



02
ASISTENCIA COMPARTIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL EN DOMICILIO. POR EL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS (PC.P) Y EL MÉDICO DE ZONA. EVALUACIÓN JULIO/02-SET./03

Guedes,A, Brayer,C..Isaurralde,H., Avas,G., Azambuja,M.:
Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU)
Montevideo Uruguay
Dirección Mariano Soler 3591 Montevideo.Uruguay. aguedes@adinet.com.uy

Objetivo:

Optimizar el rendimiento del programa de Cuidados Paliativos,a enfermos oncológicos terminales en domicilio, mejorando la accesibilidad al servicio y difundiendo la aplicación del conocimiento en medicina paliativa

Nivel 1-paciente y familia estables:atención compartida con el médico de zona

Nivel 2 mayor intensidad sintomática.asistencia a cargo del médico del P.C.P.frecuencia de visitas según requerimientos y coordinación a cargo de central de comunicaciones Nivel 3-internación sanatorial recursos de mayor complejidad,claudicación familiar

Método:

Desplazar progresivamente la aplicación del recurso médico del P.C.P. hacia la orientación y el asesoramiento técnico del médico de zona. El médico del P.C.P. oficia de nexo entre el Médico de zona y Médico coordinador del programa, para la organización de la asistencia a domicilio y la gestión de los servicios. manteniendo funciones directamente asistenciales en los casos imprescindibles (no contar con médico de zona, licencias, certificaciones, situaciones clínicas complejas).por el tiempo que requiera la estabilización de la problemática clínica, volviendo a su médico de zona en cuanto sea posible .criterio exclusión: ausencia e cuidador principal, alta conflictividad emocional del pacientey/ofamilia, alto requerimiento de recursos asistenciales en familias que no lo pueden absorber. Recursos humanos: médico del PCP,Médico de zona, licenciada de enfermería. Forma de ingreso: .una vez derivado el enfermo al P.C.P le es asignado un médico por el coordinador del Programa con revaloración semanal en reunión clínica de la estabilización , o pasa al modelo compartido Se asigna un médico de zona si no lo tuviera previamente y se ve el paciente en conjunto, Se escribe la historia clínica y las indicaciones en historia centralizada, que quedará junto al paciente, retirándose progresivamente el médico del P.C.P.quedando a disposición telefónica para apoyo Licenciada de enfermería , para educación continencia y pesquiza de cambios sintomáticos. Se realiza atención al duelo

Resultados:

Total de ingresos:466 pacientes; Asistidos en nivel 1, procedentes de nivel 2, 78 pacientes(17%),Reingresaron a nivel 2 y fallecieron 20, permanecieron en nivel 1 y fallecieron38 pacientes(49%),Se asisten hasta fecha actual en nivel 1, 15 pac.,Se asisten en Nivel 2 procedentes de nivel 1, 2 pacientes, fallecieron en nivel 3 ,3 pac. Fallecidos 61 pac., en domicilio:58pac.Conclusiones: el alto porcentaje de fallecidos en domicilio, y la permanencia de casi la mitad de los pacientes con su médico tratante hasta el momento de su fallecimiento señala la viabilidad el modelo ,siendo el desafío el perfeccionamiento del trabajo en equipo.



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos

"Dr Eduardo Méndez"

03

OTRO CARA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN MÉXICO.

Ponencia:

Hospice Cristina

Expositora:

Enf. Beatriz Montes de Oca, Dir. de Hospice Cristina.
beatriz@hospicecristina.com o bmontes82@hotmail.com
Hospice Cristina, Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción:

Hospice Cristina es el intento más importante hasta la fecha de la instauración de Hospices en México, su presencia en menos de dos años de fundado ha tenido repercusión no solo en el área de asistencia, si no que en el de la concientización de los cuidados paliativos, no solo en el estado de Jalisco, sino en varios estados de la Republica Mexicana, así como una institución que se va colocando firmemente en el área de formación de nuevos recursos humanos para la atención de enfermos terminales.

Objetivo:

Que la experiencia de Hospice Cristina, estimule la creación de más Hospices en América Latina.



04

PROPUESTA DE FORMACIÓN PARA PSICÓLOGOS DE CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Ponencia:

Psicoalgiología Paliativa

Expositor:

Psic. Cliserio Rojas Santes, Coordinador de Enseñanza y de Psicología de Hospice Cristina.
psicrojas@hospicecristina.com o psicrojas@hotmail.com
Hospice Cristina, Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción:

La Psicoalgiología Paliativa surge como una necesidad de especialización dadas las características de una Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos; la formación hasta la fecha tiene un gran hueco, las diferentes corrientes de la Psicología abordan con sus muy particulares técnicas y procedimientos el problema, la necesidad es más ecléctica. Y resaltar la importancia del psicólogo dentro de un equipo de salud y la trascendencia de su participación a este mismo.

Objetivo:

Definir y legitimar el lugar del psicólogo dentro de un equipo de salud, y promover la especialidad a toda América Latina.



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos

"Dr Eduardo Méndez"

05

OTRO CARA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN MÉXICO.

Ponencia:

Hospice Cristina

Expositora:

Enf. Beatriz Montes de Oca, Dir. de Hospice Cristina.
beatriz@hospicecristina.com o bmontes82@hotmail.com
Hospice Cristina, Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción:

Hospice Cristina es el intento más importante hasta la fecha de la instauración de Hospices en México, su presencia en menos de dos años de fundado ha tenido repercusión no solo en el área de asistencia, si no que en el de la concientización de los cuidados paliativos, no solo en el estado de Jalisco, sino en varios estados de la Republica Mexicana, así como una institución que se va colocando firmemente en el área de formación de nuevos recursos humanos para la atención de enfermos terminales.

Objetivo:

Que la experiencia de Hospice Cristina, estimule la creación de más Hospices en América Latina.



06

"UNA MANO PARA AYUDAR, Y UN CORAZÓN QUE ESCUCHA"

Póster:

Hospice Cristina
Enf. Beatriz Montes de Oca, Psic. Cliserio Rojas Santes.
beatriz@hospicecristina.com o bmontes82@hotmail.com
Hospice Cristina, Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción:

Hospice Cristina nace como otra opción para la atención del enfermo terminal, que a lo largo de año y medio, ha difundido, no solo la filosofía de los Cuidados Paliativos, sino que sus funciones han ido más allá de la asistencia, sino que la sensibilización y la enseñanza, participando con diferentes organismos públicos y privados.

Objetivo:

Conocer la historia de Hospice Cristina, hasta la fecha, sus logros, las trabas, los retos que representa para el personal y la sociedad.



07

ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ETAPA TERMINAL.

Dra. Sandra Mourelle.
Departamento de Colonia, Uruguay, 2003.

Atención Domiciliaria de los Pacientes Oncológicos en etapa terminal.

El cáncer es la 2ª causa de muerte en nuestro país. El 25% de nuestra población fallece por cáncer y se calcula que aproximadamente el 60 al 70% de los pacientes oncológicos pasarán por una fase de enfermedad terminal. Es evidente que estando frente a un verdadero problema de salud pública se deben proponer modelos de asistencia sanitaria efectivos. Actualmente la Medicina Paliativa ofrece los recursos técnicos y humanos capaces de resolver de la mejor manera posible estas situaciones.

La OMS define la Medicina Paliativa de la siguiente manera: "Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva, que ya no responde al tratamiento curativo y donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales, cobran la mayor importancia.

Se entiende por enfermo terminal al paciente oncológico, con un pronóstico de vida estimado en 3 a 6 meses y al que no se le pueden ofrecer tratamientos oncológicos pretendidamente curativos.

Múltiples factores, económicos, sociológicos, laborales y propiamente sanitarios, han llevado en los últimos años a un aumento continuo de la demanda asistencial que han generado una situación de "plétora hospitalaria", que junto a la necesidad cada vez mayor de unidades especiales para pacientes agudos y métodos diagnósticos y terapéuticos complejos, han contribuido a aumentar los ya onerosos costos de la asistencia médica. De estos costos, una gran parte son independientes de la patología a tratar, o sea costos fijos por cama sanatorial, que aumentan en forma proporcional al número de pacientes internados.

A su vez ese paciente, más allá de tener él y su familia la "seguridad que brinda la internación", reconoce a ese medio como algo inhóspito, frío y poco personalizado, hasta cierto punto agresivo y posible de ser convertido en un caso clínico más, situación ésta última que por fortuna en nuestro medio prácticamente no existe, dándose en el "Interior" la situación de que a los pacientes prácticamente se los conoce y se los llama por el nombre de pila.

El paciente oncológico en etapa terminal, es un ejemplo de paciente que se puede beneficiar del equipo de asistencia domiciliar con manejo en los Cuidados Paliativos y de hecho, esto se demostró en la población de pacientes que mostraremos. Esta asistencia domiciliar se realiza con diferentes matices en las distintas ciudades del "interior" del país.

Beneficios de la Atención Domiciliaria.

1) La mayoría de los pacientes prefieren morir en su domicilio.

En su casa, sea ésta pobre o de lujo, pueden tener la presencia constante de sus seres queridos y también de sus cosas personales, pequeños tesoros que hemos acumulado a lo largo de nuestra vida. Todo esto ayuda a no sentirse tan solo, tan dejado de lado y tan inútil como veremos más adelante.

2) Es lo natural.

El hombre occidental le ha temido y le sigue temiendo a la muerte, pero vivirá en este clima de naturalidad, donde si se dan determinadas condiciones (dependiendo del trabajo de la U.C.P. domiciliaria), el enfermo y la familia se pueden adaptar a esta situación, beneficiándolos a ambos en el proceso angustiante que les toca vivir.

3) Autonomía.

Los enfermos con patología terminal temen y los angustia no poder seguir controlando su propia vida. En las Instituciones el personal ejecuta y decide por el paciente, en todo lo que él puede y debe hacer, las visitas que ha de recibir y su horario, la comida, etc.

En su casa por el contrario, el enfermo puede ir cediendo poco a poco dicho control, con lo cual se le hará más fácil aceptar lo que le está sucediendo.

En su casa el enfermo tendrá más libertad para hacer lo que necesite o quiera y no lo que le convenga al personal del hospital o le obligue la disciplina del mismo.

4) Autoestima aumentada.

El paciente en su casa va a tomar decisiones acerca de su enfermedad y sus cuidados, va a ser tomado en cuenta en los asuntos que conciernen a la vida familiar; todo esto eleva en forma muy importante la autoestima del paciente.

Por otro lado, a pesar de las limitaciones por su enfermedad, el paciente podrá hacer pequeñas cosas que lo harán sentir más útil. Está en el equipo el lograr resaltar esas actividades que realiza.

5) Disminuye el riesgo de duelo patológico en los supervivientes.



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos

"Dr Eduardo Méndez"

Uno de las causas más frecuentes de que los familiares tengan problemas en la elaboración del duelo, son los sentimientos de culpa ante la idea de "no haber hecho lo suficiente" por su ser querido.

Lógicamente, cuando el enfermo ha sido cuidado en su domicilio, es mucho más difícil que aparezcan en los familiares estos tipos de sentimientos ya que han trabajado permanentemente para su bienestar. Algo similar ocurre con el equipo de la U.C.P. que lo asiste, cuando se actúa en forma frecuente, acertada y sobre todo con ternura.

En las ciudades del "Interior" del país es mucho más fácil poder observar esto, ya que los familiares de los pacientes, concurren a los mismos comercios, escuelas, gimnasios, playas, etc., lo que hace que tengamos un contacto muy frecuente y se ha podido observar que desde que funciona las U.C.P. no se han observado duelos patológicos.

6) La comida es más gustosa.

Los pacientes con cáncer, generalmente presentan anorexia, que es mucho más marcada cuando progresa la enfermedad. Si a esto le agregamos un menú más o menos fijo, a unos horarios también fijos y con comida "para enfermos", es muy probable que la hora de comer sea más un suplicio que una satisfacción.

En su casa la familia sabe lo que le gusta, en vajilla adecuada y se lo ofrece cuando el paciente quiere, aún de madrugada.

7) La persona que se está muriendo, puede influir sobre la cantidad y la calidad de vida.

Una determinada actuación dirigida a prolongar un poco la vida, puede no ser deseada por el enfermo que la puede considerar excesivamente molesta o innecesaria y está en su derecho de rechazar.

Esto es mucho más fácil que se dé en su domicilio, que en una Institución.

8) Es más fácil conservar la dignidad y el respeto.

En su casa no lo llamarán el paciente de sala 2, ni el cáncer de pulmón.

La mayoría de los enfermos, en la última fase de su enfermedad, van a depender de los demás para muchas cosas que durante toda su vida, han sido algo íntimo: higiene corporal, comer, necesidades fisiológicas, etc. Por desgracia y salvo en unidades especializadas en cuidar a estos enfermos, no siempre los profesionales que tienen que llevar a cabo estos cometidos tienen la suficiente preparación, profesionalidad y vocación para ello, con el consiguiente riesgo de atentar contra la dignidad, incluso el respeto del enfermo.

9) En la casa la familia manda.

El personal de la salud que no está preparado para trabajar en Cuidados paliativos, desconoce que la familia es parte de nuestro cuidado y la considera como "molesta", enemiga y no se dan cuenta que ellos también tienen las mismas dificultades que el paciente en poder manejar la situación. En el domicilio, la familia se convierte en nuestro compañero de trabajo, en una parte fundamental de los cuidados del paciente.

10) Costo social.

Cuando se ingresa un paciente a una Institución, se altera la dinámica familiar, ya que se pierden días de trabajo para acompañarlo y en el peor de los casos, lo deben dejar solo por no poder faltar, para no perder el empleo. En las Instituciones, los niños sólo pueden ir en el horario de visita, debiendo coincidir con que el paciente se sienta física y emocionalmente bien. Todas estas separaciones afectivas son perjudiciales para la recuperación de nuestro paciente.

11) Cuesta menos dinero.

Una cama en una Institución, cuesta mucho dinero diariamente debido al equipamiento necesario con costosísimos aparatos y el gran número de profesionales que trabajan en él.

En el caso de pacientes con patología terminal, puede decirse que prácticamente nunca van a necesitar de la infraestructura del hospital, ocasionándole ésta más inconvenientes que ventajas.

12) Idiosincrasia de las ciudades del "Interior".

Como lo explicamos anteriormente, en poblaciones pequeñas donde todo el mundo parece conocerse e incluso ser familiar, la pérdida de la privacidad es frecuente y hace que tanto el paciente como su familia no quieran la internación en lugares para pacientes en etapa terminal. Debe influir en esta decisión, los diferentes prejuicios que existen con el tema Cáncer. Actualmente, no existe ninguna Institución, destinada a estos pacientes en los 18 departamentos del interior.

Organización y Funcionamiento.

El Uruguay se encuentra dividido en 19 Departamentos, provincias o estados. El departamento de Colonia, se encuentra ubicado al suroeste del país. Presenta como ciudades de mayor importancia:

Colonia del Sacramento (capital).

Carmelo.

Rosario.

Nueva Palmira.



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos

"Dr Eduardo Méndez"

Juan Lacaze.
Tarariras.
Nueva Helvecia.
Colonia Valdense.
Florencio Sánchez.
Ombúes de Lavalle.

Nuestro trabajo se realizó en la ciudad de Carmelo, con la población de los dos tipos de asistencia sanitaria

- Privada (CAMOC).
- Pública (Hospital de Carmelo).

Los pacientes oncológicos, son controlados tanto en la asistencia pública como en la privada, en la policlínica de Oncología. Cuando su patología progresa llegando a una etapa terminal, en donde la movilización sea dificultosa para el paciente, éste es visto por la Unidad de Cuidados Paliativos (U.C.P.) en su domicilio.

Las visitas se pautan de acuerdo a la clínica y la terapéutica efectuada; de todas maneras tanto el paciente como la familia tienen fácil acceso a cualquier integrante del equipo asistencial. Muchas veces, los pacientes son socios de la Unidad de Emergencia Móvil (SEMCO) y cuando son vistos por sus médicos, éstos se comunican con el Oncólogo, si la situación así lo requiere. Los pacientes tienen en su domicilio un resumen de su patología y determinadas pautas, que se van actualizando de acuerdo al cuadro clínico del paciente.

La primera consideración que debe hacerse, es que todos los pacientes han permanecido por voluntad propia en su casa y su familia estuvo de acuerdo. En muy pocas oportunidades, han debido asistir al Centro Hospitalario, para efectuar alguna maniobra que sea de difícil realización en su domicilio (radiografías, toracocentesis y pleurodesis, etc); por lo tanto, las instituciones son consideradas recursos de apoyo.

Sabiendo que las cuestiones sociales, culturales y psicológicas, influyen en la concepción que tiene el paciente y la familia, de la salud y la enfermedad, repercutiendo en el tratamiento médico, sobre todo cuando nos referimos a los cuidados paliativos, es que se realizaron programas radiales con bastante frecuencia y a diferentes horarios dirigido a la población general.

Los temas allí tratados fueron:

- Definición de Cuidados paliativos. Importancia.
- Mitos de la morfina.
- El Hombre frente a la muerte.
- Tratamiento del dolor.
- Comunicación.

Se realizaron intercambio de conocimientos, con diferentes colegas y enfermeros sobre Cuidados Paliativos. Por ejemplo, el uso de Morfina y otros fármacos por vía subcutánea es ampliamente usado desde la creación de la U.C.P.

Integrantes de los equipos de las U.C.P.

Ministerio de Salud Pública (MSP)
Oncóloga: Dra Sandra Mourelle
Licenciada en Enfermería: Andrea Bacigalupe
Auxiliar de Enfermería: Alicia Tarter
Auxiliar de Enfermería: Cecilia Bertolotti

Todos los integrantes del equipo de Cuidados paliativos actúan desde hace 4 años en forma permanente y HONORARIA, ya que no se contempla dicho trabajo en el Ministerio de Salud Pública. Es más, no existe el cargo de Oncólogo en este ámbito. Cooperativa Asistencial del Oeste de Colonia (CAMOC).

Oncóloga: Dra Sandra Mourelle.
Licenciadas en Enfermería: Soledad Pereyra y Marcela Burré.
Auxiliares de Enfermería: Guillermo Ingold.
Sofía Pelegrinetti.
Miriam Lasalvia.
Rosana Raymundo.
Ana Valenzuela.

En algunas oportunidades, los pacientes de CAMOC, son vistos por el médico de Radio, que al ser siempre el mismo permite una continuidad en los diferentes planteos terapéuticos. Por otro lado, tanto para los pacientes de asistencia pública como



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos

"Dr Eduardo Méndez"

privada, si son vistos por SEMCO (Emergencia Móvil), se realizan las interconsultas que se requieran con la U.C.P. correspondiente.

Pacientes:

CAMOC:	J.A.	• Neoplasma de mama.
	M.G.	• Secundarismo óseo, hepático y encefálico de Primitivo Desconocido.
	L.D.	• Neoplasma de pulmón.
	N.S.	• Neoplasma de vejiga.
	H.S.	• Neoplasma de Colon.
	E.B.	• Neoplasma de pulmón.
	J.D.	• Neoplasma de próstata.
	N.S.	• Neoplasma de recto.
	S.V.	• Neoplasma de vesícula.
	M.R.	• Neoplasma de mama.
	A.H.	• Mieloma Múltiple.
	R.P.	• Neoplasma de pulmón.
	E.L.	• Secundarismo hepático de primitivo desconocido.
	P.R.	• Leucemia aguda.
	B.A.	• Neoplasma de pulmón.

Se asistieron 15 pacientes en el 2003. Al momento del cierre del trabajo, fallecieron 13 pacientes (85%). De estos 13 pacientes sólo una paciente fallece en la institución privada (7 %). La decisión de internación fue de la paciente y por otro lado la continencia familiar no era buena.

MSP:	M.P.	• Neoplasma de mama.
	H.C.	• Neoplasma de mama.
	M. P.	• Melanoma.
	R.R.	• Neoplasma de pulmón.
	E A.	• LNH.
	G.V.	• Neoplasma de próstata.
	C.C.	• Neoplasma de vejiga.
	A.C.	• Neoplasma de pulmón.
	M.G.	• LNH.

Se asistieron 9 pacientes en la esfera pública. En el momento del cierre del trabajo habían fallecido 8 pacientes (88%). De estos 8 pacientes, solamente uno (12,5 %) falleció en el hospital. Interesa resaltar que esta paciente vivía prácticamente en el hospital por decisión propia y por razones socioeconómicas, problemática ésta última, muy frecuente en los pacientes pertenecientes al Ministerio de Salud Pública.

Conclusiones:

La calidad de vida y confort de nuestros pacientes antes de la muerte, pueden ser mejoradas considerablemente mediante la aplicación de los conocimientos actuales de los cuidados paliativos.

Creemos y así nos lo demuestran los diferentes sobrevivientes, que hemos logrado cumplir con la atención, del binomio paciente-familia, en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales .

Si bien se separaron para la descripción las dos U.C.P., cabe resaltar que existe una muy buena comunicación y apoyo, facilitando el trabajo, debiendo vencer muchas barreras sobre todo de índole burocrático.

Somos concientes, que nos queda camino por recorrer para poder lograr que TODOS los pacientes y familiares, tanto del sector público como privado, puedan acceder a una medicina que le ofrezca soluciones para los diferentes aspectos que se ponen en juego cuando se trata de enfermedades en etapa terminal, pero estamos seguros y convencidos de lo que queremos y lo hacemos con muchas ganas.

Estamos de acuerdo con Martín Luther King cuando dice:

De todas las formas de discriminación, la injusticia en materia de salud es la más repudiable e inhumana.



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos

"Dr Eduardo Méndez"

Para finalizar, sólo nos resta agradecer a todos los pacientes y familiares por permitirnos ayudarlos en estos momentos tan suyos, ayudándonos a nosotros a crecer como personas, a asumir el eco de la muerte y profundizar en el eco del vivir, de disfrutar el HOY.

Referencias Bibliográficas:

ASQUETA, M. et al.

Trabajos finales, II Seminario-Taller; Programa normatizado de atención domiciliaria. En FEMI, publicación periódica, 1996.

JOMAIN Ch..Morir en la Ternura.Madrid; Paulinas,1987:67-73.

GOMEZ-SANCHO M .Asistencia domiciliaria. Y Eutanasia. En ; Urraca S. La eutanasia hoy: un debate abierto. Madrid: Nóesis, 1995; 387-342.

GARCÍA RODRÍGUEZ ED. Asistencia Domiciliaria. La muerte en casa Coordinación entre los distintos niveles asistenciales. En Gomez Sancho M, ed. Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas; Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria.229-252.

CALMAN, K.C.

Quality of life in cancer patients, an hipótesis.

J. Medical Ethics, 10: 124-127,1984.

CASSELS, E.J.

La naturaleza del sufrimiento.

New England, J.M.306(11) 639-645,1982.



08

MUSICOTERAPIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

María Virginia Cicchetti; Musicoterapeuta.

Integrante de los Servicios de: Psicooncología del Instituto de Terapia Radiante, de la Ciudad de La Plata y Cuidados Paliativos del Hospital R.

Rossi de la misma ciudad.

Gonnet, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Taller

Objetivos a cumplir:

- Difundir los alcances del empleo de los recursos musicoterapéuticos en la atención del paciente en proceso terminal.
- Fundamentar las causas del efecto del estímulo sonoro.
- Presentar material musical como ejemplificación.

Nivel:

Alto

Resumen de la presentación:

Este Taller ofrece una síntesis sobre la fundamentación teórica del concepto de Musicoterapia. Expondrá las causas neurofisiológicas de los efectos de la escucha sonora, Dará a conocer las herramientas de que hace uso el musicoterapeuta en el abordaje específico en Cuidados Paliativos y ofrecerá una breve experiencia de escucha sonora.



09
LA ESPERANZA EN EL PACIENTE TERMINAL, COMO FACTOR DETERMINANTE DE UNA MEJOR Y MAYOR SOBREVIDA.

Conferencia:

Maestra en Psicología Lou González Muñoz.

Tel:55-43-56-17. E-mail:loupsi@yahoo.com

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán. Clínica del dolor y cuidados paliativos. México, D.F.

Introducción:

Fundación:

La enfermedad terminal y la muerte encarnada en un ser humano, suscita múltiples y ambiguas emociones en el paciente, familiares y equipo médico multidisciplinar.

El proceso de morir puede vivirse como algo amenazante y desencadenar dolor y sufrimiento. La evaluación que haga el paciente de su situación puede activar una actitud de esperanza o de desesperanza que se manifiesta a través de emociones, conductas y pensamientos específicos.

Se ha observado que los pacientes esperanzados reconocen su enfermedad y la aceptan, están dispuestos a cambiar ciertos comportamientos y aceptan apoyo médico, psicológico, familiar y espiritual. Esta actitud esperanzadora tiene como efecto una mayor y una mejor supervivencia.

Método:

Se presentarán dos casos clínicos (viñetas). Un paciente esperanzado y uno desesperanzado. Se dará a conocer la escala de medición: índice de vulnerabilidad que se aplicó al paciente y a los familiares y las estrategias de intervención que se utilizaron.

Objetivos:

Compartir la experiencia clínica y las estrategias de intervención con el colectivo dedicado a cuidados paliativos, para enriquecer nuestros conocimientos en medicina paliativa en el área de la psicología.



10 MANEJO DEL ESTRÉS EN EL PROFESIONAL DE SALUD DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Taller

Maestra en Psicología Lou González Muñoz.
Tel.55-43-56-17. E-mail:loupsi@yahoo.com
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la
Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción:

Fundamentación:

Los profesionales de la salud de la unidad de cuidados paliativos realizamos nuestro trabajo en un contexto de dolor y muerte. La satisfacción de lograr la cura del paciente no existe en nuestro horizonte.

Las motivaciones y objetivos de nuestro trabajo son otras.

La toma de decisiones médicas y psicológicas para manejar los síntomas, el deterioro progresivo e inevitable del paciente, la interrelación con la familia: información del Dx, orientación para evitar la claudicación y fortalecer redes familiares y las fricciones con el equipo de trabajo son fuentes de estrés para el equipo multidisciplinar.

Es importante que se aprenda a reconocer las fuentes de estrés internas y externas que son significativas y observar los caminos por los que se manifiesta: fisiológicos (hipertensión arterial, fatiga crónica, sudoración, etc), cognoscitivos (falta de concentración, baja autoestima etc.) y conductuales (aislamiento, agresividad, abuso de drogas, etc.)

Es necesario que desarrolle habilidades que le permitan relajarse y comunicarse que le permitan un mejor desempeño y le impidan llegar al síndrome del desgaste o burnout, con graves consecuencias para su salud y desempeño laboral.

Objetivo del Taller:

- Evaluar los elementos estresores que son significativos en el área del trabajo, de la institución y personales.
- Identificar las manifestaciones de estrés a nivel fisiológico, cognoscitivo y conductual.
- Practicar técnicas para disminuir ansiedad y lograr un mayor estado de armonía.

