur, Este. Se conformaEquipo Básico de Región (E.B.R.) con médico Regional de PCP, Enfermera del PN, Medico del PN, Comité de Ética y PCP. Se exonerancopagos a PN.

Metodo: análisis descriptivo de la población asistida en1ª etapa, Región Oeste (nº afiliados 58540), del1/8/05 al 15/11/05, total de ingresos, tiempo de espera, grado control de síntomas, nº de fallecimientos en domicilio.

Resultados: total ingresos al PCP 94,sin lista de espera; ingresos Región Oeste 34 (36%), edad media 71,4 (48-101), SF 15,SM 19. Estadía SN 506 d (37,6%), estadía media S.N.14,8 días, (previa 45d),estadía PN 838 d (62,4%),estadía media PN 24,6d. Nivel socioeconómico (SE) malo 8 (23,5%),regular 10(29,4%), bueno 13(38,2%), muy bueno 2(5,8%),continencia familiar nada 4 (11,7%),poca 13 (38,2%), bastante 10 (29,4%),Karnofky <=50% 28 (82,3%),control de síntomas mucho 5 (17%),bastante 18(52,9%),poco 10 (29,4%),nada 1 (3,6%), fallecidos 20 (58%),lugar domicilio 20(100%-previo 80%)),ingresos a sanatorio 0 (previo 20%),integración de médico de PN a EBR 24 (70,5%),integración de enfermera de PN a EBR 14 (41%). Conclusiones: la 1ª

etapa demostró que el modelo impacta favorablemente en la accesibilidad, con adecuada calidad, en población añosa, con carencias SE, dependencia para el cuidado y poca continentación, con100% de fallecimientos en domicilio y 70% buen control de síntomas. Observamos viabilidad de la integración del médico y enfermera del PN al PCP.

TRATAMENTO DAS AFECCÇÕES CICATRICIAIS CIRÚRGICAS POR MANIPULAÇÃO BIOMECÂNICA

AUTORES: Claudia Marcia Martins Untar, Luiz Ronaldo Alberti, Andy Petroianu

Introduço: Cicatriz é o acúmulo de colágeno e fibrina que ocorre na região da ferida durante o processo de regeneração tissular após um trauma. As cicatrizes podem provocar diversas alterações orgânicas, entre as quais destacam-se alterações posturais e dores neuromusculares e de intensidade variável. As cicatrizes provocam disfunção neurovegetativa, hipersimpaticotonia espasmofílica, além de outras síndromes desconfortáveis e limitantes. Deve-se ressaltar, que a cicatriz, em si, já é um fator que pode se relacionar com diversas condições patológicas independentemente da intervenção cirúrgica, mas que os pacientes atribuem ao ato operatório ou à sua doença de base.

A fisiopatologia da cicatriz é ainda em grande parte, mal compreendida. Entre os fenômenos que interferem em sua evolução destaca-se a fibroplasia, que invade o tecido adjacente, provocando aderências antagônicas, multidirecionadas. Esse fator interfere na circulação e torna deficiente a recuperação tecidual que perde sua capacidade elástica e de deslizamento entre as diferentes camadas estruturais envolvidas.

As características da cicatriz poderão indicar a melhorforma detratá-la. Atraso cicatricial, infecção, aderência e dor, e orifícios de drenagem são elementos a serem considerados.

Objetivo: O objetivo do presente estudo foi reverter as aderências, limitação do movimento e quadros dolorosos das cicatrizes cir´rugicas por meio de manipulação biomecânciа das mesmas.

Método: Foram estudados 50 pacientes operados e em acompanhamento ambulatorial. Esses pacientes foram distribuídos por idade, sexo e cor da pele, além de localização e tipo de cicatriz. A dor cicatricial também foi estudada de acordo com as queixas dos doentes e quantificada em uma escala de 1(quase imperceptível) a 10(intolerável) Outras características cicatriciais estudadas foram os déficits sensitivos, as limitações funcionais, aderências da pele, retrações e queixas de dor.

As cicatrizes foram mobilizadas por meio de tração manual em todas as direções, de acordo com princípios da Biomecânica. A manipulação da cicatriz consistiu de manobras de compressão, pinçamentos e estiramento passivo da cicatriz, em toda a sua extensão, para estabilizar o lado contra lateral no trajeto das contraturas, sobre os encurtamentos tendinosos que já estiverem instalados.

Completou-se essa abordagem com exercícios musculares assistidos, crioterapia, reprogramação muscular e, nas regiões com edema, drenagem com manobras manuais.

Resultados: Todos os pacientes apresentaram recuperação funcional, diminuição de aderências e retrações, bem como melhora da dor. Esse tratamento provavelmente melhorou a qualidade de vida dos doentes e elevou o nível de atendimento ambulatorial a pacientes do sistema público de saúde.

IMPORTANCIA DEL AMBITO PSICOSOCIAL EN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO BORJA ARRIARAN DE SANTIAGO-CHILE"

RESUMEN: "Trabajar en un programa de Oncología Paliativa implica conocer el proceso que viven las personas que en algún momento de su vida reciben un diagnóstico de cáncer avanzado

y en donde lamentablemente ya no existe posibilidad de curación.

