

# Biografía de conferencistas y resúmenes de plenarios

(En orden de presentación)



## **María Rosario Berenguel Cook (MD, Perú)**

Médico Cirujano CMP 13011, especialista en post-grado en Anestesia Analgesia y Reanimación RE4114. Estudió en la Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima-Perú. Trabajó durante 23 años en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, los primeros 4 años en Anestesia y los restantes en la Unidad de tratamiento de dolor y cuidados Paliativos como medico asistente. Participe en la formación de médicos residentes rotantes y se desarrollo el programa de syllabus en el área.

Viaje a USA, donde pude ser capacitada por el Dr. Aníbal Galindo, Terapia del Dolor, en el Cedars Medical Center en la Florida, así como en Dolor en columna por el Dr. Aldo Berti.

Posteriormente capacitación en procedimientos invasivos por el Dr. Joseph Gartner en Indiana.

Recibí formación en Investigación en el curso de Alto nivel de Proyectos de investigación Científica en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Participo en Protocolos de Investigación fase 2 y 3.

Diplomados en Auditoria Medica, Gestión en Salud, ambos por la OPS

Diplomado en Medicina Paliativa Gaffos, Dr. Marcos Gómez Sancho. Canarias. Acreditación Universidad Guadalajara. México.

Miembro Académico de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales.

Profesora en 2da especialización Anestesiología en el curso de Dolor de la UNMSM

Diplomado en Cuidados Paliativos Pediátricos Gaffos. Canarias

Trabaje en la formación de la Asociación Peruana para el estudio del Dolor siendo miembro fundador y Presidenta. Asociada a la IASP.

En el año 2000 paso a trabajar al Instituto Nacional Enfermedades Neoplásicas.

Medico Jefe y fundador del Servicio de Medicina paliativa y tratamiento del Dolor. Año 2003 Formo la Sociedad Peruana de cuidados Paliativos siendo la primera presidenta.

Se logra en el Ministerio la Norma técnica de Dolor en Diciembre del 2007. Norma de Cuidados Paliativos, aun por aprobar.

Colabore en desarrollo de las Unidades de Dolor y Paliativos a nivel nacional.

En el año 2008 Presido el Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos.

Ocupo por 2 periodos el Cargo de Fiscal en la ALCP y actualmente Presidenta.

Actualmente soy Médico Jefe del Servicio de Medicina paliativa y Tratamiento del Dolor de Totalcare-AUNA.

Gusto de la Poesía



**Yuriko Nakashima Paniagua  
(MD, México)**

Tecnólogo químico con especialidad en Fármacos. CETI (Centro de Enseñanza Técnica Industrial). Guadalajara, México  
Médico Cirujano Partero, Universidad de Guadalajara, México  
Pediatria médica, egresada Hospital de Pediatria del CMNO IMSS (UmaE Pediatria)  
Cuidados Paliativos Pediátricos Hospital Nacional de Niños, San José Costa Rica, Albergue San Gabriel.  
Rotación Externa. Cuidados Paliativos Pediátricos Hospital Nacional Garrahan, Buenos Aires Argentina.  
Especialista en Cuidado Paliativo y Medicina del Dolor. Consejo Mexicano de Anestesiología.  
Asesor externo de Canica AC.(Centro de Atención de niños con Cáncer) Guadalajara, México  
Asesor externo de "Mi gran esperanza" AC. Guadalajara, México  
Asesor externo "MI último Deseo". AC Guadalajara, México  
Asesor externo "Palia" (Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos) Guadalajara, México  
Asesor externo "Nosotros por los Niños con Cáncer A.C" Guadalajara, México  
Asesor externo "Nariz Roja A.C" Guadalajara, México  
Asesor Externo Hospital de Pediatria Unidad de Médica Alta Especialidad. Centro Médico Nacional de Occidente. Guadalajara, México  
Miembro del Colegio de Algiologos y Paliativistas de Jalisco  
Miembro de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP)  
Miembro fundador de la Comisión Pediátrica de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (actual secretario)  
Miembro de la Asociación Internacional de Hospice y Cuidados Paliativos. (IAHPC)  
Miembro de la Red Internacional de Cuidados Paliativos en Niños (ICPCN)  
Miembro de la Asociación Mexicana de Pediatria, comité de expertos en Manejo de Dolor y Fiebre en niños (participación en las guías nacionales)  
Miembro Fundador, Colegio Mexicano de Paliatólogos.  
Miembro Fundador "Mi Amigo Iyari A.C" Guadalajara, México  
Participación en trabajo previo a la propuesta de ley de Cuidados Paliativos.  
Coordinadora de Cuidados Paliativos Pediátricos, Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca". Guadalajara, México