Método:

- Evaluación de los niveles de estrés y sus consecuencias en las distintas áreas.
- Aplicación de estrategias específicas para el manejo del estrés.
- Evaluación de los resultados.
- Discusión y comentarios.

Material:

Se entregarán lecturas recomendadas sobre aspectos teóricos del estrés y las estrategias de intervención.



11

SINDROME DE BURN OUT, DIMENSION GRUPAL – ORGANIZACIONAL

Lic. en Psic. Ana Luz Protesoni
Asociación Española, Programa Hospi Saunders; Montevideo, Uruguay
Correo: aprotelsoni@yahoo.com

Introducción:

Desde la definición del síndrome de agotamiento profesional (1974, Freudenberg) a la fecha, mucho se ha enfatizado en los aspectos vinculados con el “conjunto de signos y síntomas” que padece un sujeto: “el quemado”. Me ha llamado la atención cómo en la literatura sobre el tema se invisibilizan las dimensiones grupales, organizacionales e institucionales de esto que por su definición constituye un síndrome laboral.

Objetivos:

Intento hacer foco no tanto en “el quemado” sino en los niveles de conflictividad que discurren **entre** esos diversos ámbitos: los grupos de pares - los equipos de salud - los modos de organizar y administrar el trabajo en una organización sanitaria.

Desarrollo:

Tomo como punto de partida que el síndrome es una **“cualidad emergente que se teje en el cruce de las dimensiones: singulares, micro - sociales y macro - sociales”**. Sin desmerecer los abordajes que hacen foco en el sujeto afectado intentaré demostrar que siendo ese sujeto un emergente de un campo de problemáticas, el detenerse exclusivamente en el nivel singular puede generar efectos iatrogénicos. Por un lado porque el “enfermar” produce segregación y exclusión (en general se aparta a la persona de la función) y por otro lado apartando al sujeto no se resuelven los niveles de conflictividad del orden grupal – organizacional, los que con el tiempo buscarán otros depositarios.

Este enfoque me llevó a detenerme en un integrante de los equipos de salud (y específicamente en los de cuidados paliativos con internación), que me ha parecido nodal por su **“posición bisagra”**: la Licenciada en Enfermería.

Es desde éste posicionamiento que intento definir **estrategias de prevención** que abarquen las dimensiones grupales (clima de trabajo, organización del trabajo) en su interjuego con las dimensiones organizacionales (modos de gestión, organización jerárquica, circulación del poder, niveles de autonomía, etc.).



12

CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN ENFERMEDADES NO ONCOLÓGICAS

Dra. Argelia Lara Solares
Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", México, D. F.

Introducción

Los grupos de enfermos terminales con patología no oncológica, han creado gran preocupación y controversia por:

- Ambigüedad en los criterios diagnósticos de terminalidad.
- Tipo de abordaje diagnóstico y terapéutico.
- Estimación de la sobrevida probable.

La National Hospice Organization (NHO), ha elaborado directrices médicas para determinar pronósticos en algunas enfermedades no oncológicas.

Guías Médicas pronósticas en las enfermedades no oncológicas:

- Se escribieron para dar pautas en la identificación de pacientes con enfermedades terminales no oncológicas.
- Pueden ser útiles para definir el tipo de tratamiento ideal en cada caso (Hospitalario/Hospiciario).
- Facilitan el acceso a Unidades de Cuidados Paliativos a enfermos terminales con patologías diversas de corazón, pulmón, hígado, demencias, SIDA en fase avanzada, etc..
- Estas guías son un punto de partida, y deberán ser perfeccionadas, no pretenden predecir el pronóstico exactamente en cada caso.
- Deben funcionar como un auxiliar del criterio clínico.

Naturaleza Médica de las Guías:

- Las Guías están basadas en evidencias médicas.
- Sin embargo, en la decisión para considerar a un paciente como paliativo, frecuentemente influyen factores no médicos.
- Es importante aclarar que los tratamientos "curativos" y los "paliativos" no son mutuamente excluyentes, sino cuestión de énfasis en diferentes momentos de la enfermedad.
- La sobrevida estimada generalmente es de 6 meses.
- Son un primer intento de extrapolar una enorme y heterogénea evidencia de muchos estudios, para predecir la sobrevida en enfermedades no oncológicas.

Limitaciones potenciales:

- Su aplicación debe ser individualizada y cautelosa por lo siguiente:
- En muchos estudios el marco de referencia en cuanto al tiempo de sobrevida es muy variable, no todos consideran 6 meses.
- En la mayoría se han estudiado poblaciones "institucionalizadas".
- Otros incluyen diferentes estadios de una misma enfermedad.
- Casi todos los estudios se han hecho con pacientes que reciben una terapia médica estándar, y poco se ha estudiado a aquellos que eligen una alternativa no curativa.
- El curso de una enfermedad no oncológica es más difícil de predecir, ya que puede tener períodos de relativa estabilidad.

Criterios de terminalidad en enfermedades seleccionadas:

- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad pulmonar
- Demencia
- SIDA
- Enfermedad hepática
- Enfermedad renal
- EVC y Coma
- Esclerosis lateral amiotrófica



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos

"Dr Eduardo Méndez"

Guía general para determinar el pronóstico:

- La condición física del paciente hace prever una sobrevida limitada:
 - Por un Dx específico o una combinación de enfermedades o circunstancias.
- El paciente presenta alguna de las características siguientes:
 - Progresión de la enfermedad documentada clínicamente:
 - Progresión de la enfermedad primaria.
 - Múltiples visitas al Servicio de Urgencias.
 - Mayores cuidados de enfermería en casa.
 - Deterioro del status funcional (Karnofsky igual o menor de 50% y dependencia en al menos 3/6 de las actividades de la vida diaria - Índice de Katz).
 - Deterioro reciente el estado nutricional (Pérdida de peso de al menos 10% en los últimos 6 meses, y Albúmina sérica > 2.5 mg/dl).

Existen escalas de valoración específicas para cada una de las enfermedades seleccionadas, que permiten tener una idea más exacta de la estadificación de cada entidad clínica, así como la sobrevida estimada, y probables complicaciones sintomáticas durante su evolución.



13
CUANDO ENFERMA UNO DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO :AUTOR LIC. MARÍA CRISTINA TABBIA EQUIPO DE CP MEDICUS, BUENOS AIRES, ARG.

Introducción:

A partir de una experiencia de docencia (Dictando clases invitada por la Lic. Marta Junin) desarrolladas en el Dto. de Capacitación B. Rivadavia-GCBA dirigida a Enfermeros de los Hospitales públicos de BsAs, se planteó en forma reiterada, la problemática surgida ante la enfermedad de uno de los integrantes del equipo, observando similitudes a las etapas descritas por Kübler Ross referidas al paciente y la familia, dándose en estos casos algunas variables que atentan contra la integridad y la salud grupal, siendo éstas las hipótesis abordadas.

Objetivo:

A) Identificar y describir diferentes modalidades de vivenciar en el equipo la enfermedad, de uno de sus integrantes. B) Reflexionar y elaborar estrategias eficaces para acompañar y cuidar al enfermo y al equipo

Método:

se realizó una Encuesta de 23 preguntas (y sub-items), Población : miembros del equipo de salud del Instituto Nacional del Cáncer- Paraguay y de los hospitales del GCBA , (alumnos de Post. Grado del Dto de Capción B. Rivadavia Total de encuestados: 20, con 15 compañeros enfermos, 7 de ellos fallecidos.

Resultados:

El Grupo que tenía conocimiento de que su compañero estaba enfermo, representa 20% de los encuestados y fueron informados por él mismo. De este 20 % : el 75% dice que no hubo conflicto en el equipo. Que sintió cambios emocionales con respecto a su compañero: angustia, miedo, impotencia y tristeza; el 50% piensa que éste manifestó sus sentimientos libremente y el 75% que expresó: retraimiento, culpa, enojo, irritación, ambivalencia, angustia, miedo, depresión y más afectuoso a veces. El 100% siguió en el cargo atendiendo pacientes . El Grupo que Desconocía que su compañero estaba enfermo es el 80% siendo informados por otros o fortuitamente. De este 80%, el 88% dice que hubo conflictos en el equipo: por: los roles desempeñados, ser atendido en la institución, por seguir atendiendo pacientes, vinculares, y el 75% sintió hacia su compañero cambios emocionales: enojo, Ira, irritación, ambivalencia, angustia, depresión, aislamiento, miedo. El 50% piensa que él no se manifestó libremente y el 94% que expresó: enojo, ambivalencia, angustia, depresión, culpa, retraído, miedo, aislamiento, agresivo, irritado. El 75%: siguió en el cargo atendiendo pacientes-

Conclusiones:

El desconocimiento de que su compañero estaba enfermo genera en el grupo una fractura, dividiéndolos en una suerte de Hijos y Entenados, donde prevalecen situaciones de: desunión, sospechas, resentimientos. Debilitándolo e Impidiendo cuidar y cuidarse, de acuerdo al proceso descrito por Kübler Ross .Lo cual nos llevaría a reflexionar sobre el derecho que tenemos los que integramos un equipo de salud a ocultar la propia enfermedad, como así también asistir a los pacientes en esas circunstancias.. Las estrategias serán presentadas oralmente

14

INTERFASE ONCOLOGÍA-MEDICINA PALIATIVA

Dr. Hugo Antonio Fornells

Médico Oncólogo

Jefe del Servicio de Medicina Paliativa del Sanatorio Británico de Rosario - Argentina

La OMS recomienda la implementación de Programas Nacionales de Control del Cáncer teniendo en consideración no sólo los tratamientos antineoplásicos: cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia, sino también la prevención primaria, el diagnóstico precoz y screening, considerando siempre el cuidado paliativo.

Aún existe competencia entre profesionales que se ocupan más específicamente de suministrar tratamientos oncológicos y aquellos involucrados en cuidados paliativos. Así es que existen oncólogos que manifiestan que con medicina paliativa se está facilitando la muerte de los pacientes y hay expertos en cuidados paliativos que dicen que los oncólogos son esclavos de la respuesta tumoral y no hacen referencia a la utilidad de dicha respuesta para el paciente. Ninguna de las dos posiciones es la correcta. Todo Centro Oncológico debería estar imbuido con la filosofía de los Cuidados Paliativos y de esa manera se podrían controlar los síntomas desde más temprano, la comunicación sería más adecuada y se disminuiría el estrés y la ansiedad en el paciente y la familia. También sería necesario evaluar y medir calidad de vida y síntomas de la misma manera que los oncólogos miden la respuesta tumoral.

En relación al uso de la terapia antineoplásica en medicina paliativa podemos decir:

La **cirugía** está limitada y puede ser útil en algunos tumores gastrointestinales para desobstruir el tránsito gastrointestinal, por ejemplo

La **radioterapia** es útil en ciertos casos: metástasis óseas, metástasis cerebrales, compresión medular, síndrome de vena cava superior, hemorragias, metástasis hepáticas. En todos estos casos es útil balancear los beneficios con los efectos colaterales o la incomodidad. Por ejemplo en metástasis óseas sería útil realizar hipofraccionamiento, es decir pocas sesiones (2 a 5) con mayor dosificación en ellas.

La **quimioterapia** tiene un rol reducido y esto es porque el tumor avanzado en general presenta quimioresistencia, por la mala tolerancia del paciente en estadio avanzado y por la mala respuesta cuando presenta mal performance status, por ejemplo 3-4 (paciente postrado o que permanece en cama más del 50% del día). Con respecto a la vía de administración de la quimioterapia deberíamos optar cuando está disponible el fármaco por la vía oral. Sin embargo hay trabajos que demostraron que los pacientes no sacrificarían respuesta por utilizar una vía de administración más cómoda. Además algunos prefieren la vía endovenosa para transferir la responsabilidad de la administración de la quimioterapia a otra persona.

Para concluir vamos a enfatizar la **Prevención** en oncología

Prevención de la enfermedad : con educación pública y política

Prevención de la enfermedad avanzada : con programas de diagnóstico precoz y screening

Prevención de la muerte: con tratamiento oncológico en cánceres potencialmente curables

Prevención del sufrimiento: implementando programas de CUIDADOS PALIATIVOS



15

EL VOLUNTARIADO EN CUIDADO PALIATIVO

Presentación de la experiencia de trabajo - Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez: 1997 al 2003.

Plenaria

- Ximena Gartner (Voluntaria)
- Olga Montoya Echeverri (Médica - Dolor y Cuidado Paliativo)

Objetivos a cumplir:

Presentación de un modelo de trabajo interdisciplinario en Cuidado Paliativo, en el que se muestra cual es el papel del personal Voluntario, y se describen y cuantifican las actividades realizadas en los últimos 7 años.

Resumen de la presentación:

Desde su comienzo el Programa de Cuidado Paliativo lidero las actividades de soporte en el servicio de Oncología del Hospital General de Medellín - Luz Castro de Gutiérrez. El hospital estatal más grande de la ciudad, con 350 camas, allí se atiende en su mayoría a los pacientes con escasos recursos económicos.

El Voluntariado fundado hace 48 años, cuenta con 192 voluntarias, que prestan sus servicios, todos los días de la semana. Filosóficamente identificado con la misión del Programa, se unió al equipo y recibió capacitación básica consiguiéndose una cobertura del 80 %. Después se ha realizado educación continua de forma periódica, con el fin de mantener un nivel óptimo de formación y conservar la cohesión del grupo.

En 1995, se comenzó a trabajar haciendo un diagnóstico de las situaciones mas críticas, relacionadas con los aspectos de humanización, y se detecto la difícil realidad de estos enfermos y sus familias, y la necesidad de un Programa de Cuidado Paliativo en el Hospital.

Características de la Voluntaria en Cuidados Paliativos.

Voluntario es toda persona que de una manera desinteresada, generosa y constante dedica su tiempo al servicio de los demás de forma individual, o en colectividad.

- SOLIDARIDAD. Interés por las necesidades y problemas de los demás para colaborar en la búsqueda de las soluciones.
- ASOCIACIONISMO: Disposición para integrarse al equipo de trabajo. Teniendo en cuenta que el aporte de cada integrante es necesario y cada uno debe dar lo mejor de sí mismo, para obtener logros que son del grupo y no de los individuos.
- CONTINUIDAD: Perseverancia para poder desarrollar las actividades del programa, logros a corto mediano y largo plazo.
- TIEMPO LIBRE. Para dedicarlo a al prestación del servicio.
- GRATUIDAD: Sin interés personal ni animo de lucro.
- PREPARACION ADECUADA: Que le permita conocer las normas y los aspectos importantes de la labor a realizar.
- FORMACION. La formación y la capacitación son fundamentales. No basta la buena voluntad. Debemos dotarnos de estrategias para afrontar las situaciones que se van a encontrar en el desempeño de la misión.
- Permanentemente se debe realizar trabajo personal frente a la muerte y al duelo.
- ORGANIZACIÓN: Básica para poder desarrollar los diferentes proyectos.

Las principales actividades del voluntariado son las siguientes:

- Cuidados intensivos de comodidad.
- Acompañamiento para los pacientes y sus familias.
- Proporcionar la asistencia religiosa, cualquiera que sea la creencia y por solicitud del propio paciente.
- Realización de los sueños para los pacientes viviendo la etapa final de su enfermedad.
- Traslado al lugar de origen, con el fin de que los pacientes puedan fallecer en su lugar de origen y/o residencia.
- Banco de Medicamentos.
- Bodega de utensilios especiales para los pacientes (sillas, colchones, corsetes, muletas, caminadores, pelucas, ropa, equipo de aseo personal, etc. Y se consigue alimentos especiales para este tipo de pacientes, comida tolerable y nutritiva para entregárseles cuando se les daba de alta en el Hospital y bajo la supervisión de la nutricionista, y trabajo social detecto que no disponen de alimentación.
- Actividades de Duelo.
- Voluntariado en el Hospicio.
- Consecución y manejo de los recursos económicos, para poder cumplir los objetivos.
- Apoyo a las campañas educativas en temas relacionados con la muerte y los Cuidados Paliativos.
- Trabajo en equipo con otros voluntariados de la ciudad.



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos

"Dr Eduardo Méndez"

Se explicara desde el punto de vista operativo y funcional como se desarrollan las actividades, además de dar un informe cuantitativo de las mismas, y a modo de conclusión se leerán algunas de las historias de los pacientes beneficiados dentro del programa, y conviviendo con la enfermedad y la proximidad de la muerte.

Con muchas dificultades se ha venido luchando y se han manejado los problemas de presupuesto, con todos los altibajos que se encuentran al trabajar en un Hospital de carácter estatal, pero con la fortaleza de ser un grupo muy bien estructurado que ha recibido una capacitación mensual que lo ha llevado ha convertirse en uno de los programas bandera del Voluntariado.



16
**PERFIL DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE CINCO AÑOS:
1998 - 2002.**

Servicio de Oncología - Hospital General de Medellín (HGM) - Luz Castro de Gutiérrez.

Plenaria.

Olga Montoya Echeverri (Medica especialista - Dolor y Cuidado Paliativo) Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana. UPB.

Calle 51 número 83 - 96. Casa 160. Urbanización Olivenza. Medellín, Colombia. Teléfono 2648119.

Dirección Electrónica: olgamontoyamd@hotmail.com

Objetivos a cumplir:

Presentación de los resultados de la investigación que describe las características epidemiológicas, oncológicas clínicas, de diagnóstico en Cuidado Paliativo, tratamiento, lugar y causa de fallecimiento, además de la permanencia en el seguimiento dentro del programa.

Resumen (abstract) de la presentación:

Esta investigación describe características de pacientes oncológicos, atendidos por Cuidado Paliativo - HGM (Colombia), durante 5 años: enero 1998 - diciembre 2002.

Estudio descriptivo retrospectivo, se analizaron variables demográficas, diagnósticas, terapéuticas, tiempo de permanencia, causa y lugar de fallecimiento. Previa aprobación de los comités de ética HGM y UPB.

El conocimiento de la población, servirá para mejorar la atención desde el punto de vista clínico y administrativo.

Se revisaron 824 historias, el promedio de edad fue $57,86 \pm 15,94$ años. El 66,6 % fueron mujeres, 85 % residían en áreas urbanas, y el 70 % pertenecieron a los estratos socio-económicos bajos.

El primer lugar lo ocupó el cáncer de cuello uterino, con 13,5 %, y el segundo mama con 13,1 %, los tumores gastrointestinales conformaron el 36,6 %. El cuarto puesto fue para neoplasias de vesícula y vías biliares con 8 %. Predominaron los estadios avanzados con metástasis a: hígado, pulmón y hueso. En la primera Inter-consulta 11,7 % se encontraron en agonía.

Los principales síntomas fueron: dolor, insomnio y estreñimiento. Las complicaciones más frecuentes: infecciones, trastornos hidroelectrolíticos e ictericia obstructiva.

Todos los pacientes fueron evaluados por Medicina Paliativa, 40 % recibió atención nutricional; aproximadamente el 25 % fue valorado por Psicología y Trabajo Social. La mediana de permanencia fue 45 días, la primera causa de muerte la falla multiorgánica, y para la mayoría el fallecimiento se produjo en casa.

Se sugiere: hacer remisiones tempranas, implementar programas de atención domiciliaria y trabajar en red con los tres niveles de atención.

Palabras clave: Cuidado Paliativo, Neoplasia.

Abstract

This investigation describes oncology patients' characteristic, which were attended by the palliative care team, HGM (Colombia), during five years period: January 1998- December 2002.

This was a descriptive and retrospective study, where several variables were analyzed such as: diagnosis, therapeutics, time in program, reason and place of death and demographic factors. It received approbation from the UPB, and HGM ethical committees.

The better knowledge of population will help to improve the services from a clinic and administrative point of view.

824 histories were revised, age average was $57,86 \pm 15,94$. 66,6 % of population studied were women, 85 % resided in urban areas, and 70 % belonged to low socio-economic stratum. The first place was take by cervix neoplasm 13,5 %, the second was for breast neoplasm 13,1 %, and gastrointestinal tumours were 36,6 %. The fourth place was for gallbladder neoplasm's. There



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos

"Dr Eduardo Méndez"

were a lot of advanced estadiaje diseases, by the time of diagnosis whit metastases to: kidney, lung, and bone. In the first evaluation 11,7 % were under dying process.

The main symptoms were pain, insomnia, constipation. The most frequent complications were: infections, dehydration and obstructive jaundice.

All patients were evaluated by palliative medicine, 40 % received nutritional attention, 25 % were evaluated by psychology and social worker. The medium time in the program was 45 days. The most important cause of death was multi-organic failure. The most part died in home.

Suggestion: look for palliative care program team earlier, to carry out domiciliary attention programs, and work in collaboration with the other different attention levels.

Key Word: Palliative care, Neoplasm.

17

LA PSICOLOGÍA EN UN CONTEXTO TERAPÉUTICO PALIATIVO.

Lic. Psic. Daniel Yiansens

Mail: yiansens@adinet.com.uy

En primer lugar, tal vez sea necesario hacer una breve introducción a los conceptos fundamentales que sostienen la praxis en cuidados paliativos y en los cuales se encuadra esta singular práctica profesional.

Los cuidados paliativos son una actividad profesional interdisciplinaria aún poco sistematizada nuestro medio, vasta tener en cuenta que no ocupa un lugar privilegiado dentro de las políticas de salud y los programas de asistencia sanitaria de nuestro país. Según el subcomité de Cuidados Paliativos del Programa de Europa contra el cáncer ha sido definido de manera abarcativa como "la atención total, activa y continua de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación.

La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Si es necesario el apoyo debe incluir el proceso de duelo." 1 (el subrayado es mío).

El abordaje terapéutico multipersonal que se juega en la asistencia psicológica al paciente con su vida amenazada en domicilio no puede soslayar la asistencia a los familiares en tanto se presenta de manera inminente el trabajo de duelo y fundamentalmente cuando se evidencian los riesgos de un duelo patológico.

Los criterios de enfermedad terminal propuestos por la sociedad española de cuidados paliativos.2

*Presencia de una enfermedad, avanzada, progresiva, incurable.

*Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.

*Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.

*Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita, o no, de la muerte. (el subrayado es mío)

*Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Para ubicarnos en relación con la descripción de la organización de la asistencia por niveles de atención en salud los cuidados paliativos en domicilio configurarían atención primaria en salud y prevención terciaria con el paciente en etapa terminal o en el fin de la vida y por otra parte prevención primaria con los familiares.

En cuanto al abordaje clínico señalaré, que cuando asistimos a un paciente en su domicilio en fase terminal no desarrollaremos necesariamente una labor terapéutica orientada hacia la desaparición de la enfermedad (tratamiento etiológico), y en lo que a Psicología de orientación analítica se refiere a través del levantamiento de las defensas, la elaboración de los conflictos e interpretación de la transferencia.

En general nos propondremos intentar disminuir o atemperar las consecuencias del sufrimiento psíquico que se experimente, (tratamiento sintomático) a través de la escucha de la experiencia emocional, única e intransferible con la cual intentaremos tomar contacto y detectar y analizar los mecanismos de defensa puestos en juego que pueden en oportunidades afectar la calidad de vida (regresiones - aislamiento) .

Nuestra intervención terapéutica activa aspirará reforzar los mecanismos defensivos y la capacidad de afrontamiento del paciente, sin desesperanzarlo, pues es así que mantendremos el lazo de unión con la vida.

Es un trabajo de cuidadosa contención y acompañamiento, es un trabajo de borde en el cual debemos valorar permanentemente y en el mismo acto la cantidad de verdad soportable sin quebrantar el compromiso de lealtad que se establece en estas situaciones con los pacientes.

Los conflictos y problemáticas no elaboradas de la historia vital aparecen y fluyen con una velocidad inusitada, traídas por el propio paciente o por los familiares y pueden igualmente ser abordadas desde una perspectiva psicoterapéutica persiguiendo siempre el alivio subjetivo.

La utilización en las entrevistas psicológicas de un discurso por parte del paciente que incluye la utilización de la metáfora obliga al entrevistador a agudizar la decodificación psicológica de los mensajes implícitos que se verbalizan de ese modo.

La metáfora es, según el diccionario de la lengua española "la aplicación de una palabra o de una expresión a un objeto o a un concepto, al cual no denota literalmente, con el fin de sugerir una comparación y facilitar su comprensión."(el subrayado es mío). La metáfora se presentaría al servicio de las defensas.

Gladis me decía "no quiero que quede nada debajo de la alfombra" reclamaba una vez más veraz información.

Sus preguntas sobre su estado de salud eran inteligentemente y defensivamente formuladas "Lo mío es todavía curable , muy difícil o incurable", tenía que optar por una respuesta, considere en esta oportunidad que la respuesta verdadera que se ajustaba a su situación era "muy difícil" por lo menos hasta donde el conocimiento nos permite llegar, que por otra parte no era esa su inquietud , lo "científico" dejaba en manos de los respectivos profesionales.

Al darle esta respuesta (Ya había evaluando su personalidad y fortaleza yoica) me respondió: "Con esto que usted me dice se me abren muchas puertas, sobre ciertas determinaciones y cosas que quiero decirle a los míos, reunirlos..."

Para continuar diré que acuerdo completamente con Mariam Alizade cuando dice " Es importante que el profesional de la salud mental que se acerque a un paciente cuya vida esta amenazada lo haga con la menor cantidad de prejuicios posible y con la menor compasión patógena posible".

"El analista crea un campo junto con el paciente. La subjetividad del analista interviene en la calidad de constitución de ese

campo." 3 Es por lo antes dicho que podemos afirmar que esta tarea no es igualmente practicable por todos los profesionales de las distintas áreas.

Esta particular praxis profesional requiere respetar los cuatro principios básicos propuestos en bioética principio de autonomía, principio de justicia, principio de beneficencia principio de no maleficencia.

La intervención psicológica procura a su vez evitar que surjan nuevas complicaciones somatopsíquicas, crisis de pánico, exacerbación de la experiencia de dolor, crisis de excitación psicomotriz que puedan tomarse además experiencias traumáticas para el grupo familiar y los equipos de salud de los servicios asistenciales.

En cuanto al tratamiento psicológico con el paciente que tiene su vida amenazada puedo afirmar que encuentro terapéuticamente más apropiado hablar del fin de la vida incluso cuando estamos con el paciente que nos comunica abiertamente su situación y no de etapa terminal pues esta última expresión parecería suponer la extinción absoluta y como consecuencia posible la inevitable caída en la angustia de no ser.