En este contexto surge con fuerza la necesidad de un trabajo Transdisciplinario que integre la activa participación del equipo de salud, el paciente, la familia y la comunidad.

Las intervenciones del equipo de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor por Cáncer consideran el ámbito físico y psicosocial durante el proceso Salud-Enfermedad-Muerte del paciente junto a su grupo familiar y/o cuidadores.

La intervención psicosocial permite reorganizar en el paciente y su familia un nuevo modo de vivir, tomar conciencia de su enfermedad, asumirla y enfrentarla responsablemente, contribuyendo de este modo a mejorar su calidad de vida.

No debemos olvidar que el ser humano es un ser integral que no puede ser separado o estudiado por partes perdiendo de vista esa totalidad. Por tanto, abordar la temática del cáncer con una visión integradora nos permite reorganizar en el paciente y en su familia un nuevo modo de vivir, tomar conciencia de la enfermedad, asumirla, enfrentarla responsablemente; contribuyendo de este modo a aliviar su sufrimiento, mejorar su calidad de vida y así vivir el resto de sus días en forma plena y más humana."

Objetivo General: Conocer la importancia que posee el trabajo psicosocial en la atención integral de los pacientes del Programa de Oncología Paliativa del Complejo Hospitalario Borja Arriarán.

COMO MANEJAR LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN POS DEL MEJOR CONTROL DE SÍNTOMAS DE LOS PACIENTES TERMINALES.

Autores: Dr. Iván Justo Roll Dr. Yobanys Rodríguez Tellez

Procedencia: Policlínico "Dr. Tomás Romay Chacón". Aguiar esquina Empedrado. La Habana Vieja. Cuba

Datos del contacto: email: justroll@infomed.sld.cu Telef.: + 53 78601538

Resumen: De manera tradicional se ha reconocido un rol muy importante en los factores socioculturales para llevar a cabo un programa de cuidados paliativos. A través de un estudio analítico de casos y controles, utilizando una herramienta para conocer el parecer de lospacientes, y evaluando la prevalencia de síntomas físicos y psicológicos hemos llevado a cabo un estudio que nos permite brindar evidencias en cuanto a diversos temas del final de la vida y como estos influyen en la calidad de vida de los pacientes terminales. La muestra de la población fue tomada de las áreas Cátedral y Plaza Vieja,La Habana Vieja y los investigadores pertenecían al mismo municipio. El análisis de las respuestas de los participantes demostróla importancia del saber la verdad, lo vital de la participación en la toma de decisiones por los pacientes, lo trascendental de formar parte de numerosas consideraciones acerca de cómo organizar los últimos momentos de la vida, al mismo tiempo que se pautan objetivos sobre como trabajar en laactitud de diversos profesionales en torno al paciente terminal y los cuidados paliativos. Un adecuado manejo de los factores socioculturales y psicológicos ayudó sin ninguna otra intervención a mejorar la calidad de la atención a los pacientes terminales.

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ESTOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN DISTINTOS PAÍSES DEL MUNDO.

El trabajo quiere destacar y dar una vista general de lo que pasa en estos últimos 5 años en cuidados paliativos a través de una revisión electrónica de distintos trabajos o resúmenes publicados. Trata de revisar el avance de la implementación de los programas u organizaciones de los cuidados paliativos, en distintos países del mundo. Se toma algunos paises de cada continente.

Compara la situación chilena y resalta los avances y barreras del desarrollo del programa de cuidados paliativos en Chile.

El trabajo destaca que existe un crecimiento mundial de los programas de los cuidados palia-

tivos en estos últimos 5 años. El abordaje de los cuidados paliativos varían de un país y continente al otro, cada uno tiene su historia propia. De manera general, los cuidados paliativos son cada vez más reconocidoso como subespecialidad, o como especialidad al nivel de todo tipo de atención, primaria, secundaria y terciaria. Las barreras al desarrollo a largo plazo de los cuidados paliativos, destacados por la OMS, se ven reflejadas en distintos países siendo sobre todo implementación de políticas gubernamentales, acceso a las drogas opioides, mal uso de la morfina por miedo y desconocimiento. La situación chilena nos indica que el programa de cuidados paliativos, implementado desde 1994, ha permitido una buena difusión del concepto de los cuidados paliativos. Existe una mayor sensibilización tanto de parte de los profesionales, y de la comunidad al respecto. No hay problema de acceso a los opioides. Sin embargo existe aún un gran desconocimiento al buen uso de los opioides y a la aplicación correcta de los cuidados paliativos. Se empieza en distintos niveles a organizar una formación más sólida e uniforme que podría llegar al reconocimiento de la especialidad.