**Ingrid Harle  
(MD, FRCS(C), CCFP, FCFP, ABHPM (cert), Canadá)**

La Dra. Ingrid Harle es Profesora Adjunta en los Departamentos de Medicina y Oncología de la Universidad de Queen, Kingston Ontario, Canadá. Actualmente su trabajo clínico en medicina paliativa incluye ofrecer consultas a pacientes internados en el Kingston General Hospital (KGH por sus siglas en inglés), a pacientes externos en clínicas de cuidados paliativos en el Cáncer Centre of Southeastern Ontario, y una clínica ambulatoria en el Hospital Hotel Dieu para pacientes con

enfermedad avanzada no oncológica que requiere manejo de disnea desde una perspectiva de cuidados paliativos. La Dra. Harle es Directora Posgraduada del Programa de Medicina Paliativa Interna en la Universidad de Queen. Ha estado activamente dedicada como Médico Guía de Cuidados Paliativos para el Programa the Southeastern Ontario Regional Cáncer en sus funciones en el Comité del Programa de Cuidados Paliativos en Cáncer Care Ontario. La Dra. Harle está activamente dedicada a ofrecer educación relacionada con cuidado paliativo y cuidado a pacientes en la fase terminal de la vida a múltiples niveles (dominio público, estudiante universitario, posgrado, cursos de actualización de desarrollo profesional, y desarrollo del profesorado). Sus intereses en medicina paliativa incluyen cuidado de pacientes con cáncer ginecológico avanzado, manejo de disnea en las poblaciones con cáncer y sin cáncer, planificación de cuidado avanzado y el rol que se desempeña en las conferencias de familia en pacientes con necesidades de cuidados paliativos.

Después de recibir un título de licenciatura en química (Licenciatura en Ciencias) de la Universidad de Western Ontario (UWO por sus siglas en inglés), la Dra. Harle continuó sus estudios de medicina, recibiendo un diploma de Doctor en Medicina en 1981 de UWO. Completó su capacitación de posgrado en cirugía general y pasó a ser un Miembro del Royal College de Médicos y Cirujanos de Canadá en 1986.

La Dra. Harle es también Miembro de La Facultad Universitaria de Médicos de Familia de Canadá y obtuvo el Diploma del American Board of Hospice y Medicina Paliativa en 2006. Debido a un interés en la salud global y la práctica de la medicina en diversos entornos, ella ha proporcionado asistencia médica en el tercer mundo, en el Ontario rural y durante los últimos 10 años ha practicado a tiempo completo medicina paliativa en centros académicos. Antes de incorporarse a la Oficina de Medicina Paliativa en la Universidad de Queen, la Dra. Harle fue Directora Médica de Medicina Paliativa en la Universidad de Western Ontario en London, Ontario.



### **Lukas Radbruch (MD, Alemania)**

Presidente de Medicina Paliativa, Universidad de Bonn, Director del Departamento de Medicina Paliativa, University Hospital Bonn, Director del Centro de Cuidados Paliativos, Malteser Hospital Bonn/Rhein-Sieg  
Lukas Radbruch mantiene el cargo de Presidente de Medicina Paliativa en la Universidad de Bonn desde 2010, y ha sido Director fundador del Departamento de Medicina Paliativa en University Hospital, Aachen. Antes de eso fue presidente de la Asociación Europea de desde 2007 al 2011, y ha sido miembro del Steering Committee de la Cadena de Investigación desde 1996. También es Vicepresidente de la Asociación Alemana de Medicina Paliativa desde 2012 y Presidente de la Asociación Internacional para Hospicio y Cuidados Paliativos (IAHPC) desde Enero de 2014. Ha sido editor de 'Der Schmerz' desde 2004, miembro de la Comisión de Drogas de la Agencia Alemana de Control de Estupefacientes desde 2004.

El Dr. Radbruch ha asistido a la escuela de medicina de Bonn, habiéndose graduado en 1985. Luego estudió medicina general en el Hospital St Elisabeth en Gerolstein y posteriormente completó la capacitación como

especialista en anestésia. Trabajó como miembro de investigación en la clínica del dolor de la Universidad de Cologne y presidió la clínica del dolor desde 1995 a 2003, en que se trasladó a Aachen donde estableció la nueva presidencia de medicina paliativa en la Universidad de Aachen. Desde 2010 es presidente de medicina paliativa en la Universidad de Bonn y director del Centro de Medicina Paliativa en el Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn / Rhein-Sieg

El Dr. Radbruch finalizó su habilitación (equivalente en alemán a un PhD - doctorado-) en el año 2000 con la primera tesis en anestesiología y cuidados paliativos en Alemania. Ha publicado exhaustivamente, con su principal interés de investigación en evaluación de síntomas, tratamiento de opiodes, fatiga, caquexia y asuntos éticos en cuidados paliativos. Coordina el proyecto Acceso a Medicamento Paliativo en Europa (ATOME) que fue fundado por el Séptimo Sistema de la Comisión Europea. En 2000 presidió el primer Foro de Investigación de EAPC y en 2005, 2011 y 2013 los congresos principales de EAPC. Es co-autor de la nueva edición del libro de texto en Medicina Paliativa (Lehrbuch der Palliativmedizin, Schattauer Verlag) y las ediciones regulares de la guía de hospicio en alemán.