Recuerdo a propósito a H. Garbarino, quien planteo ".....Cuando el Yo queda expuesto a la desintegración, pende sobre el ser la amenaza de pérdida de su energía narcisista, pérdida que para nosotros constituye el vacío de ser o no ser".⁴

El fin de la vida o el final....de la vida... como lo trabajé con Rosa una de mis pacientes, quien también encontraba apoyo espiritual en su fe religiosa, le dio la posibilidad tranquilizadora de poder fantasear con otras dimensiones o formas de existencia apaciguadoras. "Me gusta eso del final... siempre que algo termina después hay otra cosa." me comentó en aquella oportunidad. Rosa inclusive con una fortaleza admirable preparaba el momento de su muerte y los inmediatos posteriores.

Pidió a su esposo una misa de cuerpo presente, que le cantaran el Ave María y que durante el invierno esparcieran sus cenizas en el faro de José Ignacio.

El deseo de unión con el cosmos estaba presente, por lo cual y entendiéndolo necesario se lo señaló.

Procure poder trabajar las fantasías de tener su cuerpo presente de otro modo, estaba asistiendo a la elaboración de su pasaje de la corporeidad a lo incorpóreo.

En definitiva trabajamos en pro del mejoramiento y mantenimiento siempre de la calidad de vida y en el final de una muerte digna del enfermo, atendiendo a su vez las necesidades emocionales de la familia y equipo de salud, lo cual configura un complejo abordaje multipersonal.

La prevención fundamentalmente dirigida hacia los familiares se orientaría a evitar por ejemplo la instalación de futuros duelos patológicos o la obturación de los procesos de duelo que podrían determinar en el futuro repercusiones no deseadas a nivel somatopsíquico que no solo impactan en quien lo padece sino también en los sistemas sanitarios.

La intervención psicológica operara dentro del núcleo familiar como facilitador a través de la creación de un espacio y de la intervención oportuna para la elaboración y procesamiento de la circunstancia que los afecta de un modo u otro a todos.

Nuestra participación en cuanto al nivel de sufrimiento familiar se juega cuando propiciamos una adecuada comprensión y atención de las diferentes vicisitudes y conflictos que puedan suscitarse durante el proceso de enfermedad en y entre los familiares. Recuerdo a Elsa hija única de una paciente con cáncer terminal quien había establecido junto a sus padres (padre fallecido el año anterior) un vínculo de características fusional y por ello indiscriminado habiendo quedado alienada en este vínculo y extraviada como persona en su propia singularidad "si ella se muere yo que hago, yo me muero, yo vivo por ellos". Habría muchos más datos para agregar pero me interesa mencionar que con esta mujer el abordaje psicológico consistió en ayudarla a aproximarse a la inminente pérdida de su madre de 96 años, interpretándole la modalidad de vínculo que había establecido intentando rescatarla como sujeto deseante y con existencia propia, ayuda que recibió con profunda gratitud. Se trataba básicamente de cuidar al cuidador que en este caso, vale decir, reflejaba una frágil organización de personalidad con riesgo de desestructuración psicótica en quien evidentemente se superpondrían duelos, careciendo por otra parte de una red familiar y social de contención.

Al comienzo menciono el trabajo interdisciplinario como necesidad inevitable en este tipo de tarea en el cual cada uno de los profesionales encuentra apoyo en los demás inclusive para enfrentar los dilemas éticos de la práctica clínica propia del conflicto de los principios éticos de autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia.

El mantenimiento de la calidad de vida y la dignidad humana es el objetivo primordial de los cuidados paliativos y su abordaje implica necesariamente atender ineludiblemente las diferentes perspectivas y determinantes del sufrimiento (físico, psíquico, social, espiritual, económico, burocrático) lo cual configura y exige en estos casos una atención global, individualizada y continuada. Puedo afirmar que este modelo de intervención terapéutica activa e interactiva (algunas de las entrevistas las realicé con la participación de algún/os familiares.) también pueden ser aplicables en la asistencia de otros pacientes con manifestaciones orgánicas de enfermedad siguiendo el modelo de intervención terapéutica integrativa.

Las reacciones psicológicas de los pacientes que tienen su vida amenazada es tan diversa como la historia de vida de las personas y depende estrechamente de ella, de la edad en la que se encuentra, del género, de los proyectos logrados o frustrados, de la cultura y de su religiosidad.

Una de las actitudes posibles sería siguiendo los planteos de M'Uzan "el agonizante presenta un desencadenamiento de la libido manifestado por la apetencia relacional y la expansión libidinal que introducen al paciente por última vez en la acción. "La idea dominante es que antes de morir se asiste a la expansión del yo al servicio de una introyección pulsional que, a su vez, aumenta el ser, ampliando indefinidamente su narcisismo. El moribundo rechaza la soledad y forma con su objeto, la persona que lo asiste, su última diada".⁵

Vale señalar que esta "apetencia relacional" puede ir acompañada de episodios maníacos o hipomaniacos que los empuja a reunirse con familiares, salir compulsivamente, renunciar a actitudes propias de su estado de salud "no apagués más las luces, no ahorres, disfruta ahora, divértete que la vida es muy corta" le decía un paciente a su esposa en medio de una exaltación



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos

"Dr Eduardo Méndez"

hipomaniaca defensiva.

En estos casos será necesario el tratamiento farmacológico específico sólo cuando ello distorsione significativamente la dinámica familiar y sea difícil contenerlo.

En el otro extremo podemos encontrar una experiencia psicológica teñida de sentimientos negativos que conducen a experiencias psicológicas vinculadas con la negación, la ira, la depresión. Es frecuente observar esta reacción especialmente en el último período de la enfermedad constatándose el distanciamiento del mundo que lo rodea y el apagamiento de la afectividad. Conversa poco, rechaza a los seres queridos, duerme más tiempo. Se niega así a recibir estímulo alguno que lo haga pensar, si piensa resurge la amenaza de no existir.

Desde la metapsicología ocurre una desiludación del mundo circundante y de los otros, rechazando ser perturbado. Da la sensación clara de un movimiento regresivo profundo y de intentar sumergirse en un mundo que lo aparte del espacio de los sanos... de los vivos.

El referido apagamiento de la afectividad ocurre solo en algunos pacientes a quienes les resulta intolerable verbalizar sus vivencias y esto no ocurre siempre, por lo que debemos estar preparados y dispuestos para compartir en muchos casos una movilización afectiva y representacional muy intensa y exclusiva de esta clínica.

Ha sido suficientemente descrito que es posible que el paciente experimente rabia y envidia de aquellos que vivirán, viviremos eventualmente un tiempo más.

Muchas personas inclusive en estados de cierta confusión mental o desorientación temporos espacial expresan metafóricamente mensajes vinculados con la partida, el viaje, estar prontos.

Ésta es una experiencia solitaria en ocasiones de preparación para la partida, pienso en este momento en la posibilidad de establecer un punto de contacto con la fantasía de retorno a la vida intrauterina, de retorno al estado originario e inorgánico y aún más de unión con el cosmos, para el cual diría Alizade "en una suerte de totalidad eternizante" 6 a lo cual yo agregaría y ampliaría a nivel representacional que alivia los psiquismos, generando otra posibilidad de subjetivar la muerte.

Estimo que esta otra perspectiva es mucho más confortadora y positiva que aquella transmitida a través de nuestra cultura occidental estrechamente ligada a la extinción, la descomposición y la "reducción" particular óptica implícita también en el dicho popular "no somos nada". De este modo nos alejaríamos de la concepción reduccionista para aproximarnos a una representación por demás verdadera y de alianza con el universo.

No se dejó evidentemente en nuestra cultura demasiado lugar a la trascendencia.

Clínicamente he observado que lo que más necesitan los pacientes es saberse acompañados y de que no serán abandonados y al que siempre se ayudara a evitar el sufrimiento.

Miriam víctima de una movilización afectiva y representacional muy intensa y angustiada solicito a su esposo antes de realizarse la interconsulta con psicología, que le comprase una muñeca. Se trataba de su necesidad de hablar con alguien todo aquello que no podía dialogar con sus familiares por el nivel de implicancia de los mismos y ser dos de ellos sus hijos de 5 y 13 años de edad. "¿Daniel cuándo volvés?" Me interrogaba. "Necesito hablar de todo esto, tengo que sacar, durante la semana es una permanente actuación, no puedo más".

Paulo necesitó compartir sus miedos y procesar intensas experiencias traumáticas de su historia vital, quería se lo acompañara mientras vivenciaba se quedaba "con un solo remo" quizá para poder navegar por la vida antes que sobreviniera según su propia expresión "el apagón".

Interpelo al equipo profesional con su solicitud de poder consumir marihuana para mitigar su sufrimiento.

La contención a la familia en especial a la madre frente a la inminente pérdida de un hijo fue otro de los focos sobre los que debí trabajar anticipándole a la madre desde el discurso psicológico los eventuales acontecimientos vinculados con la muerte de su hijo que insistía en conocer.

Betina sin embargo encontró en su muerte una suerte de deseada inmolación motivada en profundos resentimientos y necesidad de venganza, vinculados con diferentes episodios traumáticos de su historia vital.

Martha en cambio luego de superar una experiencia de dolor muy aguda que le impedía pensar y tomar contacto con su circunstancia, en la segunda entrevista pudo gesticular y expresar, "me estoy muriendo", al escucharla y compartir con ella esta vivencia hizo entonces algunos pedidos preparatorios, posteriormente se despidió de mí pidiéndome un beso y diciéndome "nos vemos en el más allá", con lo cual no solo me sorprendió, sino que innegablemente, señaló mi propia mortalidad. Aproximándome le respondí "De acuerdo Martha nos vemos entonces después en otra dimensión" acompañándola de algún modo en su fe religiosa.

Isabel muy joven temía muchísimo el inexorable final, curso episodios depresivos que requirió tratamiento farmacológico, nuestra intervención procuro recuperar espacios vitales en los que pudiera sentirse viva y experimentar felicidad.

La profunda regresión que evidenciamos la dejaba completamente inerte frente a los avatares de la enfermedad.

Sorprendida en una oportunidad me comenta que no entiende porque de día necesita siempre que este alguien cerca a quien poder recurrir, sin embargo de noche es capaz de levantarse y tener mayor autonomía. Pensé oportuno realzar el siguiente comentario "Es posible que los medicamentos hayan hecho suficiente efecto, además llamar a papá y mamá por la noche resulta bastante más complicado" Sonriendo, pudimos luego abordar la regresión como mecanismo que acentuaba su dependencia en búsqueda de protección por un lado e intensificaba su vivencia de fragilidad y vulnerabilidad por otro.

Transcurrió posteriormente un período de mejoría en el cual pudo inclusive festejar su cumpleaños, salir al patio y permitir recibir la visita de sus compañeras de trabajo mostrándose más activa.

Tatiana aún más joven con un diagnóstico y pronóstico oncológico muy severo vivía con su hermana y la pareja de la misma la



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos

"Dr Eduardo Méndez"

acompañamos terapéuticamente a enfrentar los avatares de una complicación respiratoria muy angustiante, la sostuvimos afectivamente frente a sus miedos a la muerte esperanzándola pues aún se planteaban para ella instancias terapéuticas desde la perspectiva oncológica.

Evidenciamos como emergente conflictivo la angustia de separación en relación con su hermana, pudimos señalarlo una vez que mostró significativa mejoría hallando por supuesto ciertas resistencias. Tatiana enfermó casi simultáneamente o poco antes de la fecha en que se proponía pasar a vivir en pareja con su novio.

Debimos con ella trabajar poco a poco su actitud poco dispuesta para la vida, el impacto a nivel de su imagen corporal, su dependencia convocándola a un rol protagónico, activo y positivo en la evolución del proceso salud enfermedad.

Hoy Tatiana ha salido de la etapa aguda que amenazó su vida, se mudó, vive en pareja y su hermana vive en un apartamento separado al fondo. Pienso en este momento que si Tatiana debe a consecuencia de su enfermedad morir ya no será ahora sin haber vivido la experiencia de construir su hogar y estar en pareja.

Para finalizar diré que he intentado describir mi experiencia clínica dando cuenta de la complejidad y diversidad biopsicosocial del ser humano con un enfoque terapéutico positivo (Alizade) intentando liberar el quantum de positividad subyacente a todo funcionamiento psicofísico perturbado.

Por último quiero mencionar que esta inserción profesional y laboral constituye una experiencia enriquecedora de la práctica clínica que permite además reconocer y redimensionar la vida en su amplia complejidad.

Podríamos indudablemente ser más felices y sanos si tuviéramos presente la perentoriedad e indefinición de nuestros días.

BIBLIOGRAFÍA.

1 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. <http://www.secpal.com/guia/definición.html>.

2 Marcos Gómez Sancho: "Medicina Paliativa en la cultura latina."

3 Alcira Mariam Alizade: "Clínica con la muerte."

4 Héctor Garbarino.: "La teoría del ser en la clínica"

5 Tiberio Álvarez: "Revista Universidad de Antioquia" La muerte en la cultura occidental Aproximación al trabajo de morir.

6 Alcira Mariam Alizade. "Clínica con la muerte."

7 Alcira Mariam Alizade "Lo positivo en psicoanálisis"

* Experiencia desarrollada en el marco del Programa de Cuidados Paliativos de CASMU , integrando el equipo interdisciplinario y el grupo de bioética en Cuidados Paliativos, como recurso profesional de la Unidad de Psicología Médica de CASMU.



18

LA MUSICA EN LA SENSIBILIZACION Y TERAPIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Objetivo:

INTRODUCIR A LOS ASISTENTES EN EL USO DE LA MUSICA PARA LA SENSIBILIZACION, Y USO TERAPEUTICO DE LA MUSICA EN SITUACIONES DE ENFERMEDAD TERMINAL.

LA MUSICA SIEMPRE HA SIDO UN MEDIO DE CONEXIÓN CON ASPECTOS ESPIRITUALES DEL SER Y UN MEDIO DE SENSIBILIZACION Y TERAPEUTICO. SE USA DE MANERA RUTINARIA EN CENTROS DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL MUNDO DESARROLLADO Y SE CONSIDERA UNA DISCIPLINA (MUSICOTERAPIA)

El taller incluye tres temas de enfoque:

- SENSIBILIZACION A PERSONAS INTERESADAS EN EL TEMA
- ASPECTOS TERAPEUTICOS EN EL SUFRIMIENTO
- ASPECTOS ESPIRITUALES

El taller se lleva a cabo con el siguiente esquema:

1. INTRODUCCION
2. TECNICA DE RELAJACION Y CONCENTRACION
3. ESCUCHA DE TEMA MUSICAL 1
4. DISCUSION EN PEQUEÑOS GRUPOS
5. DISCUSION PLENARIA
6. ESCUCHA DE TEMA MUSICAL 2
7. DISCUSION EN PEQUEÑOS GRUPOS
8. DISCUSION PLENARIA
9. ESCUCHA DE TEMA MUSICAL 3
10. DISCUSION EN PEQUEÑOS GRUPOS
11. DISCUSION PLENARIA
12. CONCLUSIONES Y CIERRE.

EL TALLER REQUIERE DE UN VIDEO PROYECTOR, Y UN EQUIPO PARA REPRODUCIR DISCOS COMPACTOS.

LA DURACION DESEABLE ES DE UNA HORA Y MEDIA, PERO SE PUEDE ACORTAR O ALARGAR DE ACUERO A LA DISPONIBILIDAD DE TIEMPO.

EL CUPO MAXIMO ES DE 36 PERSONAS Y EL MINIMO DE 12

SE REQUIERE UN SALON CON FACILIDADES DE TRABAJAR EN CIRCULO Y EN GRUPOS DE 6 PERSONAS.



19

**MUERTE, ESPIRITUALIDAD, Y TRASCENDENCIA.
APORTES DESDE LA PSICOLOGÍA TRANSPERSONAL.**

Taller

Lc. Ps. María del Luján Díaz Scarone
Colaboradora voluntaria del Programa de Cuidados Paliativos del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (C.A.S.M.U.) Montevideo, República Oriental del Uruguay
E-mail: arcoiris@montevideo.com.uy
Dirección de contacto: Pilcomayo 5301/302, Montevideo, Uruguay

Introducción

La introducción de la dimensión espiritual en los Programas de Cuidados Paliativos, requiere de una amplia reflexión para su adecuada integración y alcance de una visión que sea capaz de unir la ciencia y la espiritualidad..

Objetivo:

Transmitir aportes desde la Psicología Transpersonal que permitan valorar la multidimensionalidad de la naturaleza humana y los potenciales recursos que ofrece, para integrarlos: 1)-en los procesos de curación del paciente en los planos mental, emocional y espiritual cuando en el plano físico solo queda el recurso paliativo para emplear. 2)-En el cuidado de la salud de la familia y del equipo asistencial

Material y métodos:

El taller constará de dos módulos:

1) Presentación de diapositivas unida a relato de experiencias, ofreciendo un marco referencial teórico para el acompañamiento de personas en su proceso de morir y sus familiares.. Se desarrollarán los siguientes temas:

- a) Espiritualidad: visión en la cultura occidental y oriental. Visión holística. Espiritualidad y religión (diferencias)
 - b) Ciencia y espiritualidad: Creación de puentes conectores entre el saber científico y la sabiduría interior.
 - c) Psicología y espiritualidad:- visión integradora de la naturaleza humana (manifestaciones físicas, emocionales, mentales y espirituales).
- Nuevo enfoque del proceso de curar y enfermar.
Técnicas facilitadoras del desarrollo de la percepción y la conciencia.
Cultivo de cualidades humanas: amor, humildad, sensibilidad, creatividad.

2) Propuesta de participación vivencial a los integrantes del taller para experimentar el potencial de la sabiduría interior en la resolución de situaciones problemáticas (a través de dinámicas grupales y corporales, ejercicios respiratorios, técnicas de relajación y meditación).

Conclusión:

El resultado de esta visión coopera en la comprensión y ayuda al paciente en su proceso de morir para alcanzar la dignidad de una muerte en paz, y a la familia y el equipo asistencial de salud para la elaboración de un duelo saludable.



21

ROTACIÓN DE OPIOIDES EN PACIENTES CON CÁNCER: POR QUÉ FUNCIONA?

Taller

Juan Diego Harris, MD
Servicio de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos
Profesor Auxiliar
Montefiore Medical Center
Albert Einstein College of Medicine
Bronx, New York
USA

Objetivos a cumplir:

Los participantes en este taller aumentarán sus conocimientos sobre:

- 1- Efectos secundarios de los opioides – con énfasis en sobre los efectos secundarios neuroexcitatorios
- 2- La neurofarmacología de los opioides
- 3- El rol emergente de la metadona, y el incremento de su uso en la rotación de opioides
- 4- Guías útiles para substituir un opioide por otro

Nivel:

Avanzado

Resumen de la propuesta:

El reconocimiento del dolor del cáncer ha llevado a un aumento el número de prescripciones de opioides, y las dosis que se recetan. Esto ha resultado en un aumento en el número de reportes de efectos secundarios a causa de los opioides. La rotación de opioides (substituir un opioide por otro) ha sido descrita como una manera exitosa para disminuir los efectos adversos de los opioides, particularmente los efectos neuroexcitatorios. Además, ha sido muy efectiva en el manejo del dolor refractario. La rotación de opioides resulta en menos toxicidad, mejor alivio del dolor, y una mejor calidad de vida. Se describen recientes descubrimientos en neurofarmacología de opioides, los cuales proporcionan nuevas teorías sobre los mecanismos de la rotación de opioides. El taller incluirá varias presentaciones de casos médicos.



22

EL USO DE ESTEROIDES EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Taller

Juan Diego Harris, MD
Servicio de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos
Profesor Auxiliar
Montefiore Medical Center
Albert Einstein College of Medicine
Bronx, New York
USA

Objetivos a cumplir:

Los participantes de este taller aumentarán sus conocimientos sobre:

- 1- La importancia de los esteroides en el manejo del dolor causado por cáncer
- 2- Síndromes de dolor en los cuales los esteroides pueden ser particularmente beneficiosos
- 3- La importancia de los esteroides en el manejo de otras condiciones paliativas
- 4- Guías de dosis de esteroides en estos medios

Nivel:

Intermedio

Resumen de la propuesta:

Los esteroides son ampliamente usados en el medio de los cuidados paliativos, pero la mayoría de los reportes de beneficios en el manejo del dolor de cáncer son anecdotaes. Hay pocos estudios controlados para establecer su eficacia y seguridad, y sus beneficios puede que duren poco tiempo. Los esteroides pueden ser usados exitosamente para el manejo de dolor en los huesos, dolor debido a la compresión del nervio, y dolor debido a edema alrededor de una masa de tumor que está causando compresión a estructuras locales. Además, pueden ser beneficiosos para disminuir la tolerancia a los opioides. Los esteroides también son usados para el manejo de caquexia, anorexia, náusea y vómito, síntomas asociados con obstrucción intestinal inoperable, síndrome de obstrucción de la vena cava, tumores cerebrales, y compresión del cordón espinal. Este taller acentuará la importancia de los beneficios de los esteroides en estos medios, y revisará la patofisiología de el por qué funciona. Se presentan además síndromes del dolor que responden a esteroides y a guías de dosis basadas en la revisión de la literatura y la experiencia clínica. Se usan presentaciones de casos médicos para hacer énfasis a estos puntos.



23

CASOS INTRIGANTES Y DESAFIANTES EN LA MEDICINA PALIATIVA

Taller

Juan Diego Harris, MD
Servicio de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos
Profesor Auxiliar
Montefiore Medical Center
Albert Einstein College of Medicine
Bronx, New York
USA

Objetivos a cumplir:

Los participantes en este taller aumentarán su comprensión y conocimientos sobre:

- 1- El diagnóstico y el manejo de síndromes del dolor complejos
- 2- Medicamentos que pueden afectar el metabolismo de los opioides
- 3- Manejo del dolor en pacientes con cáncer y uso activo de drogas ilegales
- 4- Manejo del dolor en pacientes con cáncer y con uso de metadona por adicción
- 4- Arreglos para transportar a los pacientes a su país de origen al fin de sus vidas

Nivel:

Intermedio

Resumen de la propuesta:

Se presentan una variedad de casos complejos los cuales destacan areas significativas en este campo. Estos incluyen el diagnóstico y el manejo de síndromes de dolor complejo; el manejo del dolor en pacientes con cáncer e historia de abuso activo de sustancias ilegales; el manejo del dolor en pacientes con SIDA y con uso de metadona de mantenimiento; miocolono causado por la hidromorfona en un paciente en la última etapa de enfermedad renal; arreglos para transportar a los pacientes a su país de origen al fin de sus vidas para hacer de sus deseos una realidad.



24 LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LA POBLACIÓN LATINA EN EL BRONX: UN ESTUDIO CUALITATIVO ACERCA DE SUS SABIDURÍAS, ACTITUDES, CREENCIAS Y PRÁCTICAS.

Plenaria

Juan Diego Harris, MD
Servicio de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos
Profesor Auxiliar
Montefiore Medical Center
Albert Einstein College of Medicine
Bronx, New York
USA

Objetivos a cumplir:

- Incrementar el conocimiento sobre los cuidados paliativos en la creciente población latina en los Estados Unidos.
- Crear discusiones, debates, y posibles estudios futuros en los cuales se compararían las necesidades, creencias y costumbres de la población paliativa latina en los Estados Unidos y en países latinoamericanos.

Nivel:

Básico

Resumen de la propuesta:

Los Cuidados Paliativos en la Población Latina en el Bronx: Un Estudio Cualitativo acerca de sus Sabidurías, Actitudes, Creencias y Prácticas

Introducción:

Hay muy poca investigación sobre los cuidados paliativos en la población latina de los Estados Unidos. El Bronx es el distrito de Nueva York que cuenta con el índice más alto de población latina (el 50%). El objetivo del estudio es hacer recomendaciones para mejorar la salud y los servicios sociales de los pacientes latinos que reciben cuidados paliativos y de sus familias, reflejando sus necesidades, sus creencias y sus costumbres.

Métodos:

Se usaron métodos cualitativos. Los participantes incluyeron pacientes latinos que fueron referidos al servicio de cuidados paliativos y a los familiares principales que los cuidaban. Una guía de campo etnográfico fue usada, la cual se dividió en 3 áreas principales; conocimiento tradicional, actitudes y creencias sobre

- 1- enfermedad y muerte;
- 2- cuidados paliativos;
- 3- Planeamientos avanzados de tratamientos en estados críticos de salud ("advance care planning")

Resultados:

Se realizaron un total de 30 entrevistas. Algunos de los hallazgos principales incluyen: Las creencias religiosas desempeñan un papel muy significativo al hacerle frente a la enfermedad; preferencia de morir en casa; la falta de conocimiento en cuanto a lo que abarcan los cuidados paliativos; la falta de aceptación de un hospicio; y la confusión ante el significado de firmar un documento de "No Resucitar".

Conclusiones:

Estos hallazgos representan un paso muy importante en la búsqueda para proveer servicios adecuados de cuidados paliativos que tengan en cuenta las necesidades de la población latina en el Bronx de Nueva York. Se espera que los resultados de este estudio sean implementados en otras poblaciones latinas de los Estados Unidos.

25
USO DE DEXMETOMETEDINA COMO COADYUVANTE EN EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES, DE LA UNIDAD DE DOLOR CUIDADOS PALIATIVOS.

Hospital IVSS Dr. MIGUEL PEREZ CARREÑO.
Autores: Romero Sabina, García Nilqger, Blanco Aljulie.

Introducción:

El manejo del Dolor en el paciente que ameritan cuidados paliativos es difícil, y está apoyado en esfuerzos multidisciplinarios para garantizar el éxito. El uso de diferentes drogas y recursos tales como el de bloqueos nerviosos es ampliamente usado para la analgesia multimodal. Por el advenimiento de nuevos coadyuvantes, tales como la Dexmedetomidina, un agonista altamente selectivo, con efecto analgésico central y periférico, surge la interrogante de cuál sería su papel para el manejo del dolor en pacientes con dolor crónico, en las unidades de cuidados paliativos. Nosotros basándonos en lo reportado en la literatura, utilizamos dosis de 0,2 a 0,3 mcg/kg, de Dexmedetomidina, asociado a Anestésicos Locales Lidocaina al 1 %, y Levobupivacaina al 0,5 % para realizar los diferentes bloqueos de nervios, a nivel centrales y periférico, tales como: Bloqueos Simpático, Plexos Celiacos, Plexos Lumbares, Caudales, Bloqueos de nervios intercostales, y de raíces nerviosas, obteniéndose una mejor analgesia, mejora la calidad de vida y disminuye el consumo de analgésicos, con escasos efectos colaterales, en la consulta de Dolor y Cuidados paliativos.

Resultados:

De la consulta de Cuidados Paliativos del Hospital del IVSS Dr Miguel Perez Carreño, del 2000 a 2003, que incluye 137 pacientes, los diagnósticos más frecuentes fueron: Cáncer de Colon, Prostata, Gástrico, Mama, mieloma múltiple. De estos 130 pacientes se utilizó Dexmedetomidina en dosis de 0,2 a 0,3 mcg/kg como coadyuvante de los bloqueos centrales y periféricos realizados, obteniéndose una buena analgesia, mejora la calidad de vida y pocos efectos colaterales,

Conclusion:

La Dexmedetomidina es un coadyuvante de bloqueos nerviosos seguro y eficaz, resultando una buena alternativa para el manejo analgésico multimodal del dolor, ya que además mejora la calidad de vida, de los pacientes que ameritan cuidados paliativos.