TALLER DE TANGO EN CUIDADOS PALIATIVOS: UN ENCUENTRO... UN ABRAZO SIN TIEMPO

Autores: Lavalle Cobo I, Castiñeiras ML,
Colaboradores: *Lugrin G, Carrattini M, Bertolino M*
Fundación Tango Argentino UCP Hospital Tornú-Fundación FEMEBA

Introducción: Las intervenciones desde la música y la danza del tango apuntan a trabajar los diferentes estados que se generan en relación a la enfermedad y el aislamiento. Permitiendo que los silencios se carguen de sentido, sonidos y movimientos, como una forma de trascender el tiempo, la muerte; recuperando momentos y seres queridos a través de una melodía, una letra o un paso de baile. La intención es reencauzar la energía de historias y recuerdos cargados de dolor y sufrimiento a través de la danza, la música, el vínculo, con la delicadeza de generar un clima cálido y continente.
Objetivos: Describir y analizar la actividad del taller de tango en una UCP, coordinado por un grupo de profesionales de la salud –psicólogo y musicoterapeuta- de la FTA y colaboradores docentes, en el Hosp. Tornú-F. FEMEBA.
Metodología: Duración: 1h y media; una vez por semana.
Encuadre:
-pacientes ambulatorios e internados; inclusive los que no puedan bailar, levantarse ni caminar.
-sus allegados; cuidadores, familiares.
-equipo de CP; enfermeros, médicos, psicólogos, voluntarios.

Recursos:
Tango-Danza: Aparato dramático: postura, abrazo, mirada. Aparato expresivo: distintos apoyos, equilibrio, etc.
Sonoro-Musicales: Composición. Escucha de música editada y en vivo.
Canto individual y grupal.

Resultados: El taller reúne y facilita distintas posibilidades: distensión, vínculo; apertura social, el encuentro con la cultura-raíz, el reconocimiento del cuerpo y de las emociones, el duelo, nuevos modos de relación entre los miembros del equipo, pacientes y familias, desde una propuesta lúdica.

Conclusión: La actividad permite crear un espacio donde "el hacer" toma un lugar central para el movimiento de la afectividad, de la creatividad a través de la danza y de la música.

QUALIDADE DE VIDA E LINFANGITE PULMONAR NEOPLÁSICA: MELHORA PARA PACIENTES COM TRATAMENTO EM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Dettino Aldo; Pagano, T; Teodoro, Ana; Takagaki, Teresa; Bensenor, Isabela & Negri, Elnara
Serviço de Cuidados Paliativos e Pneumologia – Hospital do Câncer A.C. Camargo; Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo –São Paulo-SP-Brasil

Introdução. A linfangite pulmonar neoplásica (LPN) é uma forma infrequente de metástases em pacientes com tumores sólidos, principalmente de mama, pulmão e estômago. Tem prognóstico desfavorável e é responsável por grande comprometimento na qualidade de vida (QdV) principalmente pela dispnéia. A sobrevida é pobre: 50% em 3 meses e 15% em 6 meses.
Objetivo. Acompanhar pacientes com câncer e LPN prospectivamente, além de avaliar se cuidados paliativos são capazes de melhorar a QdV desses pacientes.
Métodos. Pacientes com LPN, diagnosticada ou por biópsia pulmonar (critério maior) ou 3 critérios menores (citologia ou histologia, quadro clínico e imagem compatíveis) foram seguidos em 3 serviços terciários. Responderam questionários de QdV relacionados à saúde no início do estudo e mensalmente (Saint George Respiratory Questionnaire -SGRQ- e Short-Form Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey-SF-36). Aspectos clínicos e de exames complementares também foram acompanhados, além dos tratamentos e desfechos, como sobrevida.
Resultados. Trinta e cinco pacientes foram acompanhados de agosto/2004 a Novembro/2005 - 21 mulheres e 14 homens; idade de 41 a 84 (média: 63) anos. Neoplasias primárias eram: pulmão (19), mama (10), esôfago (2), pâncreas, reto e osso (1 cada). Desses pacientes, 31 responderam aos questionários de QdV no início do acompanhamento e, posteriormente, mensalmente. O seguimento mediano foi de 1 mês (variação: 0-13 meses). Até o momento, 7 pacientes ainda estão vivos. A sobrevida mediana foi de 2,5 meses (variação: 0,1-33), com 22% de sobrevida de pelo menos 6 meses.
No geral, a QdV foi ruim em pacientes com LPN, mas melhorou após a implementação de cuidados paliativos, combinados ou não com tratamento específico, como quimio e/ou hormonioterapia. Observem que valores maiores representam melhor QdV no SF-36; no entanto, valores menores são compatíveis com melhor QdV no SGRQ (tabela abaixo).

Questionário	Meses	0	1	3	5	6
	N_	31	15	7	3	2
SF-36	Saúde Física	35,6	31,1	31,6	34,9	53,1
	Saúde Mental	40,5	33,1	34	49,5	70,1
	SF-36 (Média)	38,1	32,1	32,8	42,2	61,6
SGRQ	Sintomas	63,2	48,8	64,8	43,1	38,9
	Atividade	74,9	59,2	72,8	45	50,9
	Impacto	53,9	46,1	54,3	38	50,9
	Total	**61,5**	**50,5**	**61,7**	**41**	**42,5**

Os cuidados paliativos incluíram: corticosteróides (66%), oxigênio (51%), opióides (49%), diuréticos (51%), inalações com beta2-agonistas e/ou ipatrópio (57%), quimio e/ou hormonioterapia (48%), fisioterapia (43%), toracocentese, antidepressivos e benzodiazepínicos (37% cada) e

transfusões de sangue.
Conclusões. Apesar da QdV ser baixa e a sobrevida ser curta para pacientes com LPN, alguma melhora é possível em um programa especializado de cuidados paliativos ativos.