### **Andrés Felipe Cardona Zorrilla (MD, MSc, PhD; Colombia)**

Andrés Felipe Cardona es un miembro del Instituto de Oncología de la Fundación Santa Fe de Bogotá y es profesor adjunto en la Universidad El Bosque y en la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes (Bogotá, Colombia). Obtuvo su doctorado en medicina en la Universidad del Rosario (Bogotá, Colombia) y desempeñó una especialización en epidemiología en la misma institución. Seguidamente el Dr. Cardona realizó estudios de posgrado en medicina (Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia), oncología clínica (Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia) y epidemiología relacionada con el cáncer centrado en el desarrollo de ensayos clínicos (Universidad de Barcelona, España). Obtuvo una maestría en epidemiología clínica (Universidad de Sevilla, España) y un doctorado en genética de tumores, con énfasis en la investigación de traslación. Ha realizado estudios formales en oncología torácica y tumores del sistema nervioso en el Instituto Catalán de Oncología (Barcelona, España), y obtuvo otra maestría en oncología molecular en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO, Madrid, España). Sus actuales especialidades de interés incluyen la investigación de indicadores biológicos para pronosticar la reacción de las intervenciones terapéuticas enfocadas en el cáncer de pulmón, y tumores de la piel y del cerebro. También muestra una preferencia especial para llevar a cabo la fase I/II de los ensayos clínicos y producir revisiones sistemáticas y pautas de sistemas clínicos relacionados con la patología de los tumores en los países en fase de desarrollo. En la última década ha estado activamente involucrado en el desarrollo del *Colombian Cochrane Collaboration Group* ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)), el *Latin-American On-going Clinical Trials Register* (Registro Latinoamericano de Experimentos Clínicos en Curso – LATINREC) ([www.latinrec.org](http://www.latinrec.org)), el *Latin-American Neuro-Oncology Network* (Red Latinoamericana de Neuro-Oncología – RedLANO) ([www.redlano.org](http://www.redlano.org)) y el *Latin-American Consortium for Lung Cancer Research* (CLICaP) (Consortio para el la Investigación del Cáncer de

Pulmón). También es co-fundador del *Colombian Clinical and Molecular Cancer Research Group* (Grupo Colombiano para la Investigación Clínica y Molecular del Cáncer – ONCOLGroup) y la *Foundation of Clinical and Applied Cancer Research* (Fundación para la Investigación Clínica y Molecular Aplicada del Cáncer – FICMAC). Desde el año 2002 ha sido auxiliar y editor ejecutivo de la Revista Colombiana de Cancerología, y editor jefe de la Revista Colombiana de Hematología y Oncología. El Dr. Cardona ha contribuido con muchas publicaciones médicas locales y regionales y ha escrito más de 100 artículos publicados en revistas científicas, evaluados por sus colegas, y ha realizado más de 200 presentaciones en conferencias médicas alrededor del mundo.



### **Beatriz Montes de Oca (Enf., México)**

#### Formación

Licenciada en enfermería por la Universidad de Guadalajara. Especialidad Intensivista por el Hospital Santa María Chapaliata. Diplomado en Cuidados Paliativos por GAFOS España, avalado por la Universidad Autónoma de Guadalajara. Rotación en Málaga España por beca de parte de IAHPC y SECPAL

#### Actividad

Miembro de la Asociación Internacional de Hospice y Cuidados Paliativos (IAHPC)

Miembro de la mesa directiva como de la comisión de enfermería de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP)

Consultora para la realización de guías para el manejo del dolor realizado por Delphi en Ginebra Suiza, el cual fue enfocado para desarrollar pautas en el manejo del dolor para la Organización Mundial de la Salud OMS.

Consultora en el senado de la república Mexicana para legislar e implementar cambios en la ley general de Salud en materia de Cuidados Paliativos.

Miembro Fundador de la Asociación Mexicana de Cuidados Paliativos y Algiólogos A.C.

Miembro Fundador del Colegio de Médicos dedicados al estudio y tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos de Jalisco A.C.

Fundadora y Directora de Hospice Cristina A.C.

Finalista de Iniciativa México iMX, donde participaron más de 70,000 proyectos, quedando en el n° 47 donde se obtuvo un premio de \$ 1'050,000.00 el cual fue destinado en la capacitación de más de 600 profesionales en la Republica Mexicana.

Ponente Nacional e Internacional en varios Congresos, simposios y conferencias



## **Gustavo Kliger (MD, Argentina)**

Medico; Especialista en Nutrición y en Terapia Intensiva  
Jefe Servicio Nutrición Hospital Universitario Austral  
Medico a cargo del servicio de Nutrición en los Sanatorios de los Arcos, Trinidad Palermo y Clínica Finochietto, Buenos Aires.

Presidente de la Federación Latino Americana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo –FELANPE Período 2012-2014  
Ex Presidente de la Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral (AANEP) Años 2006-2007  
Miembro del comité de Ética de American Society of Enteral and Parenteral Nutrition (ASPEN) (por invitación)

Docente de la carrera de especialista en Medicina Crítica de la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA)  
Docente de la carrera de especialista en Nutrición de la UCA (módulo de soporte nutricional)

Miembro del Comité Asesor Nacional de la Universidad Nacional de la Plata. "Sección de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas", Instructor del Life Long Learning **(LLL) programme in Clinical Nutrition and Metabolism de ESPEN (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition)**

Ha escrito varios capítulos sobre soporte nutricional en distintos libros de la especialidad, entre ellos "Soporte Nutricional en el Paciente Quirúrgico Terminal" en el libro "Soporte Nutricional en Cirugía" Editor Dr. Antonio Carlos Campos

Más de 200 conferencias en congresos nacionales e internacionales incluyendo ESPEN, ASPEN y la International Union of Nutrition Societies (IUNS) Congress



## **Eduardo D. Bruera (MD, USA)**

Director del Departamento de Cuidados Paliativos y Medicina de Rehabilitación

Centro de Cáncer de la Universidad de Texas, M.D. Anderson  
Dr. Bruera recibió su título médico de la Universidad de Rosario en la Argentina. Se especializó en Oncología y se fue a la Universidad de Alberta en Edmonton, Canadá, donde dirigió los programas de clínica y los programas académicos de cuidado paliativo hasta el 1999. En 1999, Dr. Bruera se trasladó al Centro de Cáncer de la Universidad de Texas M.D. Anderson donde actualmente ocupa el puesto de Director, nombrado por F.T. McGraw, en el tratamiento de cáncer y también es el director del Departamento de Cuidado Paliativo y Medicina de Rehabilitación.