26

**"CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRÍA"
"V ANIVERSARIO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS"**

Hospital Geriátrico Provincial Rosario - Argentina

Autores: Dr José Luis Magaró - Dr. Juan Enrique Martini

Los cuidados paliativos, destinados a mejorar la calidad de vida de los enfermos en fase terminal y de su familia, han experimentado un desarrollo muy significativo en los últimos diez años.

La población de adultos mayores es uno de los grupos más afectados por la terminalidad, no sólo oncológica, sino también por enfermedades neurodegenerativas y vasculares, disfunciones viscerales en fase terminal, etc.

Destinada a la atención de estos pacientes, funciona desde 1998 la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Geriátrico Provincial de la ciudad de Rosario. Con motivo de cumplirse el V aniversario de la creación de dicha Unidad se realizaron en nuestra ciudad las Primeras Jornadas de Cuidados Paliativos en Geriatría. Participaron más de 80 inscriptos de diferentes profesiones, todos relacionados con la atención integral del adulto mayor. En las mismas, se discutió, entre otros, el rol de la Gerontogeriatría en el contexto de los Cuidados Paliativos.

Estas jornadas contaron con la presencia del Presidente de la Sociedad Argentina de Geriatría y Gerontología y referentes rosarinos de los Cuidados Paliativos de la Argentina. Las conclusiones fueron:

- La atención del anciano tiene características especiales a tener en cuenta.
- La Geriatría es una de las especialidades que se encuentran más en contacto con las enfermedades terminales de diferentes orígenes.
- En los adultos mayores existen dos terminalidades con evoluciones diferentes: una oncológica y otra no oncológica.
- Uno de los roles principales de la Gerontogeriatría es continuar investigando en cuidados paliativos para garantizar la calidad de vida de los pacientes que padecen enfermedades terminales.



27 LA PERSONA EN ESTADO TERMINAL. HIPÓTESIS Y CONSECUENCIAS OBSERVACIONALES A PARTIR DEL PSICOANÁLISIS. UNA POSIBLE MODELIZACIÓN. NUEVOS APORTES.

Lic. Ipszman G.H.

Dirección contacto y correo electrónico: guido.ipszman@oracle.com cuidadospaliativos@malvinassalud.com.ar
Departamento de Medicina y Cuidados Paliativos. Secretaría de Salud, Municipalidad de Malvinas Argentinas.
Provincia de Buenos Aires, Argentina

Introducción:

Si el Psicoanálisis es una teoría que explica qué es el aparato psíquico, su funcionamiento (salud mental), su psicopatología y un método de tratamiento, bien podría hacer su aporte a este momento tan particular en la vida de toda persona. El Dr. Freud no ha trabajado este problema de manera sistemática, no obstante ello, en algunos artículos plantea conjeturas que pueden ser orientadoras en el trabajo (teórico y clínico).

Objeto de estudio:

Plantear un posible ordenamiento de las hipótesis que expliquen cuál puede ser el funcionamiento esperable del aparato psíquico en estadios de terminalidad, así como también los observables.

Método:

El ordenamiento y modelización del trabajo responden a mi interpretación de Ciencia que realiza el epistemólogo G. Klimovsky en su libro "Las desventuras del conocimiento científico".

Resultados:

Es un trabajo de investigación teórica que somete su armado al método hipotético deductivo de ciencia en versión compleja.

Discusión:

Los profesionales de salud con formación en Psicoanálisis (Freud) pueden tener la oportunidad de "observar" las hipótesis tratadas por el autor de este modelo. Considerando que la elección y el armado no son el habitual puede prestarse a equívocos. Para aquellos profesionales ajenos al Psicoanálisis la oportunidad es observar las consecuencias observacionales que de esta teoría se deducen.

Conclusión:

Entiendo que plantear este problema es relevante por varias razones, aunque considero que el principal tiene que ver con la Psicología (en este contexto con los cuidados paliativos) y no se puede hablar de síntomas y/o intervenciones (qué preguntar, qué decir, los silencios, etc), sin antes tener una teoría de aparato psíquico, ¿o el problema de la medicalización de la muerte es solo un problema en una cultura determinada?

28

EL SOPORTE PSICOLÓGICO A ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE INMINENTE DE UN PACIENTE

Lic. María Cristina Tabbia—equipo de C.P. De Médicos, Bs As, ARG.

Introducción:

La angustia, es una manifestación emocional que expresa la vivencia de riesgo a la que está sometido el psiquismo ante factores endógenos o exógenos, ésta desaparecería al hacer consciente la causa y su elaboración. Ante estos pacientes, entre las causas que la originan :l angustia ante la muerte, la Sobreidentificación,, el deterioro y sufrimiento físico, están asociadas a Burn out, siendo necesario activar conductas Preventivas.

Método:

Recopilación de datos por encuesta, respondidas por los asistentes a los Cursos de Enfermería organizados por el Depto. de Capacitación B. Rivadavia (GCBA), pertenecientes a los hospitales públicos de BsAs donde concurrí en calidad de docente invitada por la Lic. Marta Junin.)

Objetivos:

detectar la respuesta—angustia ante **ese** paciente que no responde a tratamientos curativos y determinar si la presencia de ésta, ha motivado en enfermería el evitar atenderlo, y en este caso explorar que relación tendría esta respuesta con la presencia o no de Psicólogos en el servicio: especializados en CP o Psicólogos para el soporte emocional del equipo
Resultados :encuestados: 69 enfermeros El 92,75% se angustió al atender pacientes incurables . y 33,33% afirma que la presencia de ésta ha motivado en enfermería el evitar atenderlo, siendo mayor este porcentaje en los casos que hay Psicólogo en el servicio El 100% afirma que no cuentan con contención psicológica, en el 10,14% no hay psicólogo en la institución-, en el 89,85% hay Psicólogo por Inter.-consulta . Sólo en el 13,04% hay psicólogos en el servicio, de los cuales el 4,60% está especializado en C. P.

Conclusiones:

Surge de los resultados que un alto porcentaje.(66,66%) no **evitó** continuar con la tarea a pesar de sentir angustia y no tener soporte emocional, esto mostraría una sobre-adaptación (exigencia psíquica) ante la tarea. Por otro lado se observa que, cuanto más cercana es la presencia del Psicólogo, mayor es el porcentaje de **evitación**, lo cual podría suceder porque al desarrollar éste su tarea en el equipo, promueve la reflexión sobre los sentimientos y emociones que inspiran los pacientes, legalizando el derecho a manifestarlos (aunque ésta sea una conducta de evitación) pone esto de relieve, la necesidad urgente de dar a enfermería protección emocional y dotar de psicólogos los servicio, posibilitando los beneficios que aportan los vínculos surgidos en la dinámica de equipo



29 EDUCACIÓN MÉDICA SOBRE ENFERMEDADES AMENAZANTES Y/O LIMITANTES PARA LA VIDA EN NIÑOS: OPORTUNIDADES Y BARRERAS

Dra. Kiman, R. y Equipo Docente del Servicio de Pediatría. Departamento Materno-Infantil. Hospital Nacional "Prof. A. Posadas". Marconi e Illia. Morón. Pcia. de Bs. As. TE y FAX : (011) 4469-9201.

Introducción:

En el año 1999 dio comienzo la experiencia del Internado Anual Rotatorio (IAR). Durante la rotación por Pediatría, un espacio de formación propuesto fue el *Sector Hematología y Oncología (Área de Soporte Clínico y Cuidados Paliativos)*, considerando la alta prevalencia de estos pacientes en nuestro Servicio. Los objetivos consensuados para dicha pasantía fueron: reorientar la intervención del médico cuando la curación no es posible, brindar herramientas para comunicar malas noticias, desarrollar competencias en el adecuado control de síntomas (dolor y otros) y propiciar un modelo de atención útil para el abordaje de enfermedades crónicas. Surgieron dificultades y tensiones en el desarrollo de la tarea que nos llevaron a cuestionarnos la *pertinencia* de esta experiencia educativa. Para revisar y reflexionar sobre lo actuado nos propusimos: *Identificar oportunidades y barreras en la educación médica realizada en nuestro Servicio de enfermedades amenazantes y/o limitantes para la vida.*

Material y Método:

Análisis retrospectivo basado en datos de las fichas de evaluación de **97** alumnos del IAR y las reuniones de planificación del Equipo Docente.

Resultados:

Oportunidades visualizadas: Cubrir una carencia curricular, enfrentarse con la muerte y los temores personales que esto genera con acompañamiento y contención, aporte de docentes con formación específica, compartir el trabajo de un equipo interdisciplinario, observar el manejo apropiado de la información, incorporar otros paradigmas (cuidar cuando curar no es posible). *Barreras:* Trabajar con niños, enfrentarse con la muerte, situaciones personales estresantes (ej: enfermedad oncológica familiar), excesiva implicación con alta expresión emocional, elección de otras áreas de interés durante el acotado tiempo de cursada, carencia de herramientas apropiadas de evaluación de los objetivos formulados.

Conclusiones:

Creemos que experiencias como la descrita, proveen aprendizajes significativos y anticipatorios que favorecen el acercamiento del futuro médico a pacientes gravemente enfermos con posibilidades de morir, siendo necesario a su vez establecer **criterios** para mejorar las competencias profesionales de los cuidados en el final de la vida articulando la teoría con la práctica.



30 DETECCIÓN DE LAS NECESIDADES ESPIRITUALES DEL ENFERMO TERMINAL. ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD.

Dr. Yamandú Bermúdez Coquard.

Teléf.: 6191344 / 099269581. C.ELECTRÓNICO: yiami@adinet.com.uy

Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay: médico de zona en coordinación con Programa de Cuidados Paliativos Enfermos Oncológicos Terminales (nivel 1).

Practica Privada de asistencia en equipo de apoyo a enfermos crónicos.

Introducción:

Fundamentación:

- Religión y Espiritualidad son importantes para la mayoría de las personas. La mayoría de los adultos afirma creer en Dios (90% en USA, 84% en Uruguay).
- Los pacientes recurren a la Espiritualidad y la Religión como ayuda para abordar enfermedades graves. Una encuesta de pacientes hospitalizados determinó que el 77% deseaba que los médicos tuvieran en cuenta sus Necesidades Espirituales.
- El médico desconoce y/o descalifica la Asistencia Espiritual.

Material y Métodos:

Se presentarán 3 casos clínicos (se enviarán viñetas) en los que se aplicó la Asistencia Espiritual.

Los ejes conductores del Taller serán:

- Definición, Clasificación y Diagnóstico de Religión y Espiritualidad de las personas.
- Actitud del Equipo de Salud frente a creencias del Paciente.
- Beneficios para Paciente y Equipo de Salud.
- Prácticas y sus Efectos Positivos: meditación y relajación, oración y ritos, ludoterapia.
- Psiconeuroendocrinoinmunología.

Conclusión:

Al igual que en centros de referencia internacional, observamos en nuestra práctica médica de asistencia a pacientes con enfermedades crónicas, incluso terminales, los importantes beneficios que pueden otorgar las prácticas religiosas o espirituales:

- menor hostilidad, ansiedad, aislamiento y depresión.
- mejor afrontamiento de tratamientos y momentos de sufrimiento.
- mejor relación personal de salud-paciente.

8. Lecturas Recomendadas:

Se entregarán.

9. Bibliografía:

- Cancer.gov : “**La espiritualidad en el tratamiento del cáncer**” (INC – USA). 2003.
- N.DA COSTA. “Religiosidad y Espiritualidad en el Uruguay”. 2003.
- NAVIGANTE-LITOVSKA: “Propuestas en Oncología”. Edit. Akadia. 1992.
- O.C.SIMONTON: “Recuperar la salud”. Edit. Los Libros del Comienzo. 1978. “Sanar es un Viaje” Edit. Urano. 1993.
- L.LeSHAN: “Cómo Meditar”. Edit. Troqvel S.A. 1981.
- E.KÜBLER-ROSS: “Preguntas y Respuestas a la Muerte de un Ser Querido” Ediciones Martínez Roca. 1974.



31

DOR EM PACIENTE COM CÂNCER E DISTÚRPIO COGNITIVO.

Mannarino, V., Hennemann, L.
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
E-mail: vlmannarino@uol.com.br

Introdução:

A demência e o câncer são duas doenças altamente prevalentes na faixa etária do idoso, coexistindo freqüentemente. A avaliação e tratamento da dor causada pelo câncer em pacientes com distúrbio cognitivo grave são um desafio para a equipe de saúde, porém, pode ser bem sucedido.

Objetivos:

Mostrar a importância da avaliação e diagnóstico da dor no paciente com dificuldade de expressão, e o impacto na qualidade de vida do paciente, de sua família e cuidadores.

Material e Métodos:

Relato de caso de paciente masculino, 74 anos, portador de Doença de Alzheimer, provável, em fase avançada, com dificuldade de expressão, apresentando também câncer hepático com metástases pulmonares e dor. Expressava-se com alterações de comportamento e expressões corporais sugestivas de dor, tendo como avaliação a perspicácia, o treino e o interesse dos profissionais e de seus cuidadores.

Resultados:

A criteriosa avaliação da dor e analgesia adequada possibilitou melhorar a qualidade de vida do paciente e tranquilizar o ambiente familiar.

Discussão:

Este tipo de paciente deve ser abordado em equipe inter e multidisciplinar para valorizar a qualidade de vida do paciente, de seus familiares e cuidadores, e também apoiar aos profissionais da equipe nas observações, condutas e decisões. Pacientes com demência têm maior risco de ter sua dor subdiagnosticada e mal tratada.

Conclusão:

O controle adequado da dor propiciou melhora da qualidade de vida do paciente e de seus familiares e cuidadores, e a abordagem em equipe diluiu o stress dos profissionais.



32 PROTOCOLO PARA O USO DE METADONA DO PROGRAMA DE TRATAMENTO DA DOR E CUIDADOS PALIATIVOS

Hennemann, L., Spiegel, P.
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
E-mail: hennemann@ufrj.br

Introdução:

A metadona é um excelente analgésico forte, com dose equipotente a morfina, mas pouco usado. Tem grande variação individual no tempo de eliminação impossibilitando, na 1ª semana, a aplicação de um dos 5 princípios básicos da OMS – “pelo relógio”, devido a maior incidência de sobredose e risco de vida.

Objetivo:

Divulgar o protocolo adotado pelo Programa de Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos para o uso de metadona.

Material e Métodos:

Pacientes ambulatoriais oncológicos com dor moderada a severa são tratados com metadona oral na 1ª semana em esquema de analgesia controlada pelo paciente (SOS) - dor 2 ou mais de acordo com a escala de faces da Ficha de Acompanhamento Domiciliar - e na 2ª semana em horário regular (12/12 ou 24/24h) de acordo com a dose total utilizada anteriormente.

Resultados:

Em três anos de uso do protocolo, em mais de 200 pacientes, não ocorreram efeitos colaterais que colocassem a vida do paciente em risco – depressão respiratória ou sedação excessiva.

Discussão:

A metadona é um opióide sintético, agônista puro, sem dose teto, com excelente ação na dor nociceptiva; na dor neuropática proporciona maior analgesia que outros opióides. Após alcançar o estado de equilíbrio plasma-tecido, ela pode ser feita de 12/12 ou 24/24 horas.

Conclusão:

Pode-se utilizar a metadona como o primeiro analgésico potente sem o perigo de complicações graves por sobredose, em regime ambulatorial, prescrevendo-se de acordo com o protocolo. O baixo custo, a ação longa, o menor preconceito com a palavra morfina e a possibilidade de administração por várias vias torna a droga indicada para o tratamento da dor, principalmente onde há dificuldades econômicas.



33

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR

Hennemann, L.

Programa de Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

E-mail: hennemann@ufrj.br

Introdução:

O Programa atende *pacientes oncológicos fora dos recursos atuais de cura* em consulta ambulatorial, não tendo visita domiciliar. A necessidade de controlar o uso de opióides e acompanhar a evolução do paciente, mesmo a distância, levou a busca de um método alternativo de avaliação à distância.

Objetivo:

Elaborar uma ficha que mostre o controle analgésico e a evolução clínica do paciente, que seja de fácil compreensão e preenchimento.

Material e Métodos:

Elaboração de modelos e análise dos resultados obtidos com o preenchimento das fichas pelos pacientes do Programa.

Resultados:

O modelo atual proporcionou maior eficácia na prescrição dos opióides e controle dos efeitos colaterais. Orientação clara para doses resgate; coleta de dados para escala de Karnofsky; avaliação do sono, constipação e outros sintomas angustiantes, e meio de comunicação entre paciente e a equipe de saúde.

Discussão:

A avaliação da dor, prescrição de medicação analgésica e adjuvantes no tratamento da dor oncológica e dos sintomas angustiantes é fundamental. O preenchimento da *Ficha* é de grande auxílio, mesmo quando o paciente comparece à consulta, ou é internado em outro hospital.

Conclusão:

A ficha funciona como de elo de comunicação entre a equipe de saúde e seu *paciente e familiares*, pois é de fácil compreensão e preenchimento, torna a prescrição de opióides mais precisa, evidencia as doses resgates, sono, constipação e outros sintomas, além das intercorrências do período. Mesmo não tendo visita domiciliar, quando o paciente não pode mais comparecer a consulta ambulatorial, ainda assim temos uma idéia de seu estado geral.

A apresentação constará do modelo da FICHA DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR e de fichas preenchidas por pacientes.



34 PROPOSTA DE CURRÍCULO MÍNIMO PARA CAPACITAÇÃO BÁSICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Hennemann, L.
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
E-mail: hennemann@ufrj.br

Introdução:

O Programa de Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos da UFRJ desde 1983 treina profissionais de saúde no tratamento da dor crônica e oncológica e desde 1999 também em Medicina Paliativa. Preocupados com a formação profissional e cientes das dificuldades existentes nesta área, propomos um currículo mínimo para que uma equipe multiplicadora capacite profissionais para começarem atuar nesta área.

Objetivo:

Elaborar um currículo mínimo para ensino e treinamento de equipe multiprofissional em Cuidados Paliativos.

Material e Métodos:

Análise das propostas do Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde da Associação Médica Brasileira, do programa de ensino do Instituto Nacional do Câncer, do Programa de Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos da UFRJ e do *Core Curriculum for Professional Education in Pain* da IASP e elaboração de um programa mínimo.

Resultados:

Montagem de um programa de treinamento teórico prático de 180 h desenvolvido em 6 semanas por equipe multiplicadora que poderá ser fixa ou itinerante.

Discussão:

No Brasil, como na América Latina, os recursos são finitos e as necessidades infinitas. A necessidade de programas eficazes de prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidado paliativo do câncer é grande. O câncer é a 2ª causa de morte no Brasil, mas 70% dos diagnósticos são tardios. Investir na educação dos profissionais de saúde pode melhorar as condições de vida da população, reduzir custos e sofrimento humano.

Conclusão:

A melhoria das práticas educacionais implicam numa melhor assistência. Investir na educação e pesquisa do tratamento da dor e cuidados paliativos e divulgar esta área de atuação, é construir uma sociedade mais justa, ética, saudável, produtiva e digna.



35
CASA DE LA BONDAD, UNA ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACION A PACIENTES CON ENFERMEDADES IRREVERSIBLES, EN FASE TERMINAL.

Silvestre A.. M.
E-mail: anamaria5263@hotmail.com
Casa de la Bondad - Córdoba - Argentina.

Introducción:

La Casa de la Bondad, Institución Privada, sin fines de lucro, surge como respuesta a una necesidad social, en Agosto de 2001, dicha Obra pertenece a la Fundación Manos Abiertas, constituida por laicos comprometidos; su propósito social es albergar a pacientes con Enfermedades Irreversibles, en fase terminal, carenciados, en forma transitoria ó definitiva. Estos pacientes reciben Cuidados Paliativos Integrales

Cuyo objetivo terapéutico básico, es "Mejorar su calidad de vida, y calidad de Muerte", proporcionando control de síntomas, abordaje psico-social y acompañamiento al paciente y a la familia si esta existe, pero no está en condiciones de hacerse cargo de los cuidados domiciliarios.

Objetivo:

Mostrar que la Casa de la Bondad, es una alternativa válida, a la Hospitalización de pacientes con Enfermedades Irreversibles, en fase Terminal.

Material y Método:

Se plantea realizar una evaluación de las fichas, de los pacientes admitidos a la Casa de la Bondad, desde Agosto de 2001 a Diciembre de 2003. Los criterios de admisión son; Diagnóstico de Enfermedad Terminal, Performan Status, 3-4; Diagnóstico Social ;carenciado, sin obra social y sin familia. Variables estudiadas Edad, sexo, Diagnóstico, Institución Derivante, Permanencia transitoria ó definitiva y promedio de días de estada.

Resultado:

Fueron estudiados 98 pacientes, la edad promedio fue de 52 años, varones 58 y mujeres 40, fueron derivados de Hospitales Públicos 64 y de Clinicas privadas 9. En la Institución fallecieron 62, y 35 fueron dados de alta, Todos los pacientes lograron control de síntomas, su desenlace fue de la mano de los Voluntarios.

Conclusión:

Por lo expuesto, La Casa de la Bondad constituye una alternativa válida a la Muerte Hospitalizada.



36

10 AÑOS DE HISTORIA

Unidad de Cuidados Paliativos (UCP)

Hospital Nacional de Pediatría "Juan P. Garrahan" (1992 – 2002)

R.Germ; R. Verna; V.da Cunha; S.Bevilacqua; G. Nuñez.

Pichincha 1850, Capital Federal, Argentina. TE: 54-011-4308-4300 int. 1638. E-mail: rgerm@garrahan.gov.ar

Introducción:

Este trabajo muestra el desarrollo de la primera UCP pediátricos en la Argentina. A través de los Modelos de Intervención, la variación que se observó en los pacientes atendidos en la Unidad en estos 10 primeros años. Modelos de intervención: I: tipo cáncer; II: tipo EPOC; III: incurables desde el diagnóstico; IV: irreversibles secuelas; V: síntomas.

Objetivos:

Mostrar el incremento de pacientes nuevos/año y del total de consultas tanto en internación como ambulatorio; Resaltar la variación en los grupos diagnósticos de acuerdo con los Modelos de intervención. Presentar la evolución con logros y metas para el futuro.

Método:

Diseño retrospectivo; se incluyeron todos los pacientes atendidos por la UCP desde septiembre de 1992 a septiembre de 2002; análisis de la base de datos de los pacientes con el soporte de la planilla de cálculo Excel.

Resultados:

Promedio pacientes nuevos/año = 200; total de consultas año 2001= 3097; Modelos de intervención, diferencias año 1992/2002:

I = 75% / 44%; II = 2% / 5%; III = 3% / 21%; IV = 2% / 6%; V = 18% / 24%.

Conclusiones:

Un equipo logra su consolidación luego de 3 a 5 años de trabajo. A los 5 años establecimos metas a alcanzar en 5 años más. Pudimos demostrar que aquellas metas eran logros, excepto el seguimiento en duelo. También detectar las debilidades que nos permitieron plantear los nuevos objetivos para el futuro. Las diferencias en nuestra intervención en los diferentes modelos pueden ser resultado de una intensa actividad docente y haber logrado una inserción como servicio reconocido dentro del hospital.

Los obstáculos de incorporar pacientes no oncológicos a las agendas de atención de Unidades de Cuidados Paliativos, no se observan en Unidades de atención pediátrica.

37

SINDROME DE DOLOR COMPLEJO REGIONAL

V. da Cunha; E. Silvestre; Servicio de Kinesiología; Servicio de Salud Mental; R. Germ, Hospital Nacional de Pediatría "Juan P. Garrahan" Pichincha 1850, Capital Federal, Argentina. TE: 54-011-4308-4300 int. 1638. E-mail: vickydacunha@yahoo.com.ar

Introducción:

Los pacientes con Síndrome de Dolor Complejo Regional Tipo I (Complex Regional Pain Syndrome – CRPS), también descrito como Dolor sin causa orgánica evidente o Distrofia Simpática Refleja, constituyen una población particular en la cual existiría una vital interrelación causal entre factores biológicos y factores psicosociales que se entrelazan para producir y perpetuar la enfermedad.

Objetivos:

Identificar en aquellos pacientes que cumplan los criterios internacionales de CRPS I: y establecer que estos pueden presentar asociación con otros trastornos somáticos disfuncionales y con trastornos psicoafectivos clasificables por el DSM-IV Medir: la Función Autonómica Global mediante la Prueba de Estrés Ortostático (Tilt Test) Diseñar: un modelo de abordaje interdisciplinario bio-psico-social.

Método:

diseño prospectivo. Se evaluaron 12 pacientes de 11 a 15 años con criterios de CRPS, a quienes se realizaron las siguientes pruebas: Self-Report Childhood Anxiety Related Disorders (SCAReD) Cuestionario de Sensaciones Corporales de Chambless y Caputo (modificada) La Función Autonómica Global fue evaluada a través del Test de Estrés Ortostático Estandarizado (Tilt Test).

Resultados:

De los 12 pacientes que cumplían criterios de CRPS el 100 % presentó cuadros de síncope, 91% migraña, disnea sine materia, precordialgia, trastornos vasomotores; 75% dolor abdominal recurrente, cinetosis, fatiga crónica. El Tilt Test realizado a 8 pacientes fue positivo en el 100%. 58% presentaba trastornos de ansiedad y 33% depresión.

Conclusiones:

La evidencia científica actual muestra la estrecha relación anatómica y funcional entre las Vías del Dolor, Vías Autonómicas y Centros Límbicos reguladores de las emociones que explican algunos de los trastornos psico-afectivos observados en estos pacientes. En su tratamiento consideramos los analgésicos, psicofármacos, drogas que modulan la respuesta autonómica asociados a abordajes cognitivo-conductuales individuales y grupales, y psicoterapia. Creemos que el concepto bio-psico-social que hemos aplicado para evaluar y abordar a nuestros pacientes con CRPS resulta innovador en cuanto contempla aspectos habitualmente subestimados y que consideramos fundamentales.



38

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Lourenço, T.C., Hennemann, L.

Tereza Cristina Lourenço - e-mail: terezacl@hucff.ufrj.br

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ-HUCFF
Rio de Janeiro - Brasil

Introdução:

O crescimento do trabalho fisioterapêutico no atendimento de pacientes com câncer tem sido de extrema importância na sua reabilitação. Neste trabalho apresentamos a importância deste trabalho realizado de forma interdisciplinar no atendimento aos pacientes em cuidados paliativos oncológicos.