CONSUMO DE MORFINA DO SERVIÇO DE TERAPIA DA DOR E CUIDADOS PALIATIVOS DA FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA DO AMAZONAS – CRITÉRIO DE QUALIDADE.

Autores: Mirlane G. M Cardoso; Fábio de Q. Medeiros; Stênio R Cardoso; Rita de C.C. de Oliveira.
Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos/ STDCP- FCECON. Manaus- AM/Brasil.

INTRODUÇÃO. O uso de morfina é recomendado pelo Programa Global de Controle do Câncer da OMS como a droga de escolha no tratamento da dor oncológica, sendo seu emprego aceito mundialmente como indicador isolado de avaliação do manuseio da dor no câncer. Segundo a OMS a taxa mundial do seu consumo foi relativamente estável até 1994, triplicando em 8 anos. No Brasil e em outros países da América do Sul e Central o uso desse opióideé menor que 1mg per capta, enquanto que nos EUA e Canadá esse valor ultrapassa os 20 mg. **OBJETIVOS.** O presente estudo tem por objetivo analisar o consumo de morfina a partir de 1990 quando da implantação do ambulatório de dor da FCECON, e avaliar os avanços alcançados até o momento. **MÉTODOLOGIA**. Estudo retrospectivo, com dados coletados do livro de termo de abertura de medicamentos controlados da farmácia, e dos relatórios do Serviço de Epidemiologia e Estatística da Fundação no período de 1990 ao 1º semestre 2005, tendo como base de cálculo o censo de 2000. Foram levantados os consumos de morfina injetável e oral de liberação rápida e lenta. **RESULTADOS**. De uma forma geral, o consumo registrado foi crescente a partir de 1997 atingindo os valores de 23.861.322 mg no final de 2004, com uma variação per capta de 8,48 mg. Em relação à forma de apresentação, pode-se verificar um maior emprego de morfina injetável no início dos anos 90, tendo seu valor decrescido até o ano 2000 quando houve a implantação do serviço de urgência, que resultou em uma ascensão significativa na sua utilização. Já o uso de sua composição oral fez o percurso inverso, representando 99,53% no final da década de 90, devido à padronização de sua apresentação oral, com grande aceitação pelos dos pacientes e 60,35% nos últimos cinco anos. Esse aumento significativo na utilização de morfina nos últimos quinze anos representa o aumento no número de pacientes acompanhados pelo ambulatório da dor, perfazendo o total de 2982 novos atendimentos, somente nos últimos cinco anos. Apenas no primeiro semestre de 2005 já foram assistidos 180 novos pacientes, tendo a morfina como base para o tratamento da dor, associado a drogas adjuvantes.
CONCLUSÕES. Apesar das restrições legais, geográficas e financeiras do sistema de saúde do nosso estado, observamos um crescente aumento no consumo de morfina, comparado com o índice anterior de 4,83 mg per capta, equiparando-se em suas devidas proporções, a países desenvolvidos do continente europeu, de acordo com dados fornecidos pela OMS entre os anos de 1984 a 1992.
PALAVRAS CHAVES: DOR ONCOLÓGICA. MORFINA PER CAPITA.

CASUÍSTICA DO SERVIÇO DE TERAPIA DA DOR E CUIDADOS PALIATIVOS (STDCP) COM O FENTANIL TRANSDÉRMICO NA DOR ONCOLÓGICA.

Mirlane G. M. Cardoso; Emily S. Montarroyos; Neuzimar da S. F. e Silva; Mônica T. Muniz; Germano S. Souza; Stênio R Cardoso.
Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos da FCECON.Manaus–AM/ Brasil.

INTRODUÇÃO. A dor é sempre um sinal de alerta e muitas vezes o primeiro sintoma de uma doença neoplásica. Manifesta-se em até 70% dos pacientes oncológicos, decorrente de fatores relacionados direta ou indiretamente com o tumor primário e suas metástases, intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas e ainda condições não relacionadas com a doença de base. A abordagem desse comportamento doloroso é considerado um desafio multidisciplinar na busca do seu alívio. Individualizar o tratamento é essencial para o bom controle da dor, baixa incidência de efeitos colaterais, maior adesão ao tratamento proposto, com melhor qualidade de vida para o paciente oncológico. O fentanil transdérmico está situado no 3º degrau da escada analgésica da OMS. Embora a morfina seja a terapêutica farmacológica mais recomendada, alguns pacientes possuem limitações para essa via de administração. **OBJETIVOS:** O presente trabalho tem como objetivo apresentar a casuística no período de 1998 a 2003, do uso do fentanil transdérmico no Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos, registrando epidemiologicamente a população tratada. **METODOLOGIA.** Foram revisados os prontuários de 166 pacientes, atendidos na Fundação CECON de 1998 a 2003, com registro em ficha de avaliação e tratamento da dor e ficha de visita domiciliar médica e de enfermagem. **RESULTADOS**. Entre os 166 pacientes registrados, 89 são do sexo feminino e 77 são do sexo masculino, com idade variando entre 18 a 89 anos (idade ± 53,5), revelando uma prevalência da terapia transdermal em 35 pacientes com neoplasia de trato gastro-intestinal, 31 pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço, 28 pacientes com neoplasia de colo uterino, 17 pacientes com neoplasia de mama, 16 pacientes com neoplasia de pulmão, 11 pacientes com neoplasia de próstata e 28 pacientes com neoplasia em outras localizações. **CONCLUSÃO:** O Fentanil transdérmico se mostrou uma excelente opção no tratamento da dor intensa em pacientes oncológicos, destacando-se por apresentar elevada adesão ao tratamento, boa tolerabilidade e controle satisfatório da dor, independente da localização da neoplasia.
PALAVRAS CHAVES: FENTANIL TRANSDÉRMICO, DOR ONCOLÓGICA.