El principal interés clínico para Dr. Bruera es el cuidado de los problemas físicos y sicosociales de los pacientes con cáncer avanzado y el apoyo de sus familias. Desarrolló el programa de Cuidado Paliativo regional de

Edmonton en Alberta, Canadá y dirigió el programa por 5 años. El programa administra cuidados paliativos a más del 85% de los pacientes que fallecen de cáncer en la región Edmonton. También desarrolló el Departamento de Cuidados Paliativos y Medicina Rehabilitación en la Universidad de Texas M.D. Anderson Cancer Center, el cual él ha dirigido desde el año 1999.

El Dr. Bruera tiene un interés por el desarrollo internacional de los programas cuidados paliativos, particularmente en países subdesarrollados. Él ha ayudado a establecer muchos programas en Latinoamérica, la India, y otras áreas de Europa. Fue presidente de la asociación internacional de hospicio y cuidados paliativos por 4 años, hasta enero del 2006.

Durante los últimos veinte años, Dr. Bruera ha entrenado cientos de doctores, enfermeros, y otros profesionales de salud en varios aspectos de la aplicación clínica en el cuidado paliativo. Estableció la primera beca en cuidados paliativos en la Universidad de Alberta en Canadá y una de las primeras becas académicas en cuidados paliativos en los estados unidos en el Centro de M.D. Anderson en la Universidad de Texas.

Dr. Bruera tiene más de 800 publicaciones y ha editado más de 15 libros académicos. También ha sido invitado a dar más de 600 conferencias/charlas.

Dr. Bruera ha recibido un gran número de premios nacionales e internacionales incluyendo el premio de Lane Adams Calidad de Vida en el 2006 y un premio de reconocimiento a la trayectoria de la Asociación América de Hospicio y Medicina Paliativa en el 2010. Ha sido honrado por la Sociedad Canadiense de Doctores Paliativos con la creación del premio "Eduardo Bruera" como un reconocimiento de carrera para especialistas en cuidado paliativo.



## **Juan José Dapuetto Pietro (MD, Uruguay)**

### Formación

Doctor en Ciencias Biomédicas. Programa de Investigaciones Biomédicas (Pro.In.Bio) de la Escuela de Graduados Facultad de Medicina - Fundación Manuel Pérez. Universidad de la República. Uruguay (2011).

Escuela de Graduados. Facultad de Medicina. Especialista en Psiquiatría de Adultos. Título de Psiquiatra. Diciembre de 1999

Especialista en Medicina Interna.

Doctor en Medicina

### Actuación académica y docente

Director del Departamento Clínico de Medicina del Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina.

Integrante del Sistema Nacional de Investigadores SNI de la ANII. Nivel 1 2013 - 2016.

Arbitro de proyectos y revisión de revistas científicas

Editor Asociado de Quality of Life Research, Journal of the International Society for Quality of Life Research.

Revisión de artículos para Nephrology, Dialysis and Transplantation, Journal of the European Nephrology Association; Quality of Life Research; Journal of Psychosomatic Research; PsychoOncology, Health and Quality of Life

Outcomes, Journal of Clinical Epidemiology, Archivos de Pediatría del Uruguay, Revista Médica del Uruguay.

Miembro del Editorial Board de Nephrology, Dialysis and Transplantation, Journal of the European Nephrology Association 2005-2007.

Actividades de co-gobierno universitario:

Designado por el Consejo de Facultad de Medicina Director del Departamento Clínico de Medicina del Hospital de Clínicas. 2012.

Miembro titular de la Asamblea General del Claustro de la UdelaR. Período 2012 – 2014.



## **Liliana De Lima (MHA, USA)**

Liliana De Lima es Directora Ejecutiva de la Asociación Internacional de Cuidados Paliativos desde 1999 (*International Association for Hospice and Palliative Care – IAHPC*), miembro fundador y ex presidente de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) y miembro fundador de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos.

Licenciada en Psicología Clínica con Maestrías en Psicología Clínica y Gestión Sanitaria y estudios de doctorado en Políticas y Gestión Sanitaria.

Con la ayuda de asesores expertos y siguiendo la filosofía de los cuidados paliativos, desarrolló, implementó y manejó durante varios años, la primera unidad de internación para pacientes con cáncer avanzado (hospicio) de Colombia. A través del programa se desarrollaron contratos de atención con las entidades aseguradoras y el Estado que permitieron la atención de más de cinco mil pacientes durante ese tiempo.

En 1997 fue becaria en Legislación y Políticas en el Pain and Policy Studies Group de la Universidad de Wisconsin, centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud. Durante este periodo, elaboró un análisis de las leyes y regulaciones de varios países de Latinoamérica en la utilización de medicamentos fiscalizados en el marco de las Convenciones de las Naciones Unidas. Trabajó en el MD Anderson Cancer Center de Houston con el grupo de Investigación en Dolor y en el Departamento de Cuidados Paliativos hasta 1999 cuando se retiró para tomar su cargo actual.

Ha servido como asesora los gobiernos de Panamá y Colombia en el desarrollo de planes nacionales de Cuidados Paliativos en colaboración con líderes en los países.