Objetivos:

Promover qualidade de vida do paciente Cuidados Paliativos. Proporcionar alívio da dor e sintomas angustiantes utilizando recursos fisioterapêuticos possíveis em conjunto com as demais formas de tratamento. Reabilitar os pacientes em cuidados paliativos e treinar seus familiares, visando promover para o paciente a autonomia perdida por causa da dor, imobilidade ou perda da confiança. Orientação e treinamento dos familiares com o auto-cuidado.

Material e métodos:

Experiência dos autores no atendimento à pacientes do Programa de Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos da UFRJ- HUCFF no período de Março de 2000 à Novembro de 2003 e revisão bibliográfica.

Discussão:

Da totalidade de pacientes atendidos em cuidados paliativos oncológicos acima de 50% são beneficiados com técnicas fisioterapêuticas, elas são sempre bem acolhidas pelo paciente e seus familiares. A inserção do atendimento fisioterapêutico no atendimento interdisciplinar a pacientes em cuidados paliativos oncológicos tem demonstrado ser eficaz na promoção da qualidade de vida.

Resultados:

Melhora da qualidade de vida do paciente durante a sua permanência em Cuidados Paliativos Oncológicos. O atendimento realizado de forma interdisciplinar resulta na melhor qualidade do tratamento. Os familiares sentem-se mais seguros ao serem orientados quanto aos cuidados domiciliares que prestam.



39
ENFOQUE ÉTICO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS
"DESCRIPCIÓN DE UNA EXPERIENCIA INTERDISCIPLINARIA ENTRE EL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS Y EL COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL".

Brayer C., Dibarboure M., Espinosa V., Freitas N., Sica M.
CASMU (Comité de Ética) – Montevideo Uruguay.

Introducción:

El Equipo de Cuidados Paliativos del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay se ha visto ante la necesidad de resolver dilemas éticos emergentes, propios del contexto de funcionamiento en que esta actividad se desarrolla. La carencia formativo-académica en bioética de sus integrantes generó la necesidad del asesoramiento técnico por parte del Comité de Ética de la institución para orientar la toma de decisiones. Del intercambio surge la conformación de un grupo de trabajo conjunto que efectuó un análisis interdisciplinario de casos clínicos presentados por el equipo de cuidados paliativos.

Objetivos:

Con este trabajo se buscó el perfeccionamiento del accionar de cada uno de los integrantes del equipo -con la consiguiente responsabilidad bio-ética, ante la toma de decisiones en la atención de pacientes con enfermedad avanzada en etapa de tratamiento paliativo involucrando en estas decisiones al enfermo, familia y equipo.

Material y Método:

Grupo de trabajo. Centralización del material en base electrónica. Reunión mensual. Bibliografía. Historias Clínicas. Método de análisis de Historias Clínicas por problemas del Prof. Diego Gracia Guillén. Exposiciones orales. Registro escrito.

Resultados:

Análisis de cinco casos clínicos y determinación de los dilemas éticos emergentes fundamentalmente en los siguientes temas: sedación, eutanasia, autonomía, calidad de vida, valores.

Conclusiones:

Este trabajo confirmó la importancia de: Considerar al paciente en su integralidad particularmente sus valores. Promover la formación en bioética. Generar un ámbito permanente de discusión de dilemas éticos en Cuidados Paliativos. Elaborar pautas de orientación clínico-éticas. Procurar el manejo responsable y autónomo del equipo de paliativos frente a la toma de decisiones éticas al final de la vida. Trabajar por un nuevo paradigma para lograr una muerte digna que todo ser humano merece.



40
**PRIMERA EXPERIENCIA EDUCATIVA EN CUIDADOS PALIATIVOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA-
EVALUACIÓN: M. PRUVOST*, E. MORENO****

*CONTIGO, Asociación Civil para Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos,
ex Jefa Sección Dolor y Medicina Paliativa, Servicio de Anestesiología, Hospital San Roque, Córdoba

**Profesor Titular Cátedra de Cirugía I, Unidad Académica 4, Hospital San Roque, Universidad Nacional de Córdoba

Introducción:

La necesidad de educación en los integrantes de los equipos de salud humana acerca de los cuidados paliativos todavía constituye un desafío en nuestro país donde los programas de enseñanza habitualmente no los incluyen.

Objetivo:

Evaluar la experiencia de alumnos de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba en un primer contacto con pacientes terminales y con los conceptos de Cuidados Paliativos.

Material y método:

se analizaron 248 cuestionarios de autoevaluación del funcionamiento de la Cátedra de Cirugía I, Unidad Académica Hospital San Roque, de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, respondidos por el mismo grupo de alumnos en 1999 y 2000. El cuestionario es anónimo y de respuesta abierta. Una de las preguntas pide opinión acerca de la actividad realizada respecto de dolor y cuidados paliativos, que consistió en: concurrencia al servicio de atención ambulatoria (una mañana en cada ciclo = dos veces) y dos actividades teóricas: una clase de dolor postoperatorio en quinto año y un taller interdisciplinario (médica, psicóloga, enfermera) de cuidados paliativos con discusión de un caso en sexto año.

Resultados:

46 (18,6%) evaluaron la actividad como excelente; 99 (39,9%) como muy buena; 48 (19,4%) como buena; 4 (1,60%) como regular y 14 (5,5%) expresaron desagrado por distintas razones, en su mayoría personales. No realizaron la actividad 16 (6,5%) y no respondieron 21 (8,5%). Agregaron palabras como interesante, muy interesante o importante 19 alumnos (7,7%) Solicitaron mayor carga horaria 24 (9,67%). Uno (0,4%) expresó su deseo de dedicarse al tema en el futuro. Varios manifestaron que es la única cátedra donde se han enfrentado al sufrimiento y sienten que se puede "humanizar la medicina". Entre los que manifestaron desagrado se incluyen expresiones como: "muy duro", "no lo tolero por razones personales". Dos estudiantes fueron contenidos por el equipo y derivados a atención psicoterapéutica por duelos no elaborados.

Conclusión:

Se destaca el alto grado de satisfacción encontrado y la importancia de la introducción al tema en el pregrado de las carreras de los integrantes del equipo de salud: medicina, enfermería, psicología, etc.

41

HOSPITAL CENTRAL DE SAN ISIDRO

Médicos: Dr. F.J. García - Dra. I. Pincemin - Dr. V. Tarasiuk –
Servicio Social: Dra G.Mejía –
Psicología: Lic. M.Jacobs - Lic. M.Figini - Lic. J. Saravia
Consultor: Lic. J. Campodónico

Presentadores:

Dra. Isabel Pincemin,
Lic. Mariana Jacobs - Lic. Jorge Campodónico

Objetivo del taller:

El taller presenta como objetivo discutir la importancia de intervenir en el momento oportuno y con estrategias apropiadas en familias de pacientes en cuidados paliativos. Se ilustra la modalidad de trabajo del Equipo de Cuidados Paliativos del Hospital de San Isidro en lo que refiere a la atención familiar. Se presenta un caso complicado, que presentó múltiples dificultades en varios aspectos. El objetivo es discutir la importancia de poder intervenir en familias de manera profiláctica y evitar la irrupción de circunstancias como las que se ilustran a continuación.

• La Lic. Mariana Jacobs forma parte del equipo de Cuidados Paliativos y el de Terapia Familiar conjuntamente. Las consultas de familia se efectúan con el Jefe del Equipo de Terapia Familiar del Hospital de San Isidro - Lic. Jorge Campodónico y la Lic. Jacobs en conjunto.

Estructura del taller:

- Presentación del paciente.
- Se ilustra mediante el video la intervención realizada por el Equipo de Familia.
- Se explican someramente las intervenciones ilustradas y se explica la modalidad de trabajo del equipo de familia en cuidados paliativos.
- Discusión con el auditorio de intervenciones posibles, preguntas y comentarios.

Presentación del Paciente:

Paciente de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad diverticular, tabaquismo y coronariopatía que ingresa el 9-2-03 al servicio de Cirugía con diagnóstico de suboclusión intestinal. El cuadro se acompaña de pérdida de peso en los últimos 2 años. La TAC de abdomen informa "ascitis, niveles hidroaéreos en intestino delgado y riñón izquierdo agrandado con disminución de la sustancia de contraste y alteración de la grasa perirrenal"

Se realiza laparotomía exploradora que informa carcinomatosis peritoneal y en la Anatomía Patológica adenocarcinoma semidiferenciado. Se da de alta al paciente el 24-2-03. Por desmejoramiento rápidamente progresivo del estado general, no se realiza tratamiento quimioterápico.

El 4-3-03 el paciente se interna nuevamente por suboclusión. Se coloca una sonda nasogástrica. El 5-3-03 interviene por primera vez el Equipo de Cuidados Paliativos. El 6 - 03 se externa. Se procede a realizar tratamiento médico en el domicilio. El 4-4-03 se reinterna por desmejoramiento del estado general y alto nivel de ansiedad del paciente y la familia. 8-4-03 se realiza intervención familiar con el Equipo de Cuidados Paliativos. Fallece el 13 - 04 en sala.

Cuadro Familiar:

La familia del paciente es derivada al Equipo de Terapia Familiar el 4 -4-03 por presentar síntomas de alta ansiedad, temor, angustia, y conflictos internos – secreto familiar- que dificultan el proceso de muerte.

La familia acude a consulta el día 8-4-03 y refiere como conflicto inicial el desacuerdo que presentan en torno a la información que se debía transmitir al paciente (padre de la familiar). La madre y uno de los hijos, temen que el padre sepa la verdad y prefieren no decirle la verdad al paciente, mientras que los dos hijos restantes preferirían hablar con e con libertad sobre su diagnóstico.

Previa consulta con el equipo familiar se produce un episodio que dificulta la situación familiar aun más. El paciente es visitado por una psicóloga del hospital en la sala y a lo largo de la entrevista, el paciente pregunta su diagnóstico y el mismo le es revelado. Esto produce un desajuste en el sistema familiar que siente traicionado su secreto y un consecuente episodio de pánico en el paciente la noche previa a la consulta en al cual manifiesta su deseo de suicidarse.

En estas condiciones, la familia es recibida por el equipo de atención familiar de Cuidados Paliativos.



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos

"Dr Eduardo Méndez"

**¿qué intervenciones consideran que serían necesarias para poder resolver esta situación de emergencia?
¿Cómo creen que se podría trabajar esta situación?**

- Se muestra el video (*)
- Se abre la discusión al público
- Se hace reflexión de cierre.

- (*)
- Por razones de tiempo se recortan las principales intervenciones terapéuticas incluyendo solo algún comentario de la familia. Se presentan 5 segmentos de la primera sesión con la familia.
- Se proveerá a los presentes de:
- Una transcripción escrita de la sesión (dado el deficiente sistema de audio que presenta la grabación)
 - El genograma correspondiente.



42
EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Grupo Dones (área psicosocial):

Dr. Medylewski M. (1), Lics Psicol. Gonzalez D. (2) ; Boso G. (3); Rodio G. (4).; Ottonello A. (5), Lic. S. S. Salgueiro S. (6).-
(1) Hospice San Camilo – (2) Htal Gandulfo – (3) Htal Churruca Visca
(4) Superv. Htal. Niños R. Gutierrez – (5) Htal Marie Currie - (6)) Htal. Italiano de Bs. As.
Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Domicilio: gabriela@infotecnica.com.ar

Introducción:

El Bienestar Psicológico se concibe como un constructo multidimensional que indica la manera en la que una persona percibe su vida, tanto cognitiva como afectivamente. La perspectiva de bienestar psicológico es concebida como un concepto dentro de las potencialidades saludables y adaptativas de un sujeto, más que desde sus rasgos patológicos.

Objetivos:

Relevar la percepción del bienestar psicológico en profesionales del área de cuidados paliativos.
• Obtención de datos para la detección precoz de indicadores asociados a la falta de bienestar psicológico.

Pacientes y métodos:

Se evaluaron 60 profesionales de la salud, que realizan tareas asistenciales en al ámbito público y privado en cuidados paliativos. La muestra se conformó por médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales y enfermeros/as, con una edad promedio de 40 años. Se utilizó para la evaluación la Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A) de M.M. Casullo (2002) que evalúa las dimensiones de Aceptación / Control, Autonomía, Vínculos y Proyectos.

Conclusiones:

Los valores obtenidos muestran que la media de la percepción del bienestar psicológico de la población general, es superior a la media de esta muestra. Se ampliarán detalles en la presentación.



43

FISIATRÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES.

Nuestra experiencia desde el Servicio de Fisiatría de una Institución Privada de Montevideo, en coordinación con el Programa de Cuidados Paliativos.

Dra. A. Pérez Acle, Servicio de Fisiatría de CASMU, Montevideo, Uruguay.

E-mail: adrip@montevideo.com.uy

La Fisiatría constituye un recurso apreciado por el paciente en Cuidados Paliativos y su familia. Contribuye a mejorar su calidad de vida, al prevenir complicaciones del reposo, mantener el trofismo músculo-articular y la independencia funcional, aliviar el dolor, mejorar la función respiratoria y favorecer el drenaje bronquial.

El Servicio de Fisiatría del CASMU trabaja en coordinación con el Programa de Cuidados Paliativos desde el año 2000. Durante el año 2002 vimos 70 pacientes a solicitud de los médicos del Programa, sobre un total de 375 (15,7%), 41 del sexo masculino y 29 del sexo femenino. Sus edades oscilaron entre 26 y 89 años. Todos recibieron alguna forma de terapia física, con frecuencia diaria o de 2 o 3 veces por semana. Se controlaron por fisiatra luego de 10 sesiones de tratamiento o a solicitud del Licenciado en Fisioterapia o del médico tratante. Las indicaciones más frecuentes fueron: electroterapia analgésica (TENS), masajes, ejercicios respiratorios, tonificación, equilibrio, transferencias, bipedestación y reeducación de la marcha, e instrucción a los familiares. De lo 70 pacientes, 52 fueron vistos una sola vez. En los que fue posible se realizó seguimiento y fisioterapia hasta su muerte: 2 visitas en 9 pacientes, 3 en 4, y más de 3 en los 5 restantes.

Como ejemplo de nuestra contribución a la mejoría de la calidad de vida relataremos el caso de una mujer de 68 años, portadora de neoplasma de mama, con linfedema, dolor y limitación funcional del miembro superior. Se le indicó cabestrillo, masaje y movilización del miembro y se logró mejorar transitoriamente su función, al disminuir el edema y el dolor.

Sabemos que aún tenemos poca experiencia, pero la satisfacción de los pacientes y sus familiares nos estimulan a seguir buscando formas de mejorar su calidad de vida.

44

DETERMINACIÓN DE LA DOSIS DE DEXMEDETOMIDINA COMO COADYUVANTE DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES EN BLOQUEOS NERVIOSOS PERIFÉRICOS EN PACIENTES CON CÁNCER.

Lozada M., Bonilla P. Instituto Oncológico Luis Razetti, Caracas, Venezuela. marnielozadab@cantv.net

Introducción:

El dolor por cáncer es un síntoma cuyo manejo terapéutico es complejo, siendo necesario en ocasiones el uso de técnicas invasivas como los bloqueos periféricos con el uso de fármacos como la dexmedetomidina para controlar el dolor neuropático.

Objetivo:

Determinar la dosis analgésica de la dexmedetomidina en bloqueos nerviosos periféricos en pacientes oncológicos.

Material y Método:

Estudio clínico aleatorizado, doble ciego. Con 28 pacientes divididos en cuatro grupos de n=7, grupo control con levobupivacaína al 0.5% y 3 grupos con levobupivacaína +dosis de 10, 15 y 20 mg de dexmedetomidina respectivamente. Posterior al bloqueo, se registraron a los 30 y 360 min. los datos de: escala visual análoga, cambios hemodinámicos, escala de Ramsay, hora de aparición del dolor y efectos colaterales.

Resultados:

Los grupos se mostraron homogéneos en la escala visual análoga a los 30 min con un descenso notable de la misma. Al comparar los grupos de dexmedetomidina con el grupo control en la duración analgésica, el comportamiento fue similar en los grupos de 10 y 15 mg, pero con un aumento significativo $p=0.013$ en el grupo de 20 mg. La sedación fue similar en todos los grupos $p=0.00$, a las 6 horas del bloqueo.

Discusión:

La dexmedetomidina no aumenta el efecto analgésico de los anestésicos locales en el período inicial, pero prolonga la duración de acción a medida que aumenta la dosis. Es efectiva en dolor neuropático. No produce cambios hemodinámicos y la sedación observada estuvo presente en todos los grupos, que puede explicarse por una disminución del dolor que ocasionaba insomnio.

Conclusión:

La dosis de 20 mg de dexmedetomidina demostró ser superior a las restantes al lograr una excelente analgesia con una mayor duración de acción.

45

“TOPIRAMATO EN EL CONTROL DEL DOLOR NEUROPÁTICO, EN PACIENTES ONCOLÓGICOS”

Gigante S; Bonilla P

Instituto Oncológico Luis Razetti. Caracas, Venezuela (sgigante@cantv.net)

Introducción:

El dolor neuropático es uno de los síntomas asociados al cáncer, siendo muchas veces el principal y cuyo manejo resulta difícil. Los fármacos empleados para su tratamiento producen efectos secundarios molestos. El Topiramato es un nuevo antiepiléptico, con menos efectos secundarios.

Objetivos:

Evaluar la eficacia del Topiramato, en el control del dolor neuropático en pacientes oncológicos.

Materiales y Métodos:

Es un estudio prospectivo, controlado, abierto. Participaron 20 pacientes que presentaron dolor neuropático igual o superior a 4 en la escala de valoración de dolor neuropático; se les administró 25 mgs hora sueño; la medición del dolor se realizó cada 3 días, aquellos q continuaran igual o superior a 4 tenían incremento del 100% de la dosis, dividida en dos tomas, hasta una dosis máxima permisiva de 1600 mgs día.

Resultados:

La mejoría del dolor neuropático en pacientes oncológicos se evidenció en las primeras 72 horas de iniciado el tratamiento. Las dosis variaron desde 25 hasta 200 mgs día. La dosis mas efectiva fue de 200 mgs día. Los principales efectos colaterales fueron somnolencia, mareo y diarrea.

Discusión:

El Topiramato produce un alivio significativo del dolor neuropático en pacientes oncológicos, con dosis menores a las permitidas por día y menores efectos colaterales que los otros fármacos utilizados para dolor neuropático.

Conclusión:

EL Topiramato es eficaz para controlar el dolor neuropático en pacientes oncológicos.



46
EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS DE TRABAJO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL TRANSITO CACERES DE ALLENDE

Autores: Dra. Silvestre Ana Maria (Coordinadora) Lic. en Enfermería Rita Valdez.
Ciudad de Córdoba . Argentina

Introducción:

La Unidad de Cuidados Paliativos fue creada por Resolución Interna en Julio de 1998. Debido al creciente número de pacientes con neoplasia de pulmón en fase avanzada. Dado que nuestro hospital fue fundado en 1917, como Asilo Hospital para enfermos tuberculosos. Es transferido al ámbito de la Provincia de Córdoba en 1951.

Transformándose en Hosp..polivalente en el año 1990, pero aún mantiene un fuerte perfil neumonológico. Nuestra Unidad se organiza como un Equipo Terapéutico Interdisciplinario, para elaborar una estrategia de procedimientos asistenciales a pacientes terminales y su familia.

Objetivos:

Realizar un análisis descriptivo de la población de pacientes que asisten a la UCP desde su inicio: Julio 1998 a Diciembre 2003.

Demostrar ventajas del accionar de la UCP para el Hosp.. T. C. De Allende.

Material y Método:

Análisis descriptivo,. Retrospectivo de la totalidad de pacientes, para lo cual los instrumentos de evaluación fue una planilla confeccionada por la Unidad dónde constan las siguientes variables: N° de casos, sexo, edad, servicio del que proviene, si es derivación o interconsulta , diagnóstico, tratamiento que recibió. N° de internaciones por la UCP y días de internaciones por otros servicios, monitoreo telefónico y lugar de defunción.

Resultados:

Analizamos todas las variables propuestas dónde se obtuvieron los siguientes resultados: n° total de pacientes 444, sexo femenino 44,14 %, masculino 55,85%, la edad promedio fue de 60,01 años, respecto a los servicios: derivaciones e interconsultas. Derivaciones e Interconsultas 12,16%, otros servicios 65,55 de los cuales el 16,21% son por demanda espontánea. Referido al diagnóstico la mayoría de los casos son patologías oncológicas. Promedio de días de internaciones por la UCP 12,6% días. Otros servicios promedio 38,65 días. Los fallecidos en domicilio serán presentados por año. Al igual que los fallecidos en el Hospital. También tenemos pacientes sin datos o que viven en la actualidad.

Conclusiones:

De dicho análisis se puede observar el n° creciente de pacientes por año. Al igual el aumento de prestaciones: año 2000 : 565 prestaciones, año 2001: 1800 prestaciones. Año 2002: 2071 prestaciones. Año 2003: 2490 prestaciones.

Lo cual expresa que su organización responde a una necesidad institucional.

Respecto de las ventajas se puede inferir que en los dos últimos años del accionar de la UCP, se objetiva mayor n° de pacientes fallecidos en el domicilio, de los cuales utilizaron el monitoreo telefonico.



47
INCONVENIENCIA DE LA INCORPORACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (CPP) EN LA UNIDAD DE ADULTOS

Kamel C., Bonilla P. Instituto Oncológico Luis Razetti, Caracas, Venezuela.
Carolinakamel @cantv.net, vamopan @telcel.net.ve

Oral

Introducción:

Millones de niños en el mundo entero están afectados por cáncer. La mayoría de los casos ocurren en países en vías de desarrollo. En Venezuela no existe atención integral de niños enfermos terminales, situación que nos impulsó a iniciar los CPP en la unidad de Cuidados Paliativos (CP) de adultos del Instituto Oncológico Luis Razetti de Caracas.

Materiales y métodos:

Se evaluaron 25 pacientes pediátricos oncológicos atendidos en las áreas de hospitalización y en consulta externa. Utilizamos la escala de valoración de síntomas y asistencia a los controles.

Resultados:

Todos los pacientes fueron hospitalizados con mejoría de la sintomatología física. El 75% permaneció triste y angustiado. El 30% tuvo controles periódicos y sucesivos, El 70% reingresó por evolución de la enfermedad y control inadecuado de los síntomas y el 80% falleció.

Discusión:

Observamos inconvenientes en la atención. Consideramos que esto último está relacionado con los siguientes factores: Desconocimiento de la existencia de CP a nivel nacional, escasas y tardías referencias por oncología pediátrica, infraestructura inapropiada, insuficiente personal de salud entrenado, percepción inadecuada del trabajo del paliativista por los pediatras oncológicos, encarnecimiento terapéutico por parte de los médicos y la familia ante la muerte, falta de hospitalización domiciliaria, pobreza de la población, domicilio lejano y difícil acceso.

Conclusiones:

Necesidad de crear unidades CPP individuales, flexibles y de acuerdo a las necesidades de la población. Educación al personal sanitario, familia, comunidad y autoridades. Implementación de programas dirigidos a obtener recursos, definir costos operacionales, crear equipos multidisciplinarios y desarrollar sistemas integrados de suministro de medicamentos, brindando una atención integral tanto al niño como a su familia.

48

CONCEPTOS, CONTROVERSIAS E INDICACIONES DE SEDACION EN EL PACIENTE TERMINAL

Dra. Argelia Lara Solares

Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa - Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" - México, D. F.

Definición:

Se entiende por sedación terminal, la administración *deliberada* de fármacos que disminuyan el nivel de conciencia superficial o profundamente, de forma transitoria o permanente, con la intención de aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico *inalcanzable* con otras medidas, con el *consentimiento* implícito, explícito o delegado del paciente.

Concepto:

El de la sedación terminal, es un proceso que involucra intervenciones farmacológicas encaminadas a inducir o mantener un nivel de conciencia reducido, para aliviar síntomas refractarios en la enfermedad terminal. El propósito es disminuir el estado de alerta/conciencia del paciente por síntomas que causan distress. La sedación terminal no tiene como objetivo acortar la vida del enfermo, sólo disminuir su nivel de conciencia. Se debe considerar sin embargo, que el "principio del doble efecto" opera en esta situación, y hay que considerarlo en la toma de decisiones.

El debate en la sedación terminal, continúa generando controversia, sin embargo, con estricto apego a los valores bioéticos universales, en la práctica clínica hay situaciones donde es evidente la necesidad de sedación al final de la vida, cuando otras medidas han fracasado, y el paciente se encuentra en una situación límite de sufrimiento.

Principios Bioéticos

Retomando los principios de No Maleficencia y Beneficencia, y a la luz de los conocimientos actuales, se debe considerar, que:

- La acción de sedar en sí misma, desde el punto de vista bioético, no es buena ni mala, es necesaria en algunas circunstancias.
- La prioridad y la intención debe ser en función del beneficio del paciente, y de una correcta toma de decisiones.
- Es tan malevolente administrar un fármaco con la idea de producir la muerte del enfermo, como no administrar un sedante y permitir que el paciente sufra innecesariamente.

Clasificación de la sedación terminal.

- Sedación terminal terapéutica: "Es el uso de medicación sedante, para aliviar distress intratable y refractario mediante la reducción en la conciencia del paciente.
- Subcategorías propuestas:
 - Grado de sedación (Ligera-Profunda)
 - Duración (Reversible-Irreversible)
 - Fármacos que la inducen (Efecto primario o secundario)

Indicaciones Clínicas.

- Delirium agitado refractario al tratamiento con neurolépticos,
- Disnea no controlable con tratamiento máximo estándar,
- Cualquier síntoma refractario que no sea controlable pese a los mejores cuidados.
- Emergencias específicas:
 - Convulsiones (Status epilepticus),
 - Estridor agudo (Sofocación),
 - Sangrado masivo,

Preguntas que es necesario responder antes de iniciar la sedación terminal.

- ¿Ha sido bien evaluada la posibilidad de haber identificado todos los factores potencialmente reversibles?
- ¿Se han hecho las interconsultas necesarias con otros especialistas?
- ¿Las técnicas no-farmacológicas han sido ensayadas y agotadas?
- ¿Las metas de la sedación han sido explicadas y discutidas con el enfermo y su familia?
- ¿Se ha llegado a un consenso como resultado de esta discusión?
- ¿Se ha considerado la posibilidad de sedación temporal?

Revisión de la literatura clínica. La sedación terminal es un procedimiento que se puede considera habitual en Cuidados Paliativos. La literatura médica, muestra una gran disparidad en la frecuencia de sedación reportada. En una revisión de la literatura de los últimos 10 años, se analizó cómo manejan la sedación diferentes grupos médicos.