MODELO DE ATENCION DE CUIDADO PALIATIVO EN NIÑOS CON CANCER CHILE).

Autores: Rodríguez N. y Equipos de CP Pediátrico. PINDA. Ministerio de Salud. Chile.

Introducción: En Chile los niños con patología oncológica, beneficiarios del Sistema público de salud, son atendidos por un programa nacional (PINDA) dependiente del Ministerio de Salud desde 1988. Esta atención se realiza en 13 centros a lo largo del país, que cuentan con equipos de salud especializados en oncología pediátrica. En 1994 se inicia el Programa de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos (PAD y CP) del adulto, que atiende a pacientes derivados desde unidades oncológicas. El año 2003 se organizan, al interior de cada centro oncológico pediátrico, equipos multidisciplinarios encargados de CP. Este modelo permite que sea el mismo equipo tratante el que acompañe al niño y a su familia en las diferentes etapas de su enfermedad, logrando unaatención continua e integral.
Objetivos: Describir un modelo de atención de CP en niños con cáncer en etapa avanzada. Describir las actividades desarrolladas por los equipos de CP en un período de 2 años (2003-2005).
Resultados: El PINDA cuenta con 13 centros en Chile donde se realiza tratamiento integral de los pacientes oncológicos pediátricos. Estos centros funcionan en red, con un sistema de derivación que permite una atención rápida e integral desde el diagnóstico de la enfermedad. Esta red atiende anualmente 420 nuevos niños con cáncer, además de los pacientes en seguimiento. Cuenta con equipos especializados integrados por oncólogos(as) pediatra, enfermeros(as), psicólogo (a), psiquiatra, químico-farmacéutico, técnico paramédico y terapeuta ocupacional. Los pacientes con cáncer avanzado, sin posibilidades de tratamiento curativo, ingresan al programa de AD y CP, después de una evaluación de todo el equipo y su atención es coordinada por el grupo encargado de AD y CP al interior del mismo. Existe en cada centro un Protocolo de AD y CP para el manejo del dolor y otros síntomas. Cadaequipo coordinala atención del niño de otras regiones del país de acuerdo a flujograma de derivación incluído en Protocolo Nacional, controla el dolor y otros síntomas en domicilio y/o hospital y se encarga de la educación para el autocuidado y acompañamiento de la familia, incluso en el período de duelo. Se han atendido 175 pacientes en

un período de 2 años (2003-2005), con una mediana de edad de 8 años, con leve predominio del sexo masculino, con un promedio de 56 días de permanencia en CP y destaca un aumento en el porcentaje de pacientes que son atendidos y que fallecen en su domicilio en el período 2004-2005 (61,6 v/s 58,6% y 57,8 v/s 47,5%)

Comentarios: En Chile los niños con cáncer avanzado beneficiarios del Sistema Público de Salud, son atendidos por equipos organizados que funcionan al interior de los mismos equipos oncológicos. Esta modalidad de atención aseguraun manejo integral y continuo. La atención se organiza a nivel secundario y terciario del sistema de salud. La atención primaria asume este cuidado, en caso de pacientes rurales que desean volver a su domicilio y siempre coordinada estrechamente con el equipo del centro oncológico, que hace de "motor" de la atención. El desarrollo de equipos de CP pediátrico al interior de las unidades de oncología de la red PINDA ha potenciado la atención y el fallecimiento del niño en su domicilio.

CUIDADOS PALIATIVOS. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD:

Sensibilización y Acción

Enf. Onc. Maria Gladys Gonzalez R.Enf. Onc. Soraya Chalela Serrano.

En nuestra sociedad consumista parece un extraño despropósito, la invitación a la gratuidad, a la entrega voluntaria, generosa y desinteresada, pero paradójicamente son muchas las personas que sintonizan con esos valores, los viven y los practican, más aún, todo ser humano los añora, los merece y los desea.En Colombia, El Sistema General de Seguridad Social en Salud, demuestra una cobertura insuficiente de protección para una población superior a 44.000.000 de personas. En el país las cifras de Mortalidad por cáncer para el año 2003 muestran 1184 defunciones, de las cuales 691 (58,4%) ocurren en Bogotá y de éstas 366 suceden en el domicilio del paciente (53%). El 22% de los pacientes reportados que han fallecido en su domicilio, no cuentan con la cobertura para atención en cuidados paliativos y pertenecen a zonas deprimidas, de escasos recursos económicos, donde la inaccesibilidad por inadecuadas vías de transporte y limitaciones de comunicación, impide seguimiento domiciliario y acompañamiento durante el proceso de enfermedad y muerte, entre otras.