Es miembro de los siguientes comités de trabajo:

- Comité de Expertos en Drogas y Dependencia de la OMS desde 2005
- Comité de Expertos en la Selección de Medicamentos Esenciales de la OMS (2013)
- Consultora y profesora invitada para el programa de Becarios Internacionales en Disponibilidad y Acceso a Medicamentos, Universidad de Wisconsin.
- Consultora grupo de trabajo de la OPS para la elaboración de un plan estratégico para el control del cáncer en Latinoamérica y el Caribe.
- Profesora invitada para el programa de International Leadership Development Initiative del Institute of Palliative Medicine.

Su trabajo se ha focalizado en identificar estrategias que tienen posibilidad de modificar las políticas sanitarias, la mejora en la disponibilidad y el



acceso a medicamentos para los cuidados paliativos, los cambios en la práctica de trabajadores de la salud y el reconocimiento del cuidado paliativo como uno de los componentes de atención sanitaria.



### **Fernando Cervero (MD, Canadá)**

Doctor en Medicina (Universidad Complutense de Madrid), Doctor en Ciencias (Universidad de Edimburgo, Reino Unido)  
Catedrático de Anestesiología y Profesor Asociado de Fisiología y Neurología  
Director del Centro Alan Edwards de Investigación sobre el Dolor Universidad McGill (Montreal, Canadá)

#### Puestos anteriores:

Catedrático de Fisiología (Universidad de Alcalá, Madrid, 1994-2002)  
Profesor Agregado de Fisiología (Universidad de Bristol, Inglaterra, 1983-1994) Científico Asociado (Facultad de Medicina Johns Hopkins, Baltimore, USA, 1990-1991)  
Profesor Adjunto de Fisiología (Universidad de Edimburgo, Escocia, 1975-1983)

#### Distinciones:

Miembro de número de la Academia Europea (desde 1995)  
Editor en Jefe de la Revista European Journal of Pain (2000-2005)  
Miembro del Comité Ejecutivo de la International Association for the Study of Pain (2002-2008)  
Editor Asociado de la Revista PAIN (desde 2006)  
Editor de la Sección de Dolor de la Revista European Journal of Neuroscience (2007-2011)  
Premio de Investigación de la Universidad de Alcalá (1999)  
Cátedra de Investigación del Canadian Institute of Health Research (desde 2003)  
Premio J.J. Bonica de la American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine (2008)  
Doctor Honoris Causa por la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid y la Universidad de Cádiz (2012)  
Presidente de la IASP (International Association for the Study of Pain) (2012-2014)  
Profesor Visitante de la Universidad del Rosario (Bogotá, Colombia)

Publicaciones: Autor de mas de 200 publicaciones en revistas científicas y medicas y libros.



### **Maricarmen González Maraña (Ps., México)**

#### Formación profesional:

- Licenciada en Psicología, Universidad Iberoamericana. (1995-2000, excelencia académica);
- Máster en Psico-oncología, Universidad Complutense de Madrid (2002-2004);
- Especialista en Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica del niño y su

- familia, Universidad Pontificia de Comillas de Madrid (2002-2004);
- Psicoanalista, Asociación Psicoanalítica Mexicana (2007-2012).

Actividad profesional:

- Psico-oncóloga. Servicio de Psiquiatría de Enlace y Psico-oncología, Centro Oncológico Integral Diana Laura Riojas de Colosio, Hospital Médica Sur (2006 a la fecha);
- Psicoterapeuta. *Home and Hospice Health Care*, Hospital Ángeles del Pedregal (2013 a la fecha);
- Psicoterapeuta en consulta privada con niños, adolescentes y adultos (2005 a la fecha)

Asociaciones:

- Directora Comisión Psicosocial ALCP (2012 a la fecha);
- Colaboradora Comisión Psicosocial ALCP (2006-2012);
- Sociedad Médica Hospital Médica Sur (2009 a la fecha);
- Sociedad Médica Hospital Ángeles del Pedregal (2013 a la fecha);
- Socio adherente, Asociación Psicoanalítica Mexicana (2011 a la fecha)

Docencia:

- Docente de la Comisión Psicosocial de la ALCP (2009 a la fecha);
- Docente del curso "Apoyo emocional al paciente con cáncer y su familia: estrategias psico-oncológicas" en la Universidad Iberoamericana (2006-2009);
- Docente del Diplomado en CP del Servicio de CP del Instituto Nacional de Cancerología de México (2012 a la fecha).
- Docente del Curso "Nutrición en pacientes con cáncer" de la Universidad Nacional Autónoma de México y Coa Nutrición (2012 a la fecha).

Publicaciones:

- Co-autora del libro "Una oportunidad de vida: el papel del amor, la familia y la pareja en la lucha contra el cáncer de mama" (Ed. Norma, 2007)
- Co-autora del libro "Mi paciente en casa: manual de cuidados para el cuidador primario" (Ed. Corinter, 2011);
- Autora de diversos capítulos de libros y artículos sobre Psico-oncología, Cuidados Paliativos y Psicoanálisis.

# Resúmenes de conferencias plenarias

## **[PP 01] Cuidados Paliativos en Latinoamérica: Una ventana abierta** **Maria del Rosario Berenguel Cook (MD, Perú)**

Día: Miércoles 12 de Marzo, 2014

Hora: 18:30-19:00

Sala: Antioquia 2

Los conceptos poco claros en torno al significado de la salud, no permitían hacer un espacio a la opción humanística ni al valor real de la vida de las personas. El concepto de la OMS sobre Salud, solo como "ausencia de enfermedad" nos tenía muy limitados en los aspectos de desarrollo, desde que esto se modificó e incluyó el bienestar físico, mental y social de las personas, la Medicina Paliativa inicia la apertura de sus ventanas al desarrollo. Si se agrega el aspecto de espiritualidad, se produce cambio y el enfoque orientado al bienestar en los pacientes crónicos, así como los progresivos con enfermedades como cáncer y Sida se sienten alcanzables.