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos

"Dr Eduardo Méndez"

Resultados:

Se encontraron trece trabajos, todos descriptivos, que ofrecen información retrospectiva o prospectiva. La metodología empleada en ellos es muy heterogénea. De todos los trabajos, sólo cinco incluye una definición de sedación terminal. Otros seis trabajos también incluyen la sedación como objeto de estudio, pero no era el principal objetivo. La frecuencia son que se usa sedación varía entre el 1 y el 52%, siendo la mediana de 25%. Las razones más frecuentemente reportadas para sedar, fueron: Disnea, Dolor y Agitación/Delirium. Son pocos los estudios que reconocen el distress psicológico como causa de sedación. No parece que la frecuencia de sedación sea diferente si se considera el lugar de atención (hogar u hospital), o si las razones son sólo físicas o físicas y psicológicas. Los fármacos más utilizados para sedar fueron: midazolam y haloperidol empleados por vía subcutánea. La supervivencia del paciente a partir de la sedación es consistentemente breve, siendo la media de 2,4 días, variando entre 1,3 y 3,9 días. En dos trabajos comparan la supervivencia entre los que se sedaron y los que no, y no encontraron diferencia. Sólo en cinco trabajos se habla del consentimiento del paciente y/o familia.

Recomendaciones en sedación terminal. Es preciso individualizar la decisión terapéutica para cada paciente. Cualquier actitud que influya directamente sobre el tratamiento de un enfermo terminal, y que pueda afectar su expectativa de vida, debería ser adoptada de manera consensada por quienes le atienden. Si es posible se debería conocer y respetar la actitud y/o la decisión del paciente y su familia. No se deben suprimir los cuidados elementales de higiene y confort, ni suspender la medicación elemental para el control sintomático. Se deben omitir o suspender los tratamientos médicos que no se dirijan a producir un alivio si es predecible que no afectan de manera significativa el pronóstico del enfermo. Se puede plantear la sedación como última medida de control de síntomas.

Conclusión:

La sedación debe considerarse como una parte del arsenal terapéutico, cuya aplicación este sometida a un objetivo benevolente (intencionalidad), y a una toma de decisiones adecuada, que contemple la situación clínica y los deseos del paciente siempre que esto sea posible, o en su caso, de la familia.

49
PROCESO DE INSERCIÓN DE LA RESIDENCIA DE TERAPIA OCUPACIONAL (RTO) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS (UCP).

UCP Hospital E. Tornú. Fundación FEMEBA,
RTO, Hospital E. Tornú, Dirección Capacitación, SSGCBA,
Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

La intervención de TO en CP facilita el proceso de cambio, brindando a la persona enferma herramientas para encontrar una respuesta adaptativa, usando habilidades presentes en la vida cotidiana acorde a sus intereses personales. Sin embargo no existe formación sistemática en CP para TO. La RTO de la Secretaría de Salud de Buenos Aires incluye, desde 1999, entre sus ámbitos de capacitación en servicio, la UCP del Hospital Tornú-Fundación-FEMEBA.

Objetivo:

a) Describir el proceso de inserción de la RTO y las diferentes actividades desarrolladas tendientes a mejorar la capacitación y la calidad de atención optimizando el trabajo integrado en la UCP. b) Presentar las prestaciones brindadas por la RTO para la UCP durante el período julio/ diciembre 2003.

Método:

Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal.

Resultados:

a) Proceso de inserción: Progresivamente, se implementan cambios en la modalidad de colaboración con el objetivo de optimizar la asistencia y docencia conjunta. Pueden citarse: participación sistemática en reuniones de equipo de la UCP, implementación de nuevos registros en historias clínicas, difusión de criterios de derivación y de información sobre el rol profesional, evaluación de todos los pacientes internados en la UCP, realización de una reunión mensual entre RTO y coordinación UCP, clases.

b) Prestaciones período julio/ diciembre 2003: Población asistida: 30 pacientes seguidos por el equipo de CP, un 67% internados en la UCP, 23% en otras unidades y un 10 % en forma ambulatoria. 28 pacientes con cáncer avanzado, 1 insuficiencia respiratoria y 1 recibía seguimiento de duelo. Prestaciones: 687, 38% intervenciones de tratamiento, 19 % reuniones internas de la residencia (discusión de planes de tratamiento), 15 % interconsultas con el equipo de CP (intercambio de información), 13% clínica de familiares, 4 % evaluaciones iniciales.

Conclusión:

La evolución de la colaboración, en sus distintas modalidades, ha determinado la consolidación de la inserción de la RTO en la UCP. Se considera que el trabajo conjunto sistemático, posibilita la detección temprana de necesidades factibles de canalizar en la población asistida y contribuye a una capacitación en aspectos específicos de TO y CP. Futuros estudios deberán evaluar el impacto en la calidad de atención que pueden tener la intervención del TO como profesional estable en UCP.

50 EFECTOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

A. Montañez
Instituto Oncológico "Luis Razetti"
Caracas, Venezuela
angelamont@cantv.net

Introducción:

A medida que avanza la ciencia y la tecnología se ha incrementado la población con enfermedades crónicas y malignas. Como consecuencia la medicina paliativa ha resurgido como alternativa para los pacientes oncológicos.

Objetivo:

Demostrar que la aplicación de los Cuidados Paliativos integrales sobre los síntomas físicos y emocionales, mejora la calidad de vida del paciente oncológico mediante un estudio descriptivo y prospectivo.

Método:

Se evaluaron 24 pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Paliativos durante el periodo comprendido entre Septiembre-Octubre del 2002, al momento de su ingreso a la unidad se les interrogó sobre los aspectos físicos (dolor, náusea, hábito intestinal), y emocionales (ansiedad y depresión) siendo estos los indicadores que fueron reevaluados posteriormente a los 7 y 15 días de iniciados los cuidados paliativos. El dolor fue evaluado según la EVA, la ansiedad y depresión se midió a través de la escala HADS (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión).

Resultados:

El 66.7% de los pacientes tuvo edades comprendidas entre 50 y 69 años. Al ingreso el 100% de los pacientes tenía dolor, se logró disminuir la presencia del mismo en un 62.5%. Se logró una mejoría de las náuseas (54.2% a 25%) y del estreñimiento severo (20.8% a 8.3%). Se evidenció una reducción tanto en el porcentaje de pacientes con ansiedad (54.2% a 12.5%) como en los pacientes con depresión (58.3% a 37.5%).

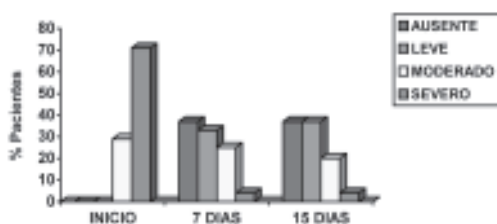
Conclusiones:

En base a los resultados obtenidos se puede concluir que los cuidados paliativos permiten mejorar tanto los síntomas físicos como los emocionales mejorando la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Palabra Clave:

Cuidados Paliativos. Calidad de Vida. Cáncer.

Dolor:





51

CURSO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA ANTE EL PACIENTE CON DOLOR

Experiencia del Departamento de Capacitación "Bernardino Rivadavia" (DCBR), Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

M. Junin, M. E. Pérez

E-mail: juncal@netizen.net.ar - Lic. Enf. Marta Junin

En nuestro país, enfermería ha expresado su necesidad de formación en el alivio del dolor, a partir de una intensa participación en todas las actividades relacionadas con el cuidado de las personas que padecen dolor agudo y crónico de origen oncológico. El DCBR brinda capacitación al recurso humano de los 33 hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, con el objetivo de mejorar la calidad de la prestación de salud en los diferentes niveles.

Objetivos:

Describir características, propósitos, contenidos, metodología, evaluación y resultados del Curso de Intervenciones de Enfermería ante el Paciente con Dolor.

Es un curso teórico-práctico que propone estimular la participación de enfermería en la atención de pacientes con dolor agudo o crónico y actualizar conocimientos acerca del tratamiento farmacológico y las técnicas no farmacológicas utilizadas para el alivio del dolor.

Se describen los contenidos y las modalidades pedagógicas aplicadas. A partir de la práctica desarrollada en los servicios de los diferentes hospitales, se realizó una investigación de los registros utilizados y se elaboró un instrumento único de registro de dolor para enfermería, con la finalidad de lograr su implementación en los hospitales del GCBA: la Hoja de Enfermería para la Valoración Inicial y Continua del Dolor.

Resultados:

A partir del año 2000 y hasta el 2003, se han desarrollado 6 cursos con una carga horaria de 80 horas dirigidos a enfermeros profesionales y licenciados, egresando 176 colegas; y 3 cursos de 54 horas dirigidos a auxiliares de enfermería, con 74 egresados. Total: 250.

Conclusiones:

Este curso del DCBR propone como objetivos escalonados: impregnación en la temática de dolor, actualización y perfeccionamiento del recurso humano de enfermería de los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



52

CURSO DE ACTUALIZACION EN CUIDADOS PALIATIVOS

Experiencia del Departamento de Capacitación "Bernardino Rivadavia" (DCBR), Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

M. Junin, M.E. Pérez

E-mail juncal@netizen.net.ar - Lic. Enf. Marta Junin

Respondiendo a las directivas de la Organización Mundial de la Salud relacionadas con la formación de enfermería en el Cuidado Paliativo, el DCBR brinda capacitación al recurso humano de los 33 hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con el objetivo de mejorar la calidad de la prestación de salud en los diferentes niveles.

Objetivos:

Describir características, propósitos, contenidos, metodología, evaluación y resultados del Curso de Actualización en Cuidados Paliativos.

Es un curso presencial que propone crear un espacio de reflexión y análisis de las actitudes de enfermería frente al paciente muriente, brindar conocimientos básicos que permitan desarrollar una intervención eficaz en el cuidado de las personas con enfermedad terminal y su familia, e incorporar habilidades para el manejo de estas situaciones.

Se describen los contenidos desarrollados a través de diferentes modalidades pedagógicas que permiten incentivar la participación activa del educando, talleres de reflexión sobre experiencias vivenciales, análisis de casos clínicos, juego de roles, mesas redondas. Los talleres de pequeños grupos de discusión brindan la oportunidad de compartir experiencias con los colegas de los diferentes servicios y hospitales, lográndose un intercambio enriquecedor.

Resultados:

A partir del año 1998 y hasta el 2003, se han desarrollado 6 cursos con una carga horaria de 50 horas dirigidos a enfermeros profesionales y licenciados, egresando 139 colegas; y 5 cursos de 40 horas dirigidos a auxiliares de enfermería, con 81 egresados. Total de asistentes en los dos niveles: 220.

Conclusiones:

Este curso se considera una propuesta de capacitación del recurso humano de enfermería de los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el área de educación en Cuidados Paliativos; es no arancelado y el personal es comisionado permitiéndoles la asistencia al mismo una vez a la semana, durante su horario de trabajo.



54

CUIDADOS PALIATIVOS (CP) Y DE SOSTÉN (CS) EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DE CMPFA.

Yulan, A. , Fernandez C., Gidekel R., Boso G., Jovtis S.

Introducción:

Los CP consideran el morir como un hecho natural, dan soporte al paciente (ps) y su familia, controlando el dolor y otros síntomas, y teniendo como objetivo final el bienestar, la calidad de vida y la dignidad de muerte.

Objetivos:

- 1) Describir terapéuticas destinadas a CP y CS.
- 2) Analizar el n de ps. que ingresaron a CP y las causas que lo motivaron.

Pacientes y métodos:

Análisis retrospectivo y observacional de 225 ps. asistidos desde 1/01/002 al 30/06/002, siendo las terapias instituidas transfusiones, intervenciones quirúrgicas, RT paliativa, analgesia, sedación.

Resultados:

- 1) ingresaron en CP y CS 60/225 ps.(26,6%)
- 2) edad promedio: 70 años (R39-95)
- 3) Karnofsky al ingreso: mediana 50%(R 20-90)
- 4) sitios metastásicos prevalente: 50% hígado, 23,3%, pulmón y 13,3% hueso
- 5) 35% de los ps. y 60 % de los familiares mantuvieron entrevista psicológica
- 6) 25% recibió morfina.(1-150 días.).
- 7) 11,6% requirió sedación.

Conclusiones:

- 1) en función del trabajo interdisciplinario 41,6% de los ps. fallecieron en el domicilio.
- 2) las dosis crecientes de morfina jarabe no constituyeron situaciones problemáticas, sin muertes asociadas a su toxicidad
- 3) no se utilizó fentanilo, oxicodona, morfina de liberación controlada, ni eritropoyetina, obteniendo una óptima relación costo/eficacia
- 4) 73,3% de los ps recibieron CP y CS como única terapia revelando el mal estado general con que concurren a la 1er consulta.



55

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS, CHILE

N.Rodríguez¹, Comité Cuidados Paliativos Pediátricos², Ministerio de Salud.

Introducción:

En Chile el cáncer (Ca) es desde hace 30 años la 2ª causa de muerte en niños menores de 15 años. Se estima entre 400-480 casos nuevos de niños con Ca. al año, el 85% se tratan en el Sistema Público de Salud. Desde 1988 y dependiente del Programa Nacional de Cáncer (PNCA) del Ministerio de Salud, emerge el Programa de Ca. Infantil (PINDA). Las estrategias de diagnóstico, tratamiento, seguimiento oportuno y calidad, incluidas en los 33 protocolos nacionales permiten una supervivencia global (SLE) 75%. Desde 1994 y también dependiente del PNCA emerge el Programa de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos (PAD y CP). El año 2002, se realizó el consenso nacional de los protocolos de tratamiento del dolor y control de síntomas para niños con cáncer en etapa avanzada; desde Enero 2003 se organizan equipos multidisciplinares al interior de cada uno de los 13 centros PINDA del país, quienes están encargados de la atención integral de los pacientes oncológicos pediátricos.

Objetivos:

Caracterizar la población infantil atendida en las Unidades de CP y describir las actividades desarrolladas por los equipos en el período de un año (Enero a Diciembre 2003).

Pacientes y resultados:

Todos los niños con Ca. avanzado del sector público, en total 62 pacientes, sin diferencia de sexo, con edad entre 8 meses a 20 años. El 32,2% de los diagnósticos de ingreso al PAD y CP correspondió a Leucemia aguda, el 25,8 % Tu SNC, 11,3 % Tu óseos. El promedio de días de permanencia en CP fue 55 días (rango 9 - 120). El dolor fue el principal síntoma evaluado por FLACC, Wong y EVA. Más de la mitad de los niños presentó dolor tipo mixto. Recibió atención exclusiva en domicilio el 65% de los niños y el fallecimiento se produjo en el hospital en el 60% de los pacientes. Cada equipo coordinó la atención del niño de otras regiones del país, controló el dolor y otros síntomas en domicilio y/o hospital y se encargó de la educación para el autocuidado y acompañamiento a la familia.

Conclusiones o Comentarios:

Los niños con Tu SNC representan el grupo que requiere mayor número de atenciones y de mayor complejidad en CP. El 100% recibió el tratamiento según los Protocolos Nacionales. Los niños requieren atención flexible y de acuerdo a sus necesidades y las de su familia. El equipo de CP debe trabajar en forma estrecha con el resto del equipo oncológico para asegurar una atención integral y continua. **(Footnotes)**

¹Hematooncóloga , Jefe Unidad Cuidados Paliativos Pediátricos Hospital Roberto del Río Santiago de Chile.

² Equipos de las 13 Unidades de Cuidados Paliativos Pediátricos del país.



56

CUIDADOS PALIATIVOS EN PAÍSES EN DESARROLLO: RETOS Y RECURSOS

Plenaria

Liliana De Lima, MHA

Objetivos a Cumplir:

Al final de la sesión, los participantes habrán aprendido sobre:

1. Las enfermedades y condiciones que afectan a los países en desarrollo y sus estadios epidemiológicos;
2. Retos principales a los que se enfrentan los trabajadores de la salud y en especial los especialistas en cuidados paliativos;
3. Recursos disponibles para cuidados paliativos en países en desarrollo;
4. Como las diferentes condiciones sociales, económicas y culturales afectan el desarrollo de los cuidados paliativos en países en vía de desarrollo;
5. Estrategias costo efectivas que han sido aplicadas con éxito en otros países;
6. El rol que juegan instituciones multilaterales en la promoción y el desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo.

Resumen de la Presentación:

En esta presentación se dará un resumen de las condiciones relevantes al mundo en desarrollo y los recursos disponibles para el tratamiento. Se hará énfasis en la necesidad apremiante de proveer cuidados paliativos a los pacientes que sufren con enfermedades avanzadas y se discutirán las siguientes barreras:

1. Condiciones socioeconómicas de los pacientes y las instituciones que afectan la eficacia de los servicios;
2. Aspectos culturales que influyen en el comportamiento y las actitudes que pueden chocar con algunas recomendaciones clínicas
3. Falta de educación de los médicos y los trabajadores de la salud y que ha resultado en carencias y fallas en los cuidados.

Se presentarán estrategias y modelos que han sido aplicados con éxito y se hará énfasis en las soluciones que han sido aplicadas y su aplicabilidad en otros programas.



57
USO DE METADONA EN PEDIATRÍA EN UN PERIODO DE 9 AÑOS. CLÍNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS, HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS. SAN JOSÉ, COSTA RICA.

Autores: Irola, J; Quesada, L.
Correo electrónico: tiapipe2001@yahoo.com.mx

Introducción:

El estudio muestra las ventajas del uso de metadona con base en más de 13 años de experiencia en nuestro centro hospitalario.

Objetivo:

Caracterizar a todos los pacientes manejados en esta clínica en quienes se utilizó metadona y que fallecieron entre 1995-2003.

Materiales y Métodos:

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo mediante la revisión de expedientes clínicos.

Resultados:

59 pacientes entre 0 y 20 años, en su mayoría con neoplasias del SNC y hematológicas con dolor severo al ingreso. Se utilizó metadona como droga de primera elección debido al tipo de tumor e intensidad del dolor (47%), a una dosis de 5mg tid vo que se mantuvo constante hasta su muerte (57%), con alivio completo del dolor (54%) y reducción de intensidad a leve 35.6%. El 69.5% no presentaron efectos adversos al medicamento. En el restante 30.1%, constipación fue el más representativo.

Discusión:

Uso en amplio rango de edades con seguridad. No efectos secundarios importantes. Metadona atraviesa barrera hematoencefálica en un 100% de ahí uso en patología de SNC. En todos los pacientes se consiguió buena analgesia con mínimo incremento. De los pacientes que se iniciaron con morfina, al 84% se les debió rotar a metadona ya que no se consiguió la respuesta analgésica deseada, lo cual además significó una disminución en efectos tóxicos indeseables de la morfina, una mejor analgesia y calidad de vida; permitiéndole a un 85% de los pacientes morir tranquilamente en el hogar.

Conclusión:

La metadona es una droga eficaz, con amplio rango de seguridad para uso pediátrico hospitalario y en el hogar.

58
LEVOMEPRIMAZINA EN BAJAS DOSIS EN EMESIS REFRACTARIA EN PACIENTES CON CANCER AVANZADO

Eisenchlas J, Garrigue N, Junin M, De Simone G.

Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Bonorino Udaondo y Pallium Latinoamérica. Buenos Aires, Argentina.

e-mail: jeisen@fibertel.com.ar

Antecedentes:

Los pacientes con cáncer avanzado y emesis que no responden a tratamientos antieméticos de primera línea suelen requerir esquemas que usualmente combinan dos o más drogas, disminuyendo la adherencia y sumando efectos adversos y mayor costo económico al tratamiento. Se ha postulado que dosis bajas de levomepromazina (LVMPZ) podrían ser útiles en estos pacientes, si bien no ha sido publicada una evaluación prospectiva y sistemática de su efectividad.

Objetivos:

Evaluar en forma prospectiva a través de un estudio abierto la efectividad y toxicidad de la LVMPZ en "baja dosis" en pacientes con cáncer avanzado y emesis refractaria severa.

Material y métodos:

Setenta pacientes consecutivos con cáncer avanzado y emesis severa (>7/10 según EVA) refractaria a primera línea de tratamiento fueron tratados con LVMPZ en bolo por vía S.C. (*mediana de dosis diaria: 6.25mg; rango: 3.12-25*) registrándose EVA para náuseas y número de vómitos al inicio y a las 48hs de tratamiento; se registró asimismo posibilidad de retirar SNG y efectos adversos de LVMPZ.

Resultados:

La administración de LVMPZ en bajas dosis estuvo asociada con disminución de las náuseas a las 48hs post-tratamiento (*mediana=8/10 vs. 1/10; percentilo 25-75%= 7-8 vs. 0-2; p <0.0001*); el 92% de los pacientes en que pudo registrarse el número de vómitos a nivel basal no presentaban vómitos tras 48hs de tratamiento y pudo retirarse la SNG en los 11 pacientes que habían sido sondados antes de recibir LVMPZ. El efecto adverso más frecuente fue la sedación (*mediana= 2/10; percentilo 25-75%= 1-3*), la cual no estuvo correlacionada con la dosis de LVMPZ administrada.

Conclusión:

El tratamiento con bajas dosis de LVMPZ constituye una opción efectiva y segura para el tratamiento de la emesis severa y refractaria en pacientes con cáncer avanzado sin respuesta a una primera línea de tratamiento antiemético.



59

ADAPTACION TRANSCULTURAL DE UNA ESCALA DE RESULTADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS (PALLIATIVE OUTCOME SCALE): PRIMER PASO DE UN ESTUDIO DE VALIDACION

Eisenchlas J, De Simone G, Garrigue N, Jacob G, Rodríguez L, Tripodoro V, Gramsci G, Contreras N, Portel C.
Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Bonorino Udaondo y Pallium Latinoamérica. Buenos Aires, Argentina.
e-mail: jeisen@fibertel.com.ar

Antecedentes:

La mayor parte de las herramientas capaces de medir resultados (*outcomes*) en Cuidados Paliativos no han sido desarrolladas en castellano, por lo cual para aplicarlas en nuestro medio debemos desarrollar alguna *de novo* o validar al castellano aquella que acordemos utilizar. Antes de encarar la validación del instrumento resulta ineludible efectuar la adaptación transcultural del mismo, sin la cual la validación carece de confiabilidad.

Objetivos:

Efectuar la adaptación transcultural del POS (*Palliative Outcome Scale, Higginson I.*) en forma acorde a estándares internacionales de adaptación de cuestionarios de calidad de vida.

Material y métodos:

Luego del contacto inicial con los autores del POS se realizaron: a- traducción y síntesis al castellano; b- retrotraducción al idioma original; c- revisión por comité de expertos (médicos, enfermeras, traductores y lingüistas); d- prueba de campo a través de entrevistas personales (n=35) semiestructuradas y análisis cualitativo de las mismas.

Resultados:

Se redactó la versión de adaptación transcultural en castellano (Argentina) a fin de dar inicio luego a los estudios de validación pertinentes.

Conclusión:

La versión en castellano del POS difiere de una traducción literal de dicha herramienta, lo que ilustra la absoluta necesidad de realizar este paso de "adaptación transcultural" en forma previa a cualquier estudio de validación de escalas desarrolladas en lengua extranjera.



60

AUDITORIA CLINICA EN CUIDADOS PALIATIVOS: *SU IMPORTANCIA EN LATINOAMÉRICA*

Plenaria:

Dr. Jorge H. Eisenchlas (Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos)

Objetivos generales:

- Comprender la mecánica del ciclo de la Auditoría Clínica.
- Valorar la necesidad de su aplicación en el ámbito de los Cuidados Paliativos.

Objetivos específicos:

- Fijar las bases para el desarrollo de emprendimientos de auditoría clínica sistemática y consistente a nivel local, regional y nacional en países latinoamericanos.
- Favorecer la implementación de estándares que definan cómo debe operar un Equipo de Cuidados Paliativos en los distintos ámbitos de asistencia (Hospital, UCP, domicilio).

Nivel:

Alto

Resumen de la presentación:

Si bien la práctica de procesos de auditoría en el ámbito de la salud data de varios años y ha sido ampliamente recomendada, la misma no ha sido aún implementada en forma sistemática en parte de Latinoamérica. Los objetivos de la Auditoría Clínica en Cuidados Paliativos (CP) consisten en el mejoramiento en la calidad del servicio brindado, algo a lo que aspiramos en forma unánime quienes nos desenvolvemos en este ámbito profesional.

Múltiples factores, dependientes tanto de los profesionales como de los sistemas de salud influyen negativamente en el desarrollo de esta actividad cíclica, en la cual estándares prefijados son confrontados con la práctica corriente, introduciéndose los cambios necesarios a fin de alcanzar el estándar considerado adecuado.

En países en los cuales los CP se expanden día a día resulta imperioso asegurar que los distintos programas de asistencia, educación e investigación en CP satisfacen las necesidades de sus usuarios, algo que difícilmente pueda evidenciarse si no realizamos Auditoría Clínica en forma sistemática y consistente.



61

¿CÓMO CUIDAMOS A NUESTROS PACIENTES TERMINALES?

Licenciada María Cristina Camejo
Montevideo Uruguay
cristinacamejo@yahoo.com.ar

Objetivo:

Conocer la formación de la enfermería que trabaja en la asistencia de pacientes terminales.

Introducción:

En los últimos años, estamos presenciando, en el mundo, profundos cambios en el área de la salud y sus cuidados. Esto se debe fundamentalmente al aumento de enfermedades crónicas, del envejecimiento de la población. y de la tecnología médica que favorece la supervivencia.

Estas razones hacen que las intervenciones de los profesionales de la salud se orienten a mejorar la calidad de vida y a brindar apoyo a las personas que viven una enfermedad crónica y luego su terminalidad.

Las enfermeras, siempre estamos cercanas a los problemas de los pacientes, en todas las etapas del ciclo vital, por lo tanto también estamos muy cerca de la terminalidad de la vida.

Los pasos de la evolución mundial, al respecto indican como prioridad la formación de los recursos humanos.

La adquisición de conocimientos, para poder brindar cuidados adecuados y oportunos a los pacientes y familias, ofreciendo el mejor control de los síntomas, soporte y apoyo, adquieren una importancia destacada de acuerdo a lo expresado por los expertos de la OMS. Sin embargo, la realidad de nuestra Sudamérica, es otra.

Este trabajo pretende conocer que conocimientos aplicamos, las enfermeras Uruguayas, en la asistencia a los pacientes terminales, y demostrar la necesidad de formación específica al respecto.

Material y métodos:

El estudio fue diseñado como descriptivo transversal.

Se está llevando a cabo en este momento, en la ciudad de Montevideo, en instituciones que cuentan con áreas intra y/o extrahospitalarias que brindan Cuidados Paliativos.

Los sujetos de estudio fueron enfermeras de los dos niveles de formación que trabajan en la asistencia directa.

La recolección de datos se está llevando a cabo mediante cuestionario. La elaboración del mismo se hizo en base a las siguientes variables:

- ser Auxiliar de Enfermería
- ser Licenciado/a en Enfermería
- trabajar en la asistencia directa
- grado de conocimientos sobre los pilares fundamentales de los cuidados paliativos (control del dolor, control de otros síntomas, trabajo en equipo, apoyo psicoemocional).