Se propone destacar el papel de la Enfermera hacia la formación de líderes comunitarios que oriente la creación de lazos estrechos con las comunidades y los grupos de sociedad civil con las personas afectadas por VIH-SIDA y cáncer en fases avanzadas de su enfermedad, de acuerdo con los objetivos de los cuidados paliativos. La participación comunitaria incluirá, la sensibilización, la prestación de cuidados básicos y el apoyo a los enfermos en fase terminal, familia y/o cuidadores principales.

Desde 1948, la constitución de la OMS disponía "que una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son capital importante para el mejoramiento de la salud" y actualmente sobre la base de inquietudes y prioridades localmente definidas en las comunidades, se promueven grupos humanísticos con motivaciones espirituales que acompañan en localidades de Bogotá a los enfermos de manera voluntaria y para ellorequieren un soporte educativo.

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN EN LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL PROGRAMA HOSPI SAUNDERS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA REALIZADO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 1 DE OCTUBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2005.

Objetivo General. • Fortalecer y promover estrategias de cambios para el cuidado de la salud mental laboral del personal de enfermería en cuidados paliativos.

Objetivos Específicos.

• Caracterizar al personal de enfermería en cuidados paliativos

• Identificar los factores de riesgo a los cuales se expone el personal de enfermería en cuidados paliativos.

• Contribuir a desarrollar factores de protección en el personal de enfermería en cuidados paliativos.

Materiales y métodos. Elaboración de un instrumento para la recolección de los datos,completado de forma anónima por el personal de Enfermería.

Resultados. Existe una población de 36 individuos, con una media de edad de 39 años, donde el sexo femenino es de un 80.6 %.

Los factores de riesgo identificados:

• El abandono con un 75 %, el sufrimiento con un69,4 % y el dolor con un 33,3 %. En relación a que genera mayor estrés aparece en un 50 % el ambiente laboral mientras que en un 44,4 % surge el usuario y familia.

Los factores de protección identificados:

• El trabajo en equipo con un 83,3 %, vínculos afectivos con75 %, seguidos de personal suficiente en un 19,4 % y de presencia de estímulos en un 5,5 %.

• Con respecto a los cambios y/o sugerencias para la satisfacción del personal de Enfermería aparece mejora en los estímulos y gratificaciones (económicas y morales) en un 69,4 %, aumento en el régimen de libres y descansos en un 38,9 %, la necesidad de grupos de apoyo y de soporte emocional en un 33,3 %, capacitación en un 25 %.

Conclusiones. Debemos desarrollar actividades de capacitación y de formación continua y grupos de apoyo tomando como ejes temáticos el abandono y el sufrimiento del usuario terminal, con el objetivo de mejorar el ambiente laboral y desarrollar una mejor comunicación entre el equipo y el usuario y familia. Así como también fomentar la presencia de estímulos, intentando modificar el régimen de libres y compensación económica.

Favorecer y estimular la participación del personal de Enfermería, así como fortalecer el trabajo en equipo y el desarrollo de vínculos afectivos.

DOLOR NEUROPATICO: EFICACIA COMPARATIVA ENTRE GABAPENTIN Y AMITRIPTILINA.

Introducción: El dolor neuropático es un síndrome doloroso causado por una lesión primaria o disfunción del sistema nervioso central o periférico. Para su tratamiento, se han utilizado antidepresivos y antiepilépticos, obteniendo tan buenos resultados, que han logrado convertirse en la terapia estándar. **Objetivo:** Realizar un estudio comparativo entre la eficacia del Gabapentin y Amitriptilina en eltratamiento del dolor neuropático en pacientes pediátricos. **Métodos:** Investigación Prospectiva tipo Ensayo Clínico, seleccionando pacientes entre 5 y 11 añosque presentaron dolor neuropático en el servicio de Pediatría del Hospital Miguel Pérez Carreño, Caracas, entre abril 2.004 y octubre de 2.005, medido con la Escala Visual Análoga. Se trató un grupo con Gabapentin y otro grupo con Amitriptilina, hasta lograr la remisión de los síntomas. Los datosse recogieron diariamenteen un formulario, considerándose: datos de identificación, peso, medicamento y dosis, patología causante del dolor, intensidad del dolor previa al tratamiento, duración del dolor en días, escala visual análoga y presencia de efectos colaterales. **Resultados:** De los 12 pacientes en estudio, 50% recibió Amitriptilina y 50% Gabapentin.La patología desencadenante de dolor neuropático más frecuente fueron las Quemaduras (50%). El 83,3% de los pacientes tratados con Amitriptilina presentaron remisión del dolor en 1 a 3 días; en el grupo tratado con Gabapentin, el 33% presentó remisión del dolor en 1 a 3 días, 16,7% en 4 a 6 días y 50% en 7 días o más. 1 paciente tratado con Amitriptilina presentó somnolencia y 3 pacientes tratados con Gabapentin presentaron aumento de peso. **Conclusiones:** La Amitriptilina y el Gabapentin son igualmente eficaces en el tratamiento del dolor neuropático en pacientes pediátricos.