Tarea importante para los Gobiernos Latinoamericanos que debe encontrar el equilibrio para tratar al paciente con justicia y medir los recursos en forma equitativa, aplicando ciencia-tecnología-economía con criterio futurista, para servir al ser humano doliente.

Evitar la futilidad en los tratamientos, no mirar a los pacientes crónicos y terminales como una fuente de gasto, como un demandante de cuidados, ellos son una oportunidad para desarrollo de todas áreas de salud.

El desarrollo de los centros de medicina paliativa y alivio del dolor en América Latina está ligado a la capacitación de los profesionales en la asistencia primaria y en esto tiene que existir mucha "voluntad política" debe establecer un vínculo con los profesionales que ya están entrenados en el tema para que bajo un frente sólido se inicie el despliegue de atención con calidad y asegurar presupuestos sostenibles lograr abrir la puerta grande a los Cuidados Paliativos.

Estamos muy felices que en estos últimos años varios gobiernos escucharon nuestra petición y cuentan con leyes que sostienen los Cuidados Paliativos en sus programas de salud.

Faltan muchas ventanas aún. ¡Abrámoslas!

## **[PP 02] Adecuación del esfuerzo terapéutico: Perspectiva desde el Cuidado Paliativo Pediátrico** **Yuriko Nakashima Paniagua (MD, México)**

Día: Miércoles 12 de Marzo, 2014

Hora: 19:00 – 19:30

Sala: Antioquia 2

Los avances tecnológicos en la medicina conllevan el incremento de vidas salvadas, pero en ocasiones también se incrementan las posibilidades de llegar al ensañamiento terapéutico pues la muerte del niño culturalmente es algo anti natura. Es común escuchar comentarios de los profesionales de la salud como: *"haré hasta lo imposible por salvarlo"... "es más válido hacer algo que no hacer nada"*. Este tipo de expresiones no solo son utilizadas en pacientes previamente sanos, sino también en aquellos pacientes con condiciones de vida limitada e incluso en pacientes en etapa terminal y fases agónicas.

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) no es algo nuevo, desde la medicina hipocrática se hablaba de ello. Esta reside en no aplicar medidas desproporcionadas para el fin terapéutico que se planea con un paciente el cual tiene mal pronóstico y/o mala calidad de vida.

Esta decisión de adecuar la terapéutica, debe ser una decisión consensuada, en la cual se debe de incluir a los médicos tratantes, los padres, de ser posible al niño y deseablemente la intervención del Comité de Ética hospitalario. Se deberá tener presente los siguiente: la certeza del diagnóstico, la utilidad o inutilidad de la medida (basada en evidencias), los potenciales riesgos y/o efectos adversos que puede conllevar, las alternativas de acción, el pronóstico del paciente con y sin la medida, los costos (a todos los niveles), las circunstancias concretas del paciente (y su familia) así como la voluntad, jerarquía de valores y/o las preferencias del paciente (y familia).

Se ha optado por manejar términos afines a LET ya que éste parece conferirle la sensación de no poder realizar nada más, por lo términos tales como "Adecuación del Esfuerzo Terapéutico" son preferidos ya que en este se tiene presente la proporcionalidad y el realizar lo adecuado para el paciente buscando su mayor beneficio y finalmente una vida y muerte digna.

### **[PP 03] Incorporando las medidas de Cuidados Paliativos en pacientes con EPOC**

**Ingrid Harle (MD, Canadá)**

Día: Jueves 13 de Marzo, 2014

Hora: 9:00 – 9:30

Sala: Antioquia 1 y 2

A medida que la población envejece, el predominio de las enfermedades crónicas crece a escala mundial, y muchas personas viven con múltiples afecciones crónicas. Esto se vincula con una significativa carga de síntomas, calidad de vida más pobre, e incremento en la utilización de recursos para el cuidado de la salud. Esto se traduce en un impacto importante en la población, el sistema de asistencia médica y la población laboral.

La calidad de vida para los pacientes con EPOC (COPD) avanzado es con frecuencia pobre y está afectada por: carga significativa de síntomas y limitaciones impuestas por la enfermedad, limitaciones sociales que pueden surgir, y problemas emocionales que surgen con frecuencia. Los temores relacionados con la mortalidad y una falta de conocimiento acerca de la trayectoria de la enfermedad son muy comunes. La naturaleza progresiva y la discapacidad de EPOC (COPD) contribuyen a la experiencia de alivio moderado o incompleto de síntomas de discapacidad (>60% tienen disnea refractaria) a pesar de óptimas terapias centradas en la enfermedad, especialmente a medida que estas personas se aproximan al final de la vida.

Esta sesión describirá la iniciación de oportuno y óptimo cuidado paliativo, más temprano en la trayectoria de la enfermedad, en un entorno de clínica ambulatoria con un equipo interdisciplinario que proporciona cuidado en colaboración. Nosotros aprobamos un modelo de cuidado crónico que incluye intervenciones de Cuidado Paliativo que responde a las necesidades del paciente, y no limitado a personas que están en la fase final de la vida.