El trabajo aún está en la etapa de recopilación de datos.

62
DOLOR POR NECROSIS ASÉPTICA DEL FÉMUR SECUNDARIO AL TRATAMIENTO CRÓNICO CON CORTICOESTEROIDES: CASO CÍNICO.

M. De Muria, R. Mertnoff

Correo electrónico: mdemuria@hotmail.com; rmertnoff@infovia.com.ar

Hospital de Clínicas , Universidad de Buenos Aires

Introducción:

El dolor por Necrosis Aséptica del Fémur secundario al tratamiento crónico con corticoesteroides es un efecto adverso infrecuente (menor al 1%) y por lo tanto pocas veces considerado. Ocurre por estimulación osteoclástica que debilita la travécula ósea. Caso: Mujer de 15 años con Carcinoma indiferenciado de Cávum. En tratamiento oncológico específico (5FU/ Bleomicina/ Cisplatino) 3 ciclos y RT, con franco retroceso de masa tumoral. Presenta dolor somático cervical 4/10 Recibe Morfina (5 mg c/4 hs.), Dexametasona 4 mg/d y Paracetamol en dosis variables con buena respuesta. TAC de macizo facial: conglomerado ganglionar cervical ½ izquierdo retrovascular en relación con cara profunda del ECM. Se practica vaciamiento ganglionar disminuyéndose la dosis de morfina hasta suspenderla. Comienza con dolor tibial que cede espontáneamente o al reposo progresando a rodillas y tobillos. Se incrementa el paracetamol (6.000 mg/d) y se regla nuevamente morfina 2.5mg c/ 4hs. Densitometría ósea: descenso importante de la masa ósea p/ su edad. TAC de tercio distal de fémur izquierdo: defecto cortical focal altamente sugestivo de necrosis avascular. Recibe Raquiferol D2â 3gr/ semanales y Ca2+ 1 comp. con excelente respuesta analgésica. Se suspende el opioide manteniéndose el tratamiento mencionado por un año.

Conclusión:

Dado el uso habitual de corticoesteroides en Cuidados Paliativos, debería considerarse a esta entidad dentro de los diagnósticos etiológicos diferenciales cuando un paciente recibe dicho fármaco.



63

MALA DO MÉDICO: INSTRUMENTO DE TRABALHO DO PALIATIVISTA.

Maciel, MGS (Maria Goretti Sales Maciel).

Serviço de Assistência Domiciliar.

Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira - São Paulo - Brasil.

O Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira de São Paulo (HSPE-FMO) inaugurou em agosto de 2000 um programa de atendimento domiciliar especial para pacientes portadores de doença neoplásica, fora de possibilidade de cura.

Nos primeiros três anos, foi formada uma equipe multiprofissional que atendeu a 438 pacientes em seus domicílios no município de São Paulo e mais dez cidades da região metropolitana.

Para facilitar o desenvolvimento das visitas, conferindo-lhes a maior resolutividade possível, foi desenvolvida uma padronização de medicamentos e equipamentos a serem transportados pelo médico em sua mala pessoal.

A mala constitui-se de uma caixa do tipo multibox, com várias divisórias, onde são portados, além do material básico para exame e receituários, uns kits padronizados de medicamentos para uso oral em quantidade suficiente para atender até a três doentes por um período de três dias; e medicamentos de uso parenteral (via subcutânea ou inalatória) capaz de atender algumas das urgências mais comuns em Cuidados Paliativos.

São todos medicamentos voltados para o controle da dor e dos sintomas mais comuns em Cuidados Paliativos e para os cuidados dirigidos ao final da vida.

Esta padronização tem auxiliado na reprodução desta mala para outras equipes de cuidados paliativos.



64 DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SUBSECTOR PRIVADO DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

F. ADARO, R. MERTNOFF.
EST (Cuidados Paliativos Domiciliarios)
Correo Electrónico: felicitasadaro@encasa.com.ar

Introducción:

Aunque desde el año 2000 los Cuidados Paliativos (C.P) figuran dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO), su expansión dentro del Sistema de Salud Argentino es muy lenta. Particularmente el subsector privado, compuesto por obras sociales y empresas de medicina prepaga hace poco uso de los mismos.

Objetivo:

Determinar la potencia de la Normativa Nacional para la expansión de los C.P y analizar la información que manejan las entidades financiadoras acerca de este recurso asistencial.

Método:

Desde enero de 2001 hasta diciembre de 2003, se entrevistaron 59 entidades financiadoras del subsistema privado de salud. Hacemos un análisis de la cantidad que contaban con la prestación al momento de la entrevista. En caso contrario, se buscó determinar las razones que lo justificaran.

Resultados:

De las 59 entidades entrevistadas sólo 5 (8,5 %), manifestaron contar con C.P. Se constató la falta de conocimiento de financiadores acerca de los objetivos y metodología de trabajo en C.P. Mayormente no comprendían la diferencia con el recurso Internación Domiciliaria o con la prescripción de morfina por médicos generalistas.

Conclusiones:

La primera versión del PMO (939/00) que incluye CP es de octubre de 2000. La normativa se ha modificado, sin embargo los C.P. han permanecido como parte del Programa. Aunque faltan estudios que nos permitan relevar la evolución de los mismos en Argentina, es evidente que este recurso asistencial está siendo subutilizado. Queda claro que su sola obligatoriedad no garantiza la prestación. En Argentina mueren más de 50.000 personas por año a causa de enfermedades oncológicas, Pocas de ellas reciben C.P. en el transcurso de su enfermedad. Para modificar esta realidad es necesario promover el desarrollo de los mismos en el subsector privado de salud.

65
OBSTRUCCIÓN ARTERIAL AGUDA EN CUIDADOS PALIATIVOS
CUANDO EL SISTEMA DE SALUD INTERVIENE EN LA TOMA DE DECISIONES. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

Minatel M, Tedeschi V, Losada C, Viaggio C, Wenk R.
P.A.C.I.. Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Nacional B. Sommer
Programa Argentino de Medicina Paliativo-Fundación FEMEBA.

Introducción:

La obstrucción arterial aguda (OAA) es una emergencia médica, sólo el diagnóstico precoz y la rápida intervención pueden salvar el miembro afectado. Una vez diagnosticada es fundamental el tratamiento temprano para evitar la gangrena y amputación del miembro, y hasta la muerte.

En nuestro medio, el diagnóstico precoz y el tratamiento se hacen dificultosos por la escasez de recursos socioeconómicos. En Cuidados Paliativos la dificultad es mayor porque en la toma de decisiones hay que considerar la expectativa de vida y muchas veces la disminución de la capacidad del paciente (delirium, afasia, etc) para decidir.

Se presentan 2 casos clínicos para discutir diferencias y similitudes en la toma de decisiones.

Caso 1:

Evelyn, 68 años, austriaca, profesora de inglés. Melanoma con MTS cerebrales. Antecedentes de HTA y DBT. Inicia tratamiento en CP por angustia. Presentaba hemiparesia en MID y afasia mixta. Inició RT cerebral, antes de finalizar, comienza con dolor en MID, trastornos de temperatura en el miembro y disminución de pulsos pedio y tibial posterior. El ecodoppler arterio-venoso informa lesión severa de femoral superficial y crítica oclusión poplítea a nivel del canal de Hunter derecho. Se solicita interconsulta con cirugía vascular que se realiza a las 48 h. Se indica amputación del MID. Se habla con los familiares y la paciente, y se decide realizar la cirugía; la paciente fallece a las 72 h. por sepsis. 2 meses de tratamiento en CP.

Caso 2:

Rosa, 63 años, argentina, analfabeta, trabajadora rural, cáncer de cuello uterino con TTO radiante hacía 3 años Antecedentes de DBT Inicia seguimiento por CP por dolor mixto en MI de causa no tumoral (neuropatía diabética). Se interna en UCP por aumento de dolor en MII. Al examen físico presentaba disminución de la temperatura del miembro, y cianosis distal. Se solicita derivación a cirugía vascular, y es evaluada por cirugía vascular de otra institución sanitaria que solicita un ecodoppler e inicia anticoagulación con heparina sódica. El doppler se realiza a los 4 días del inicio de los síntomas, mostrando una oclusión a partir de la arteria femoral común. Se solicita nuevamente consulta con cirugía vascular y se realiza amputación supracondílea a las 24 h.. La paciente evoluciona bien, pasa nuevamente a UCP a los 10 días del postoperatorio y es dada de alta.

Discusión:

La realidad de la salud pública en la Argentina agrega un factor en la toma de decisiones: en las urgencias la posibilidades de resolución muchas veces están relacionadas con el factor económico que influencia los tiempos y disponibilidad de recursos. En ambas pacientes el diagnóstico clínico fue precoz, pero el diagnóstico por imágenes y la consulta al cirujano vascular llegó tardía: la resolución terapéutica fue la misma, pero los resultados diferentes.

La amputación en esta patología debe ser la última opción, luego de intentar trombolíticos, trombectomía con catéter balón Fogerty, by pass, tromboendarterectomía, etc. En nuestro medio estas alternativas están vedadas y generan impotencia en el equipo tratante que debe aceptar las limitaciones en esta área.

66 OBSTRUCCIÓN URETERAL MALIGNA BILATERAL EN CUIDADOS PALIATIVOS. ¿DEBEN REALIZARSE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS?

Cristian Viaggio, Cristina Losada, Valeria Tedeschi, María de los Ángeles Minatel, Daniel Rossi, Cristina Redondo, Roberto Wenk

P.A.C.I.. Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Nacional B. Sommer
Programa Argentino de Medicina Paliativo-Fundación FEMEBA.

Resumen:

La Obstrucción Ureteral Maligna Bilateral (OUMB.) es un problema común en CP: en algunas ocasiones suele ser la forma de presentación de las neoplasias, y otras veces se puede presentar en el transcurso de una enfermedad avanzada,. Cuando se acompaña de insuficiencia renal aguda (IRA), se debe decidir realizar o no procedimientos desobstructivos para evitar el coma urémico.

Objetivo:

Evaluar en pacientes con IRA por OUMB: causas, factores que se tuvieron en cuenta en la toma de decisiones, procedimientos indicados y evolución hasta el fallecimiento.

Método:

Se realizó la evaluación retrospectiva de las historias clínicas de 21 pacientes que fueron hospitalizados con IRA por OUMB secundaria a cánceres pelvianos en el período Enero 2001-Octubre de 2003. Se describen dos grupos de pacientes:

Grupo 1: 10 pacientes que recibieron solo control de síntomas

Grupo 2: 11 pacientes que recibieron control de síntomas y procedimientos invasivos.

Todos los pacientes habían recibido tratamiento oncológico específico de primera línea.

Grupo 1:

7 fueron mujeres y 3 hombres . La edad promedio de las mujeres fue 51.5 años y de los hombres de 69 años.

La causa más frecuente en las mujeres fue el carcinoma epidermoide de cuello uterino (85.7%), seguido del carcinoma de endometrio (14.3%). En los hombres fue el adenocarcinoma de próstata (66.6%), seguido del carcinoma transicional de vejiga. (33.3%)

En casi todos ellos se intentó sin éxito la colocación de un catéter ureteral tipo doble j, excepto en 2 pacientes que se encontraban en coma urémico y agónicos al momento de la evaluación. Todos los pacientes fallecieron por la falla renal aguda, hospitalizados y con síntomas urémicos severos; la mayoría requirió de ellos sedación.

Grupo 2:

8 fueron mujeres y 3 hombres . La edad promedio de las mujeres fue de 46.2 años y de los hombres de 68.6 años. La causa más frecuente en las mujeres fue el carcinoma epidermoide de cuello uterino (87.5 %) seguido del adenocarcinoma de colon (12.5%). En los hombres fue el adenocarcinoma de próstata (66.6%), seguido del carcinoma transicional de vejiga (33.3%)

En los 11 pacientes se intentó primero la colocación de un catéter ureteral, con éxito en solo 2. En 5 se realizó ureterostomía cutánea uni o bilateral (45.4%), en 2 nefrostomía a cielo abierto (18.1%) y nefrostomía percutánea en los 2 restantes (18.1%). Siete pacientes (63.6%) fueron dializados previo a la cirugía para estabilizar su cuadro clínico.

En los 7 pacientes que se realizaron procedimientos convencionales por falta de recursos no se registraron complicaciones severas intra-operatoria ni en el post-operatorio inmediato, y todos pudieron ser externados.

Se realizó el seguimiento hasta el fallecimiento de 10 pacientes, y se perdió contacto en 1.

Seis pacientes (54.5%) fallecieron en su domicilio junto a su familia y 4 (36.3%) fallecieron internados. El promedio de sobrevida fue de 6.3 meses.

Discusión:

Creemos que se pueden realizar procedimientos desobstructivos en pacientes que se encuentran en CP con OUMB, y que la decisión terapéutica debe ser personalizada y tomada luego de una cuidadosa decisión con el paciente y / o la familia.

67

UTILIZACIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN LA UNIDAD DE INTERNACIÓN DE UNA UCP.

Tedeschi V., Minatel M, Bonacina R, Coronel E, Méndez M, Ottone C, Vidal V, Wenk R.
P.A.C.I.. Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Nacional B. Sommer
Programa Argentino de Medicina Paliativo-Fundación FEMEBA.

Introducción:

EL uso de la vía subcutánea (SC) para el tratamiento de la deshidratación y para la administración de medicación para el control de síntomas, es de suma importancia en cuidado paliativo.

La hipodermoclisis (HDC) es una técnica simple para rehidratar cuando no se puede utilizar la vía oral que ofrece muchas ventajas sobre la vía endovenosa en esta población.

A pesar de los bajos porcentajes de complicaciones reportados en la literatura con esta técnica, hay poco registro sobre su uso en nuestro medio.

Objetivo:

Reportar nuestra experiencia con el uso de la vía SC en la Unidad de Internación de una UCP.

Método:

Se registraron de manera prospectiva diferentes características de las vías SC colocadas en el período octubre 2002 - julio 2003.

De 100 vías subcutáneas analizadas, todas colocadas por personal de enfermería capacitado en CP, 61 fueron colocadas en abdomen y 39 en tórax, 56 fueron aguja mariposa (AM) # 23, 41 # 21 y 3 # 25, y 61 fueron colocadas para HDC y 37 para administración de medicación.

La duración promedio de 2.65 días (2.23 para HDC y 3.4 para medicación). La AM fue retirada en 13 pacientes por suspensión del tratamiento, en 19 por fallecimiento, en 25 por retiro accidental; y en 43 casos tuvo que ser cambiada por complicaciones.

De las 61 AM colocadas para HDC, 36 (59%) no presentaron complicaciones y 25 (41%) sí: sangrado (9 casos), eritema (6 casos) y pérdida de suero o medicación por el sitio de punción (6 casos).

De las 37 AM colocadas para la administración de medicación 21 (56%) no presentaron complicaciones y 16 (44%) sí: sangrado (5 casos), eritema (3 casos), tumefacción (3 casos) y dolor (3 casos).

Discusión:

Nuestros datos no coinciden con respecto a los aportados por la literatura. Creemos que es de suma importancia registrar que es lo que sucede con el uso de la vía SC en los pacientes internados y ambulatorios en cuidado paliativo en nuestro medio. Los resultados serán de utilidad para identificar las medidas necesarias para evitar las complicaciones y mejorar estos resultados.



68 PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL USO DE GLUCOCORTICOIDES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Tedeschi V, Losada C, Viaggio C, Minatel M.A, Wenk R.
P.A.C.I.. Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Nacional B. Sommer
Programa Argentino de Medicina Paliativo-Fundación FEMEBA.

Introducción:

A pesar de la variedad de efectos secundarios conocidos, los glucocorticoides (GC) son ampliamente utilizados en CP; su uso es empírico en muchos casos y con evidencia limitada sobre su eficacia.

Objetivo:

Describir las características inherentes al uso de GC en pacientes con cáncer avanzado asistidos por una UCP, la prevalencia de su uso y prevalencia de desarrollo de infecciones en esta población.

Método:

Se analizaron retrospectivamente historias clínicas de pacientes fallecidos asistidos durante período 2002-2003. Todos los pacientes analizados tenían ECOG 3-4 y tuvieron un seguimiento mayor o igual a 5 días.

Se analizaron: edad, tipo tumoral, duración de la asistencia, duración del tratamiento corticoideo, tipo y dosis promedio del corticoide utilizado, motivo de indicación, tipo de infecciones, y tiempo transcurrido desde el inicio de tratamiento con GC hasta la aparición de la infección.

Resultados:

Se identificaron 99 pacientes; 78 fueron tratados con GC (78,7%) y 38 presentaron cuadros infecciosos (38,3%). Se observó que:

1. de los 78 pacientes tratados con GC 33 presentaron cuadros infecciosos y 45 no, y
2. de los 21 pacientes sin tratamiento GC 5 presentaron cuadros infecciosos y 16 no

Discusión:

Describimos en este trabajo la alta frecuencia de uso de glucocorticoides en esta población y la mayor frecuencia de desarrollo de infecciones en los pacientes con esta medicación.

Creemos necesario tener en cuenta esta observación y evaluar cada caso cuando consideremos usar estos fármacos. Debemos utilizarlos a la menor dosis efectiva y durante el menor tiempo posible; y en caso de no observar beneficio terapéutico retirarlos en forma paulatina en dosis decrecientes.



69
AUDITORÍA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DEL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

R.Mertnoff ,M. De Muria , A. Rosso , C.Nadal , L.Espinosa , N.Muras,M.Salami, J.Biasseton, A.Taborda, J.Aparicio
Correo electrónico: rmertnoff@infovia.com.ar

Introducción y objetivos:

La auditoría interna clínico-epidemiológica busca conocer las características de la población asistida y medir resultados en términos de a) eficacia terapéutica, b) eficiencia del servicio y c) opinión de usuarios y equipos relacionados.El objetivo final es mejorar la calidad asistencial. Presentamos aquí algunos parámetros relevados.

Materiales y métodos:

Estudio retrospectivo descriptivo analítico (período: 01/03 - 12/03).

Resultados:

Ingresaron 142 pacientes (58% mujeres) edad promedio: 64, oncológicos: 94%. Accesibilidad: 61% Capital / 31% Conurbano.ECOG promedio ingreso: 2. El 73% presentó dolor al ingreso con ENA promedio: 6; 2ª consulta: 3. Dolor al óbito ausente 72% (referencia familiar).Opioide primera línea : morfina 63 % , metadona 29%, oxycodona 7 %. DEMO inicio: 50, en t ½ de atención :96, al óbito: 73.T ½ de atención :78,16 días. Motivos más frecuentes de internación en Unidad: 28% delirium, 13% gastrostomía programada, 10% claudicación familiar, 10% sufrimiento total.T ½: :8,19 días. Falleció en domicilio: 41%, en la unidad 24%,en el Hospital de Clínicas 19%. Abandonó: 11% (dificultades: accesibilidad, desacuerdo con familia y resistencia a opioides).Opinión de usuarios: 75% de las familias concurreó agradecida para informar el óbito .

Conclusiones:

La población fue mayormente geriátrica y oncológica. Los pacientes con dolor inicial moderado-severo presentaron en segunda consulta dolor leve. Un tercio vivía lejos pero ingresó por falta del recurso en su hospital, traslado dificultoso al mismo o domicilio transitorio.El buen status funcional de ingreso da cuenta del consenso externo en relación a los servicios derivadores. En una importante población se utilizó metadona de primera elección, por disponibilidad, bajo costo y eficacia terapéutica.Un alto porcentaje de cuidadores refirió alto grado de satisfacción.



71

COSTOS DE OPIOIDES EN LA: UNA BARRERA A SU ACCESO

Trabajo libre, presentación oral.

Roberto Wenk, Mariela Bertolino, Roberto Bettega, María Lea, Derio, Liliana DeLima, Rene Rodríguez, Isaías Salas, Alberto Redaelli, Erick Álvarez, Gustavo Montejo, Yolanda Vargas, Maria Berenguel Cook, Eduardo Méndez, Gabriel Krygier, Gloria Castillo y Patricia Bonilla.

Variables evaluadas:

Disponibilidad de opioides en los diferentes países.

Costos mensuales de los tratamientos con opioides débiles y potentes por vía oral.

Costos de dichos tratamientos como en relación al ingreso mensual mínimo obligatorio y diferencias entre los costos de tratamientos con diferentes opioides potentes.

Posibles razones de los altos costos, y posibles soluciones.



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos VIII Curso Latinoamericano de Medicina y Cuidados Paliativos

"Dr Eduardo Méndez"

72

SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN ASISTIDO POR COMPUTADORA

Trabajo libre, Presentación oral.

Roberto Wenk, Mariela Bertolino y María Minatel.
Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.
UCP Baldomero Sommer.
UCP Tornu.

Estructura:

Planillas de registro de datos, datos de generales y de cada consulta, tablas y campos de almacenamiento de datos, sistema de seguridad, diferentes niveles de acceso búsqueda y análisis de info con consultas y funciones macro.
Experiencia con dos años de trabajo con la versión funcional; dificultades en el registro e ingreso de datos a un sistema computarizado.



73

MODELO DE ABORDAJE PSICOSOCIAL EN CUIDADOS PALIATIVOS

C. Nadal - L. Espinosa

Hospital de Clínicas - Universidad de Buenos Aires, Argentina

Correo Electrónico: carolinanadal@yahoo.com.ar - luciaespinosagayol@hotmail.com

Introducción:

El Programa de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas tiene como sistemática de atención la intervención psicosocial en la totalidad de los casos. Se considera al paciente como sujeto de derecho y como sujeto de deseo en permanente relación con otros. Es por ello que se define como unidad de atención al paciente y su entorno afectivo. La herramienta fundamental es la "escucha" despojada de preconceptos y desde los marcos teóricos que suponen la Bioética, las Ciencias Sociales y el Psicoanálisis.

Objetivos:

- a) Presentar el Modelo Psicosocial del Programa de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas y sus fundamentos teóricos
- b) Describir la metodología de intervención sobre la unidad asistencial paciente/entorno afectivo.

Método:

Descriptivo

Conclusiones:

Se comprende al paciente como sujeto complejo y singular que se encuentra atravesando la etapa final de su vida, atendiendo sus múltiples dimensiones: física, emocional, social, ética y espiritual.

Se considera que la intervención psicosocial es necesaria en la totalidad de los casos, y se destaca la importancia de que ésta intervención se realice desde el inicio de la atención y no ante la aparición de un conflicto.

La utilización de la escucha como pilar metodológico permite al paciente conocer y jerarquizar sus prioridades, y a los profesionales diseñar estrategias de intervención específicas que atienden las múltiples demandas de cada sujeto y su entorno significativo.



74
PATRON DE TRATAMIENTO DEL DOLOR POR CANCER EN PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS. RESULTADOS PRELIMINARES.

G. Montejo, A. Copka, F. Sánchez., A. De La Rosa, R. González.
Unidad de Cuidados Paliativos. OPD Hospital Civil de Guadalajara. México
Email: gmontejo@mail.hcg.udg.mx

Introducción:

El dolor por cáncer y los Cuidados Paliativos han sido reconocidos por la OMS como un problema de salud pública. Reportamos experiencia de nuestro trabajo pediátrico.

Objetivo:

Evaluar el patrón de prevalencia y manejo del dolor, para posterior toma de decisiones.

Método:

Estudio retrospectivo. Pacientes atendidos del 1º. de Enero de 1997 al 15 de Enero de 2004.

Resultados:

Se obtuvo información de 77 pacientes. La edad promedio: 10 años, con rango de 0 a 18 años y moda: 13 años. La prevalencia de dolor en la muestra fue de (93.5%) (72) y ausente en 5 (6.5%). El tipo de dolor, fue somático en 74% de los enfermos (57), Mixto en 12% (9), visceral en 8% (6), no especificado en 5.2% (4) y neuropático en 1.3% (4). El manejo analgésico inicial de los 72 enfermos con dolor, de acuerdo escalera analgésica de la OMS, fue del segundo peldaño 56.9% (41 enfermos), seguido por el tercer peldaño 28% (20 enfermos) y en el primero 15% (11 enfermos). Sin embargo, al final de la intervención 49.4% (38) estuvieron en el tercer peldaño, seguido por el segundo, 41.6% (32) y por ultimo el primero con un 5.4% (4). 91% de los pacientes requirieron opioides al final.

Discusión:

Este reporte, nos muestra resultados aplicables para toma de decisiones, análisis de costos y evaluación del los resultados de la intervención y comparación con otros resultados.

Conclusiones:

Es necesario la intervención con opiáceos en el manejo del paciente pediátrico. Es deseable mejorar la evaluación para contar con un panorama amplio de el control de este síntoma.



75

COMUNICACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS; “ESCENAS TEMIDAS EN LA COMUNICACIÓN”

Ormaechea, A.; Protesoni, A. L.; Rodríguez, M.
Asociación Española, Programa Hospi Saunders; Montevideo, Uruguay.
Correo electrónico: hospil@asesp.com.uy

Objetivo:

Trabajar la problemática en torno a la comunicación en Cuidados Paliativos.

Metodología:

- Modalidad de taller con técnicas psicodramáticas.

Etapas del Taller:

- Juegos de calentamiento.
- Relajación.
- Ensueño Dirigido.
- Construcción de escenas colectivas.
- Dramatización.
- Corrección de escena.

76
APLICAÇÃO DE UM MODELO DE ASSISTÊNCIA CONTÍNUO, PALIATIVO E DOMICILIAR A PACIENTES COM CÂNCER MAMÁRIO OU GINECOLÓGICO FORA DE POSSIBILIDADE DE CURA.

Juvenal Mottola Junior, Ana Cláudia dos Santos, Cristiane Paula de Felipe, Laurival A. De Luca.
Centro de Referência da Saúde da Mulher, Hospital Pérola Byington, São Paulo e Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, São Paulo.

Introdução:

Cuidados paliativos ou integrais ao paciente é o cuidado ativo e total a pacientes com enfermidades não sujeitas a tratamentos curativos, nas quais o tratamento da dor e outros sintomas afetam a situação psicossocial e espiritual. Apesar do objetivo principal ser o de proporcionar a mais elevada qualidade de vida do doente e de sua família ainda não estão bem integrados ao sistema de saúde, pois as barreiras de assistência passam pela falta de financiamento público e pela aceitação do conceito principal que é centrado no paciente e não na doença.

Objetivo:

Avaliar Modelo de Assistência, baseando-se nas características da população assistida em Hospital público de Assistência à Saúde da Mulher.