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE CODEINA, HYDROCODONA Y TRAMADOL EN ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER

René Rodríguez, Fernando Castro, Olga Montoya, Paola Daza

Objetivos: Evaluar eficacia y seguridad de Codeína, hidrocodona ytramadol en alivio del dolor por cáncer.
Materiales y Métodos: Se realizó un ensayo clínico controlado dobleciego con pacientes con dolor por cáncer de intensidad moderada o severa.
Criterios de exclusión: Alcoholismo y drogadicción, creatinina >2 mg/dl, bilirrubina >2 mg,programados o recibiendo quimio/radioterapia o cirugía durante el estudio.
Asignaciónaleatoria a tramadol (200 mg/d.), codeína/acetaminofén (150/2500 mg/día), hidrocodona/acetaminofén (25/2500 mg/día). Se dobló la dosis por fracaso.
Se evaluó la intensidad del dolor basal, a los dos días y luego semanalmente por tres semanas con laescala visual análoga (EVA).
Análisis Estadístico: Tamaño de muestra calculado con poder del 80% y seguridad del 95%. Se utilizóChi2, ANOVA o test de student, según se comparen proporciones o promedios.
Resultados: Se asignaron 177 pacientes: Hidrocodona(62), codeína(59) y tramadol(56).
Principales diagnósticos: Cáncer gástrico (16%), mama (14%),próstata (11%), pulmón (10%).
Dolor basal: moderado 60% y severo 40%.
Etiología: Visceral 51%, somático 33%, mixto 6% y neuropático 9%. En 75%el diagnóstico era conocido por pacientes y sus familiares.
Principales síntomas asociados: debilidad, insomnio e hiporexia.
Pacientes aliviados: Codeína 66%, tramadol 73%, hidrocodona 71% (p: 0.69).
Efectos colaterales: vómito (codeína 23.7%, tramadol 35.7%, hidrocodona 16.1%p: 0.047), mareo (codeína 23.7%, tramadol 41.3%, hidrocodona 19.4%p: 0.02), hiporexia (codeína 1.7%, tramadol 21.4%, hidrocodona 6.6%p: 0.001), debilidad (codeína 0.0%, tramadol 12.5%, hidrocodona 1.6%p: 0.002).
Conclusiones: La eficaciade codeína, tramadol e hidrocodona es igual.
Vómito, mareo, hiporexia y debilidad se presentaron con mayor frecuencia contramadol.

EL CONOCIMIENTO (C) Y LA INFORMACIÓN (I) EN PACIENTES CON CÁNCER EN EL GRAN BUENOS AIRES SUR

Objetivo: a)Apreciar el C del pac acerca de su enf al ingreso y 6 meses después, b)su necesidad sobre I a recibir y c)la toma de decisiones (T de D) en relación con los C obtenidos. Evaluar la relación con la sit social del pac, edad, instrucción y estadío de su enf.
Mat. y método: Estudio descriptivo, observacional, transversal usando un cuestionario semiestructurado y autoadministrado. Incluidos 122 pac, elegidos al azar simple, C. de inclusión: edad ≥ 20 años y ≤ 80 años,seguimiento ≥ 6 meses y est. cognitivo normal. Eval estadística con test de chi cuadrado y test exacto de Fischer
Resultados: 95 pac conocían presentar cáncer (77,8%) (p<001). En pac. con Ca de mama, 91,07% conocían su diagnóstico y en el resto el 66,66% (p<001). A los 6 m. o más, los pac en trat. adyuvante o enf. avanzada presentan mayor diferencia en el C de su enf. con respecto al ingreso: 79,74% vs. 67,08% (p<001). Al 80,32% le satisface la I recibida (p<001).
El 27,08% de los satisfechos buscó mayor I por otros medios vs. el 58,33% de insatisfechos (p<001). Hay dif. signif. en relación al Nivel de instrucción sobre el C y la I a recibir (p<001)
El 77,8% quiere saber todo aún malas noticias (p<001). El 84,42% se interesa en la posibilidad de curación y 66,39% en el éxito del trat actual. Sólo el 34,42% se interesó en la toxicidad
En cuanto a la T de D: el 8,2% preferiría decidir qué trat aceptar, el 6,55% compartir la T de D con los médicos y el 85,24% que la T de D sea asumida sólo por los médicos (p<001)
Conclusiones: Los resultados obtenidos son similares a las ref. internac. Es llamativo que a pesar del C del cáncer y la satisfacción sobre la I recibida, los pac. tienen un rol pasivo en la T de D. Es una diferencia marcada en cuanto a otras culturas (anglosajona) pero puede traslucir un aspecto del modelo paternalista. Se sugiere la inclusión de métodos en relación a decisiones facilitadas para permitir un mayor involucramiento del pac en el proceso de T de D y en el manejo de su situación