### **[PP 04] Aspectos paliativos en pacientes neurológicos/neurodegenerativos**

**Lukas Radbruch (MD, Alemania)**

Día: Jueves 13 de Marzo, 2014

Hora: 9:30 – 10:00

Sala: Antioquia 1 y 2

Los cuidados paliativos se han centrado en pacientes con cáncer en la mayoría de los países de Europa y de América, y en pacientes con HIV/AIDS en muchos de los países en vías de desarrollo.

Sin embargo, otros grupos de pacientes necesitan cuidados paliativos tanto como los pacientes con cáncer y les cuesta mucho más tener acceso a los servicios de cuidados paliativos.

La Enfermedad Neurona Motora (MND en inglés) es una enfermedad más bien rara, pero presenta retos excepcionales para la provisión de cuidados paliativos. Una enfermedad de larga trayectoria (3-5 años desde que fue diagnosticada) dificulta la provisión continua de cuidados paliativos, y los especialistas de servicios pueden tener que adoptar repetidamente sus servicios a las necesidades cambiantes de los pacientes. Los pacientes generalmente son muy dóciles, pero los cuidadores generalmente están sobrecargados de trabajo. Los síntomas comunes con MND incluyen disnea, dolor y fatiga, y requieren tratamiento adecuado con drogas. La toma de decisiones ética puede constituir un reto cuando los pacientes requieren abstinencia del tratamiento de mantenimiento de la vida.

Infinidad de otras enfermedades raras, tales como la enfermedad *Jakob Creutzfeld* puede constituir un reto para los especialistas de cuidados paliativos que tienen que trabajar en estrecha colaboración con los neurólogos.

Más recientemente se han analizado los cuidados paliativos para pacientes con demencia. La demencia es una enfermedad incurable que limita la vida, aunque no está siempre claro si los pacientes mueren debido a la demencia o con la demencia. Los pacientes y las familias podrían necesitar cuidados paliativos específicos, pero no todos los pacientes con demencia al parecer necesitan cuidados paliativos. Usando un estudio Delphi de ocho campos, la Asociación Europea para Cuidados Paliativos (EAPC) ha producido un informe oficial (libro blanco), que define los óptimos cuidados paliativos en demencia.

El informe oficial llegó a un consenso en ocho campos de cuidados: Cuidado enfocado en la persona. Comunicación y toma de decisiones compartida; Tratamiento óptimo de síntomas y proporcionar confort (estos dos campos identificados como fundamentales para el cuidado y la investigación); Establecimiento de metas de cuidados y planificación anticipada; Continuidad de los cuidados; Apoyo psicológico y espiritual; Cuidado y participación de la familia; Educación del equipo de cuidado de la salud; y temas sociales y éticos. Después de algunos debates, se llegó también a un consenso para la prognosis y oportuno reconocimiento de la muerte. Solo hubo un acuerdo moderado sobre la nutrición e hidratación (como evitar un tratamiento demasiado agresivo, opresivo, o trivial) y sobre las etapas de la demencia en relación con las metas de los cuidados (cuándo se deberían iniciar los cuidados de la demencia). Con este informe oficial, EAPC proporciona orientación para la práctica clínica, normas e investigación para el cuidado paliativo de la demencia.

## **[PP 05] Inmunología, cáncer y opioides**

### **Andrés Cardona (MD, Colombia)**

Día: Jueves 13 de Marzo, 2014

Hora: 10:00 – 10:30

Sala: Antioquia 1 y 2

La morfina es considerada el patrón de oro para aliviar el dolor y es actualmente una de las drogas más eficaces clínicamente disponibles para el manejo del dolor grave asociado con el cáncer. Además de su uso en el tratamiento del dolor, la morfina parece ser importante en la regulación del tejido neoplásico. Aunque la morfina actúa directamente en el sistema nervioso para aliviar el dolor, sus actividades sobre los tejidos periféricos son responsables de muchas complicaciones secundarias. Por lo tanto, entender el impacto, aparte del control del dolor, de la morfina en el tratamiento del cáncer es importantísimo. El efecto de la morfina en el crecimiento del tumor es aún contradictorio, dado que se han observado efectos tanto en estímulo del crecimiento como en inhibición del crecimiento del tumor. La acumulación de la evidencia sugiere que la morfina puede afectar la proliferación y migración de células del tumor como también angiogénesis. Se han

sugerido diversos senderos indicadores involucrados en estos efectos extra-analgésicos de la morfina. La supresión del sistema inmunológico por la morfina es una complicación adicional.

## **[PP 06] Navegando en falla cardíaca a través de la óptica de Cuidados Paliativos**

**Ingrid Harle (MD; Canadá)**

Día: Jueves 13 de Marzo, 2014

Hora: 16:30 – 17:00

Sala: Antioquia 1 y 2

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad común que frecuentemente con creciente preponderancia limita la vida debido al creciente aumento de la edad de la población y la mejora en la supervivencia tras eventos coronarios agudos. El manejo del síntoma es, por lo tanto, un problema en muchas personas. La supervivencia media para la insuficiencia cardíaca es peor que muchos cánceres comunes, pero a pesar de este limitado punto de vista, quienes tienen avanzada insuficiencia cardíaca crónica pocas veces tienen acceso a servicios de un especialista en cuidado paliativo.