Pacientes e Método:

Foram avaliadas 600 pacientes no período de janeiro de 1993 a agosto de 1998, sendo 300 pacientes sem a aplicação do Modelo (Fase I) e 300 pacientes com a aplicação do Modelo (Fase II) por equipe multiprofissional composta por coordenador médico, enfermeira, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta, oficial administrativa e voluntárias, avaliando o controle da dor e sintomas, Performance funcional de Karnofsky (KPS), quantidade e tempo de uso de oxigenoterapia em domicílio, local de ocorrência dos óbitos, prescrições por grupos farmacológicos, tempo de internação hospitalar, e grau de conhecimento de unidade paliativa no sistema hospitalar. Foi aplicado o teste estatístico do qui-quadrado para avaliar possíveis associações com as variáveis previamente definidas.

Resultados:

Quanto ao controle da dor e dos sintomas e sinais de insuficiência renal, alterações urinárias, caquexia, fadiga e anemia foram estatisticamente significante nas diferentes fases Fase I e Fase II com aumento do número de diagnósticos. No KPS 80, 70, 60, houve aumento do dobro e quadruplicou no KPS 50 não sendo estatisticamente significante nas diferentes Fases. A utilização da oxigenoterapia passou de 5l/min para 2l/min em domicílio após as orientações fisioterápicas; o local das ocorrências dos óbitos foi de 46.0% na Fase II e houve aumento da utilização de co-analgésicos, medicamentos diversos e aumento da utilização de opióides fortes e fracos na Fase II sendo, também, estatisticamente significante. O tempo de internação na Fase I foi de 12 dias enquanto na fase II foi de 5 dias sendo que 40% das pacientes nunca foram internadas na Fase II e o grau de conhecimento da Unidade de Cuidados Paliativos no Sistema hospitalar foi de 98,2%.

Conclusão:

Foi possível caracterizar as pacientes quanto as características psicossociais, doença de base e manteve-se o controle da dor e sintomas e sinais gerais para a intervenção, melhorou-se o desempenho funcional, evitou-se a internação hospitalar para suprimento de oxigenoterapia e com uso racional quanto ao tempo e quantidade, houve melhor aceitação para o óbito domiciliar, foi eficaz quanto ao uso de medicamentos por grupo farmacológicos com utilização específica e correção dos efeitos colaterais, reduziu-se o tempo de internação hospitalar e uma divulgação da assistência paliativa junto aos diferentes profissionais da instituição hospitalar para assistência integral à saúde da mulher.



77

PERFIL DE LAS MUJERES CON CANCER AVANZADO CERVICOUTERINO Y DE MAMA. 1999 - 2002 CHILE

L. Derio, Delgado. C, Fuentes. P, Cerda. C; Guiñez. L, Candia. ME; Atala. L; Equipos Encargados de las 41 Unidades de Alivio del dolor por cáncer y Cuidados Paliativos, Ministerio de Salud. Chile

Introducción:

Para mejorar el control del dolor y otros síntomas de este grupo de mujeres con cáncer de Mama (CaM) y cáncer Cervicouterino(CaCU), se requiere identificar su perfil y tipificar el dolor ambos por cánceres avanzados. Iniciaron su registro en PAD y CP en el año 1999, cada uno posee Normas Nacionales para la Pesquisa, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento; los protocolos para el control del dolor y otras molestias están contenidos en las Normas Nacionales de Tratamiento del Dolor por cáncer y cuidados paliativos, sin embargo dada su reciente inclusión en la base de datos no tenemos un conocimiento completo de ellas.

Objetivo:

Caracterizar las mujeres con CaM y CaCU en el contexto sociodemográfico, tipo e intensidad del dolor y otros síntomas, desde 1999 al 2002, ingresadas al PAD y CP, identificando el nivel de alivio al egreso.

Material y Método:

Estudio retrospectivo descriptivo de los consolidados desde el año 1999 al 2002 del país. Para medir el estándar **"estándar para el alivio del dolor por cáncer, plantea que el 70% o más de las personas tratadas, al momento del egreso presenten un EVA inferior a 5"**, se comparó cada cohorte/año según el EVA de ingreso y EVA de egreso. Respecto a los antecedentes socioeconómicos y tipología del dolor se ordenó *en N° absolutos y %* por año de ingreso al PAD y CP. Los datos se obtuvieron del registro "monitoreo mensual" y las características de alivio del dolor de los consolidados por Servicios de Salud.

Resultados:

Desde 1999 al 2002 se han atendido 3405 beneficiarias por CaM, ubicándose siempre en el segundo lugar y 1826 por CaCU, que descendió del tercer al cuarto lugar; con aumento lento pero sostenido; el 60% se ubicó en los tramos A y B, de menores ingresos; en ambos, < de un 6,5 % tenían entre 25 y 34 años con un rango entre 5 y 6%, un 65% entre 35 a 54 años con un rango entre 60 y 70%. Al analizar la tendencia de los síntomas según problema de salud, todos descienden entre 8 a 22 puntos de la medición inicial¹. Respecto del tipo² de dolor, para CaCU se ubica en 45% somático y 35 % visceral; para CaM en cambio el 51.2% fue somático y un 34,7% Neuropático. Todos lograron superar el estándar de alivio del dolor establecido³.

Conclusiones y Comentarios:

La caracterización de las personas facilita el conocimiento individual y la administración del tratamiento adecuado que contribuye al correcto alivio del dolor y a mejorar su calidad de vida. Facilita la determinación del arsenal farmacológico indispensable. Es importante destacar que los síntomas que menos descienden en el tiempo, corresponden a los incluidos en los síntomas psicológicos (ansiedad, insomnio y depresión), puede ser que éstas sean las áreas necesarias a fortalecer.

(1)

VARIACION DE SINTOMAS CANCER CERVICO UTERINO MUJERES INGRESADAS PAD Y CP
1999 - 2002 CHILE

AÑOS	N°	< 25 a	25 - 34	35 - 64	> 65 a		ANOREXIA BAJA DE PESO	LINFEDEMA	ESTREÑIMIEN TO NAUSEAS VOMITOS	DISNEA ASCITIS RETENCION URINARIA	ANSIEDAD INSOMNIO DEPRESION	HEMORRAGIA S/FISTULAS	FR > 6	FR < 3
1999	432	0	30	302	99	VARIACION	78	68	50	60	58	38	69	18
2000	592	0	41	414	136		75	65	48	50	58	32	65	16
2001	402	0	28	281	92		68	60	45	45	55	30	60	18
2002	400	0	28	280	92		65	50	40	38	50	28	60	18
1826		0	128	1278	420	TENDENCIA	13	18	10	22	8	10	9	0
%		0	7	70	23		<	<	<	<	<	<	<	<

VARIACION DE SINTOMAS CANCER MAMA MUJERES INGRESADAS PAD Y CP
1999 - 2002 CHILE

AÑOS	N°	< 25 a	25 - 34	35 - 64	> 65 a		ANOREXIA BAJA DE PESO	ESTREÑIMIEN TO VOMITOS NAUSEAS	LINFEDEMA	ANSIEDAD INSOMNIO DEPRESION	DISNEA TOS	RADIODERMIT IS	FR > 6	FR < 3
1999	865	9	52	519	285	VARIACION	70	60	61	60	45	30	70	30
2000	840	0	50	504	277		72	60	53	57	38	27	70	29
2001	855	17	51	513	282		70	57	50	55	38	22	70	28
2002	845	8	51	507	279		70	50	45	52	38	20	70	24
3405		34	204	2043	1124	TENDENCIA	0	10	16	8	7	10	0	6
%		1.0	6	60	33		<	<	<	<	<	<	<	<

(2) VARIACION TIPO DE DOLOR CA CERVICO UTERINO MUJERES INGRESADAS PAD Y CP
1999 - 2002 CHILE

AÑOS	N°	SOMATICO	VISCERAL	NEUROPATICO	COMBINADO
1999	432	194	151	0	86
2000	592	266	207	0	118
2001	402	181	141	0	80
2002	400	180	140	0	80
1826		822	639	0	365
%		45	35	0	20

VARIACION TIPO DE DOLOR CANCER DE MAMA MUJERES INGRESADAS PAD Y CP
1999 - 2002 CHILE

AÑOS	N°	SOMATICO	VISCERAL	NEUROPATICO	COMBINADO
1999	865	433	26	285	173
2000	840	462	101	311	168
2001	855	385	0	257	214
2002	845	465	118	330	169
3405		1744	245	1182	724
%		51.2	7.2	34.7	21.3

(3)

**IMPACTO
INTENSIDAD DEL DOLOR
SEGUN EVA INGRESO Y EGRESO
CACU PAD Y CP CHILE 2002
n: 400**

INGRESO		EVA	EGRESO	
%	N°		%	N°
0	0	SIN DOLOR 0	45	181
0	0	DOLOR LEVE 1 - 2	27	109
40	158	DOLOR MODERADO 3 - 4	10	39
30	121	DOLOR INTENSO 5 - 6	10	39
30	121	DOLOR SEVERO 7 - 10	8	32
100.0	400	TOTAL	100.0	400

72% (for 0 and 1-2)
66% (for 0, 1-2, and 3-4)

FOD.: BASE DE DATOS NACIONAL PROGRAMA AD Y CP MINSAL



78

CONCORDANCIA ENTRE ESCALA VISUAL ANÁLOGA (EVA) Y ESCALA NUMÉRICA ANÁLOGA (ENA)

Autores: R.Mertnoff , S.Buero , A.Rosso, N.Muras, M. Salami , J.Biasseton.
Institución: Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
E-mail: rmertnoff@infovia.com.ar

Introducción y objetivos:

Las escalas EVA y ENA son las más utilizadas para valorar la intensidad de síntomas en pacientes de Cuidados Paliativos (C.P). Es interesante determinar el grado de concordancia entre ambas escalas según los valores declarados por los pacientes en uno y otro caso.

Materiales y métodos:

Tipo de estudio: observacional, retrospectivo, transversal, de concordancia. Criterio de inclusión: pacientes oncológicos con síntomas no controlados que consultan al programa de CP del Hospital de Clínicas por primera vez. Criterio de exclusión: pacientes con dificultades visuales, auditivas, con deterioro cognitivo o con algún impedimento físico que le imposibilitara cumplir con la consigna. Criterio de eliminación: pacientes que no completaron ambas escalas. Para el cálculo de concordancia se empleó el método de Bland y Altman. Se confeccionó un protocolo con cien pacientes de los cuales 79 cumplieron con los criterios de inclusión y pudieron completar ambas escalas . Se consignaron además datos como: entrevistador, nombre del paciente, sexo, edad, diagnóstico, nivel de instrucción, tiempo de ejecución para cada escala, y preferencia del paciente sobre una u otra.

Resultados:

El promedio de las diferencias entre las mediciones realizadas utilizando las escalas DOLOR EVA y DOLOR ENA fue de -0.32 ± 1.85 .

Conclusión:

Considerando el promedio de las diferencias entre las mediciones realizadas utilizando EVA y ENA y el análisis del gráfico se concluye que ambas técnicas de medición funcionan de un modo similar en cuanto a la medición del dolor respecta .



79 PREVALENCIA DE DESORDENES PSICOLÓGICOS DE PACIENTES CON CÁNCER EN CUIDADOS PALIATIVOS.

Lic. Carolina Monti - Dr. Roberto Wenk
Centro de Cuidados Paliativos - LALCEC San Nicolás.
Programa Argentino de Medicina y Cuidados Paliativos - Fundación FEMEBA.

Introducción:

El padecimiento de una enfermedad incurable avanzada genera repuesta psicológicas que pueden ser normales o patológicas. Es importante identificar, cuantificar y tratar adecuadamente los posibles desórdenes psicológicos del paciente para poder brindar la asistencia integral que caracteriza el Cuidado Paliativos (CP). Desafortunadamente, no todos los equipos de CP cuentan con los recursos necesarios para proveer asistencia psicológica a todos los pacientes en tratamiento.

Objetivo:

Presentar la prevalencia de los desórdenes psicológicos de pacientes en Cuidados Paliativos asistidos en el CCP en el período Marzo - Diciembre de 2003.

Método:

Se evaluaron 30 pacientes ambulatorios consecutivos derivados a sicología porque reportaron 5 puntos (o más) en la/s escala/s "Angustia" y/o "Tristeza" de ESAS. En la primera consulta psicológica se realizó la evaluación semiestructurada basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV; se recolectaron también datos demográficos y clínicos.

Resultados:

EDAD: 53 años (\pm 9,5).

SEXO: Femenino: 76%
Masculino: 24%

EJE I	• Trastornos de adaptación	42%
	• Trastornos de ansiedad	25%
	• Ninguno	21%
EJE II	• Trastornos de la personalidad	24%
	• Retraso mental	5%
EJE III (Además de enf. oncológica)	• Dolor no controlado	5%
EJE IV	• Grupo primario	23%
	• Acceso a sistemas de salud	16%
	• Económicos	14%
EJE V		63 (\pm 19)

Conclusiones:

El 79% de los pacientes presento algún tipo de trastorno psicológico que requirieron la intervención por profesionales de la salud mental. En la mayoría de los casos eran los trastornos de adaptación (42%) y trastornos de ansiedad (25%). Creemos necesario continuar y profundizar este tipo de estudios para conocer la prevalencia de desórdenes psicológicos en pacientes en CP en nuestro medio, y compararlas con las de otros centros nacionales y extranjeros.



80

¿CUIDADOS PALIATIVOS ACTIVOS?

Bertolino M; Bunge S, Rodríguez Alejandra, Mammana G, Díaz N, Farías G, Wenk R.
Unidad De Cuidados Paliativos, Hospital "Dr. E. Tornu" - Fundación FEMEBA

Introducción:

Existe en la población general y en la comunidad médica una fuerte creencia de que los cuidados paliativos (CP) implican exclusivamente cuidados de fin de vida y que la atención en esta etapa requiere de mínimas intervenciones diagnósticas o terapéuticas. Si bien históricamente los CP se centraron en la atención de la fase final de la enfermedad, los conceptos fueron evolucionando y extendiéndose a momentos precoces.

Múltiples definiciones sobre CP destacan el reconocimiento de la muerte como hecho natural y afirman no querer adelantarla ni postergarla. La intención de evitar situaciones de obstinación terapéutica con tratamientos fútiles ha sido un objetivo fundamental en CP. Sin embargo pacientes en etapa avanzada, recibiendo atención en CP, correctamente concientes de su pronóstico plantean además de la intención de lograr una mejoría en su calidad de vida, el deseo de vivir el mayor tiempo posible eligiendo opciones diagnósticas o terapéuticas de cierta complejidad o invasividad.

Objetivo:

Presentación de ejemplos de casos de pacientes con cáncer avanzado con pronóstico de vida estimado en menos de 3 meses, en los cuales se hayan realizado procedimientos diagnósticos o terapéuticas activos de cierto complejidad o invasividad con la intención de mejorar la calidad de vida y/o prolongar la sobrevida.

Paciente de 55 años con cáncer de colon avanzado fuera de tratamiento oncológico, ECOG 3. con fistula colo-vesical. Se realiza colostomía izquierda derivativa, con evolución favorable y resolución de la sintomatología.

Paciente de 85 años con cáncer de ano, EGOG 4, con sangrado local. Se decide realizar 1 sesión de radioterapia con fines hemostáticos. Evoluciona sin sangrado y muere en menos de 1 mes con buen control de síntomas.

Discusión:

La palabra "activo" es parte fundamental de la definición de CP, pero la interpretación de este término no es universal. Frente a la intención de no conducir a situaciones de obstinación o futilidad terapéutica es tan importante no caer en paternalismos como en imperativos de no actuar por tratarse del campo de los CP, asegurando un proceso de deliberación informado en el cual paciente y familia pueden elegir opciones diagnósticas o terapéuticas, aún con cierta complejidad, específicas para cada caso.

81
“MUCOSITIS POR RADIOTERAPIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS DE CABEZA Y CUELLO” ¿SE PUEDE PREVENIR? DRA. BONILLA PATRICIA **DRA. RENDÓN M.*

Dr. Sánchez A.*

mrlrendon@hotmail.com

Hospital Oncológico Dr. Luis Razetti - Unidad de Cuidados Paliativos Caracas Venezuela

Introducción:

Los carcinomas de cabeza y cuello son un grave problema sanitario en nuestro país, estos responden bien a la radioterapia, quimioterapia o ambas. La radioterapia provoca mucositis, la cual es una respuesta inflamatoria de la mucosa oral y los tejidos blandos intrabucales, debido a los cambios atróficos en el epitelio. Esta patología genera altos costos por medicamentos y en ocasiones de hospitalización. El presente trabajo es realizado para prevenir la mucositis usando miel de abeja y sábila.

Materiales y Métodos:

Pacientes con patología oncológica de cabeza y cuello, que acudieron a la consulta de radioterapia, separados al azar en tres grupos: miel de abeja, sábila y control, recibieron miel y sábila diez minutos antes y después de la radiación y seis horas luego de la última toma.

Resultado:

De los 30 pacientes el 73,3% corresponden al sexo masculino, edad promedio de 54 años, prevención de mucositis del 80,6% del grupo de miel de abeja y 37,1% del grupo de sábila, similar al grupo control, tolerancia a la dieta normal del 85,7% y 17,1% respectivamente, sin abandono de tratamiento radiante.

Conclusiones:

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

Palabras Claves:

Radioterapia, mucositis, miel de abeja, sábila

82
“SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO (SDRC) EN TUMOR DE PANCOAT. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA”.

Dra. Bonilla P, Dra. Rendón M, Dra. Gigante S, Dra. Lozada M, Dr. Sánchez A, Dra. Kamel C
E-mai.: mrlrendon@hotmail.com
Hospital Oncológico Dr. Luis Razetti - Unidad de Cuidados Paliativos Caracas Venezuela

Masculino de 48 años con Carcinoma Broncogénico de Vértice pulmonar izquierdo presenta dolor en hombro izquierdo irradiado a antebrazo, severo, quemante, continuo, alodinia, aumento de volumen, además disfonía, ptosis palpebral y crecimiento rápido de las uñas. Examen físico: Miembro superior izquierdo con edema e impotencia funcional piel seca, fría, descamativa, sudorosa, ausencia de vellos, coloración violácea, moteada, disminución de la fuerza muscular, parestesia y disestesia, cambios tróficos de las uñas; ptosis palpebral y síndrome de Horner izquierdo. Tratamiento con Tramadol 200 mg/día, Amitriptilina 25 mg/día, Clonidina 0,150 mg/día, Carbamazepina 400 mg/día, presentando alivio del dolor, desaparición de la coloración y de la sudoración, inicia rehabilitación mejorando rangos de movimientos. No se realiza Bloqueo de Ganglio Estrellado debido a dificultad del abordaje por invasión tumoral. El SDRC es el resultado de la lesión de nervios en el sistema nervioso simpático que controlan el diámetro de los vasos sanguíneos, enviando señales inapropiadas al cerebro, interfiriendo en la información normal de las sensaciones, la temperatura y el flujo sanguíneo. Su tratamiento no ha sido definido, entre ellos se encuentran los bloqueos a ganglios simpáticos, los anticonvulsivantes, bloqueantes alfa 2, antidepresivos tricíclicos, opioides, apoyo psicológico y rehabilitación. El propósito es demostrar que no es indispensable el bloqueo selectivo del ganglio simpático, para revertir este síndrome.

83
CONSUMO DE MORFINA ORAL Y OTROS OPIOIDES EN LA SECCIÓN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CÓRDOBA, ARGENTINA

M.E.Passadore, M.Pruvost
CONTIGO, Asociación Civil para Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.Córdoba.Argentina

Introducción:

El Hospital San Roque de Córdoba cuenta con un Servicio de Dolor y Cuidados Paliativos desde el año 1987 y desde entonces se ha registrado el consumo de morfina oral ininterrumpidamente hasta el año 1994; los datos de años subsiguientes se han extraviado en parte y los restantes no son exactos.

Objetivo:

El objetivo de la siguiente investigación es conocer el consumo de morfina oral en la Sección de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Roque de Córdoba entre los años 1995-2001.

Material y Métodos:

La población estará compuesta por todos los pacientes atendidos en dicha Sección durante el período 1995-2001. La presente será una investigación de campo, descriptiva, retrospectiva, transversal y cuali- cuantitativa.

Conclusiones:

Luego del análisis e interpretación de los datos realizados, se arribó a las siguientes conclusiones:
Del análisis de 999 fichas clínicas de la Sección Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Roque correspondientes a pacientes atendidos entre los años 1995 y 2001 se registraron 756 pacientes cuyo diagnóstico fue oncológico (75,7%) y 243 pacientes (24,3%) con diagnóstico no oncológico. La distribución según sexo fue: 503 hombres (50,4%) y 496 mujeres (49,6%); la edad promedio de los hombres fue de 56,86 años (rango entre 16 y 85 años) y la de las mujeres de 56,45 años (rango entre 14 y 97 años). De los pacientes con diagnóstico oncológico 401 fueron hombres y 355 fueron mujeres, mientras que los pacientes no oncológicos fueron 102 y 141 respectivamente.
El 54,9% de los pacientes atendidos consumió morfina como parte de su tratamiento independientemente del diagnóstico oncológico/no oncológico. El mayor consumo anual se observó durante el año 1999 (1919,996 gramos) con una media de consumo de 13,4 gramos por paciente. El consumo mínimo por paciente fue de 36 mg/día y un consumo máximo de 1158 mg/día.



84
EXPERIENCIA CLINICA CON CEFTRIAXONA SUBCUTANEA PRESENTACION DE CINCO CASOS CLINICOS

Luffi C, Ferro A., Villalba A., Castellano L.

Introducción:

La ceftriaxona es una cefalosporina de tercera generación que se utiliza para infecciones severas de la comunidad. Se administra por vía IM o EV, no hay experiencias descriptas de administración subcutánea.

El objetivo de nuestro trabajo fue administrar ceftriaxona subcutánea en pacientes oncológicos con infecciones sobre agregadas y evaluar los resultados.

Caso 1:

Paciente de 74 años con cáncer de cuello de útero, se interna con diagnóstico de neumonía, se administra ceftriaxona 1 gramo subcutáneo/ día por diez días con buena evolución de la neumonía después del alta hospitalaria fallece a los 30 días.

Caso 2:

Paciente con cáncer de esófago en tratamiento domiciliario, con neumonía se administra ceftriaxona 1 gramo/días subcutáneo por 10 días con buena evolución del cuadro infeccioso, el paciente fallece a los 20 días en domicilio.

Caso3:

Paciente de 72 años con cáncer de próstata con Mts óseas en tratamiento paliativo con cuadro compatible con neumopatía se realizo ceftriaxona 1 gramo/día por diez días con buena evolución del cuadro infeccioso, el paciente fallece a los 40 días.

Caso 4:

Paciente de 77 años con cáncer de mama con mts en hígado, en tratamiento paliativo domiciliario con cuadro compatible con neumopatía se indico ceftriaxona 1 gramo/subcutáneo por diez días con buena evolución del cuadro infeccioso la paciente fallece a los 20 días posteriores.

Caso 5:

Paciente de 48 años con cáncer de cuello de útero con más hepática, que presenta cuadro de neumonía se realizo tratamiento con ceftriaxona 1 gramo/día por diez días con buena evolución clínica del proceso infeccioso, la paciente fallece a los 60 días después.

Conclusión:

En nuestra experiencia observamos que la respuesta fue buena nos permite administrar un antibiótico de amplio espectro mediante una vía cómoda para el paciente.



85
“CONTRIBUCIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL AL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS: EXPERIENCIA DE LA ASOCIACIÓN PALLIUM LATINOAMÉRICA.”

Lic. Salgueiro S.; Lic. D' Urbano E.; Dr. De Simone G.
Bonpland 2287 (1425) Buenos Aires - Argentina
e-mail: pallium@elsitio.net

Introducción:

Pallium Latinoamérica pretende responder con un alto nivel de calidad a las nuevas demandas de educación y formación, asistencia, reflexión ética, investigación, documentación y asesoramiento en cuidados paliativos, contribuyendo a la consolidación de esta multidisciplinaria en Latinoamérica.

Es una asociación civil sin fines de lucro, surgida a partir de la iniciativa de un grupo de profesionales. Con el apoyo financiero de la Asociación de Caballeros Argentinos de la Orden de Malta y otros aportes privados se inició un programa que busca responder a necesidades no satisfechas sobre el tema (educación-asistencia-auditoría-investigación)

Objetivos:

Brindar información sobre recursos, actividades y resultados del Programa de Cuidados Paliativos desarrollado por Pallium en el período 2001-2004.

Resultados:

Se presentan datos acerca de los recursos, las actividades e información de auditoría de alguna de ellas. Estos datos se refieren fundamentalmente al programa asistencial y educativo (la investigación clínica está fuera del alcance de esta presentación).

Conclusiones:

Las necesidades de la población y de los profesionales en temas de cuidados paliativos son de alta demanda y requieren el activo involucramiento de los diferentes sistemas de salud.

La ONG Pallium tiene como objetivo facilitar respuestas de caridad a esas demandas de un modo integrador con las organizaciones gubernamentales.



87

TALLER DE EDUCACIÓN EN ASPECTOS PSICOSOCIALES - PALLIUM

Taller

Mónica Agdamus / Mirta Di Prétoro / Elena D'Urbano
Argentina

Desde 1992 el Centro de Estudios "Pallium Latinoamerica desarrolla actividades educativas de formación de profesionales del area psicosocial (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, musicoterapuetas,etc) a través de una modalidad semipresencial de educación de profesionales con inquietudes de formación y o perfeccionamiento en areas vinculadas a la psicosisocioncología y cuidados paliativos en sus diversas áreas de aplicación : oncología, neurología, geriatría, etc.

Los profesionales del área psico-social tradicionalmente hemos centrado nuestra formación en aspectos teórico-prácticos fortalecidos en metodologías destinadas a responder a las necesidades del paciente y sus familiares. El desafío de las intervenciones en cuidados paliativos se centra en un abordaje que amplía la dimensión convencional de tratamiento y que pretende abordar un objetivo de mayor alcance *el sufrimiento y las necesidades espirituales*

Los programas de formación en estas áreas implican por lo tanto, formular una propuesta educativa de capacitación en el desarrollo de nuevas habilidades, centradas en el *estilo de aprendizaje* del educando.

La Dra. Ruthmarijke Smeding propone la adaptación del modelo de David Kolb, para su aplicación en cuidados paliativos, dicho modelo reconoce, identifica y combina los estilos personales del aprendizaje.

y se aplica en numerosos programas educativos de cuidados paliativos en distintas partes del mundo.

El presente taller tiene como objetivo identificar los cuatro modos distintos de aprender del modelo Smeding para su aplicación en la tarea asistencial a partir de la observación de las habilidades naturales propias y los modos de aprehender las situaciones problemáticas que se presentan en el trabajo con los pacientes y sus familias; teniendo en cuenta que hay modos básicos con los que es posible funcionar y que es factible desarrollar estilos que no serian los preponderantes en cada uno de nosotros.