PREVALENCIA DE SÍNTOMASEN PACIENTES CON CÁNCER. ISS - CALI 2004-2005

Objetivos: Determinar la prevalencia de síntomasen pacientes con cáncer.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Pacientes que consultaron por primera vez al Servicio de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos (CADPAL) ISS-Cali2004-2005.
Análisis Estadístico: Tamaño muestral tipo censo: incluyó todos los pacientes que consultaron en el 2004-2005. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión describiendo variables numéricas con promedio y desviación estándar;las cualitativas con proporciones.
Resultados: Tabla 1.
Conclusiones: El dolor se presentó en 75% de los pacientes pero hay otros síntomas de mayor prevalenciacomo debilidad, insomnio, boca seca e hiporexia.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES CON CANCER

Objetivos: Identificar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes oncológicos de la Clínica del Dolor.
Identificar variables demográficas y familiares discriminantes entre pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico
Método: 305 pacientes oncológicos que acudieron a su primera consulta en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Vargas de Caracas entre Junio 2000-Noviembre 2005 fueron evaluados con la entrevista estructurada SCID-I para el DSM-IV y una entrevista familiar. Se obtuvo información sobre variables demográficas sexo, edad, estado civil,conocimiento de su enfermedad e indicadores de la adaptación familiar a la enfermedad.
Los datos fueron tabulados y analizados con la prueba t de Student y chi cuadrado para variables nominales
Resultados: La población de pacientes fue 58% femenina, media de edad 53,36 años y 65,9% conocían su diagnóstico.
De los 305 pacientes, 58% presentaron un diagnóstico psiquiátrico, siendo los mas frecuentes: Trastorno adaptativo depresivo 29,2% trastorno adaptativo ansioso 15,1% Trastorno adaptativo ansioso-depresivo 17,4% episodio depresivo mayor 8,4% Demencia 7,4% y Dependencia a la Nicotina 5,6%. No existieron diferencias significativas entre los grupos con y sin diagnóstico en relación a sexo, edad, estado civil y conocimiento deldiagnóstico de su enfermedad. El grupo de pacientes con diagnóstico mostró un predominio de sujetos solteros y divorciados y de indicadores de desadaptación familiar: 71% de las familias de pacientes con diagnóstico presentaron dificultades en el cuidado, exacerbación de previos conflictos, baja cohesión y sobrecarga de rol del cuidador principal, 38% de las familias de pacientes sin diagnóstico mostraron indicadores de desadaptación.

Se concluye sobre la importancia de la evaluación psiquiátrica del paciente y su familia para identificar tempranamente trastornos que dificulten su adaptación al Cáncer.

AVALIAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE NAS PRESCRIÇÕES DE OPIÓIDES DO HOSPITAL ERASTO GAERTNER

A. E. E. Lincoln1; H. A. G. Barreto2; R. T. C Bettega3; V. D. F. Santos4

1-Farmacêutica; 2-Supervisora Farmácia Hospitalar; 3-Médico responsável pelo Grupo Interdisciplinar de Suporte Terapêutico Oncológico; 4-Farmacêutica Especializanda. Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, PR, Brasil.

Palavras-chaves: Dor. Opióides. Organização Mundial da Saúde.

Introdução: A dor oncológica tem afetado milhões de pacientes e estima-se que 60-80% dos pacientes com câncer avançado sofrem de dor intensa. A avaliação da dor deve ser considerada como o 5º sinal vital a ser analisado no paciente.A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda para o tratamento da dor crônica a administração de opióides pela boca, pelo relógio, pelo paciente, pela escada analgésica e a atenção ao detalhes. Objetivo: Avaliação das recomendações da OMS nas prescrições de opióides do Hospital Erasto Gaertner. **Metodologia:** Análise de todas as prescrições de opióides padronizados no Hospital Erasto Gaertner (codeína, tramadol, morfina e metadona) de pacientes internados e ambulatorias no período de 20 de julho a 18 de agosto de 2005 quanto ao cumprimentos das recomendações da OMS, utilização de doses "se necessário" e resgate, utilização concomitante de opióides pertencentes a degraus diferentes da escada analgésica, respeito as posologias mais comumente conhecidas e meia-vida dos fármacos. **Resultados:** Foram analisadas 4203 prescrições médicas e observou-se que as prescrições dos opióides analisados com posologia fixa de horário corresponderam a 26,9% do total de prescrições. Destas, constatou-se que 53,40% correspondem a morfina, 28,77% a codeína, 11,92% a tramadol e 5,91% a metadona. 41,65% das prescrições de opióides eram prescrições médicas "se necessário" ou doses de resgate. 73 pacientes fizeram uso de mais de 2 doses diárias de opióides "se necessário" ou doses de resgate., sendo que 60,28% dos pacientes fizeram uso por apenas 1 dia caracterizando utilização pós-operatória. Apenas 41,38% dos pacientes que faziam uso de opióides por longo período tiveram suas doses ajustadas. **Conclusão:** Os resultados permitem-nos concluir que embora o Hospital Erasto Gaertner seja um hospital-ensino, ainda se tem muito a melhorar para o correto manejo da dor oncológica na instituição.

"Tu me importas por ser tu
Importas hasta el último momento de tu vida
Y haremos todo lo que este a nuestro alcance;
No solo para ayudarte a morir en paz,
sino también a vivir hasta el día en que mueras"

Cicely Saunders