Las personas con insuficiencia cardíaca avanzada tienen notorios síntomas de disnea, fatiga u otros síntomas secundarios para poner punto final a la hipoperfusión del órgano. Ellos también sufren de una carga significativa de problemas no cardíacos que con frecuencia no se abordan. La progresiva y debilitante carga de síntomas, la trayectoria variable de enfermedad y la incertidumbre para pronosticar, todo contribuye a un impacto negativo en la calidad de vida de estas personas.

Un esquema para evaluar y manejar los complejos síntomas que experimentan estos pacientes requiere un enfoque multidisciplinario para incorporar óptimamente todos los factores que contribuyen al sufrimiento: físicos, psicológicos, sociales y espirituales. El suministro de cuidado paliativo a los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica debería basarse en una evaluación completa de las necesidades y síntomas del paciente, en lugar de un cálculo estimado de la expectativa de vida que queda. Se debe asegurar que se han tomado las estrategias apropiadas de manejo de la insuficiencia cardíaca en el contexto de las metas de los pacientes y las comorbosidades.

Esta sesión propondrá opciones para integrar el enfoque del cuidado paliativo para abordar las relevantes necesidades de la población de estos pacientes.

## **[PP 07] Manejo del dolor: algo viejo, algo nuevo ...**

**Lukas Radbruch (MD, Alemania)**

Día: Jueves 13 de Marzo, 2014

Hora: 17:00 – 17:30

Sala: Antioquia 1 y 2

El tratamiento del dolor que sufre el enfermo de cáncer es una parte importante de los cuidados paliativos, y el uso adecuado de los medicamentos de opiodes como se describen en las directrices del WHO o del EAPC, proporciona alivio rápido y efectivo en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, por ejemplo para los subgrupos de pacientes con dolor muy avanzado o dolor neuropático, el tratamiento puede ser más difícil.

Para estos pacientes una serie de nuevas formas de aplicación de opioides se ha desarrollado y dado a conocer en los últimos años. Las tabletas adhesivas bucales, tabletas sublinguales, aunque también dos vaporizadores nasales con diferente tecnología pueden ofrecer alivio para el dolor intenso. También pueden ofrecer nuevos retos para los pacientes débiles, por ejemplo, con un

recipiente a prueba de niños que los pacientes pueden ver que son difíciles de abrir. El alivio del dolor con el vaporizador fentanyl se logra en solo unos pocos minutos, y este resultado rápido es de primordial importancia para los pacientes con dolor avanzado, que a menudo alcanza el nivel más alto rápidamente y dura menos de una hora.

El tratamiento de síndromes complejos de dolor puede depender de la identificación de la etiología fundamental y tipo de dolor, y nuevos métodos tales como *Quantitative Sensory Testing* (QST) (Pruebas Sensoriales Cuantitativas) que ofrece nuevas opciones apasionantes para los diagnósticos diferenciales. QST es un conjunto de pruebas estandarizadas que reúne pruebas seleccionadas robustas y validadas de todas las submodalidades relevantes del sistema somatosensorial, tales como detección fría y caliente y umbrales del dolor, detección mecánica y umbrales del dolor, recapitulación temporal del dolor ("Poner Fin") o umbral de detección de vibración. QST identifica y distingue las diferentes formas de dolor neuropático.

Sin embargo, estas nuevas modalidades de tratamiento son caras, y aunque algunos países en Europa tienen ahora un arsenal digno de mención de diferentes drogas analgésicas y formularios de solicitud, una encuesta reciente de la Sociedad Europea de Oncología Médica (*European Society of Medical Oncology (ESMO)*) y otras asociaciones demostraron que en muchos países el acceso al manejo adecuado del dolor está individualmente afectado. Proyectos tales como ATOME (Acceso a medicamentos opioides en Europa) es necesario que mejoren el acceso a opioides. Esto puede ser más importante para el desarrollo general del manejo del dolor y cuidados paliativos que la introducción de nuevas drogas analgésicas o formularios de solicitud.

### **[PP 08] Satisfacciones profesionales en el equipo paliativo Beatriz Montes de Oca (Enf, México)**

Día: Viernes 14 de Marzo, 2014

Hora: 9:00 – 9:30

Sala: Antioquia 1 y 2

Los Paliativistas quienes de alguna manera acompañamos a nuestros pacientes a cruzar la última puerta, tratando de que lleguen a obtener una buena muerte, así como conteniendo a su familia, tenemos el convencimiento de sentirnos ganadores. Ganadores en satisfacciones compartidas, en ilusión colectiva y en orgullo propio. En entrega, compromiso y generosidad por parte de los integrantes de TODO un equipo que han volcado habilidades y saberes, en pro de ir consiguiendo el sueño de brindar todo nuestro humanismo. Cada familiar que nos abraza y nos dan las gracias por el trabajo "BIEN" realizado, es sin duda de un gran esfuerzo en equipo, por lo que somos merecedores de muchas satisfacciones y reconocimientos al gran esfuerzo.

En ocasiones podremos caer en insatisfacciones, debido a factores multifactoriales que nos hacen "tirar la toalla" pero si nos damos el tiempo de realizar un balance de lo vivido, tal vez solo hemos guardado la toalla y será el momento de sacarla.

### **[PP 09] Intervención nutricional en el paciente crónico: ¿Cómo, cuándo y hasta cuándo nutrir? Gustavo Kliger (MD, Argentina)**

Día: Viernes 14 de Marzo, 2014

Hora: 9:30 – 10:00

Sala: Antioquia 1 y 2

## **[PP 10] Confusión al final de la función: Manejo paliativo del delirium**

### **E. Bruera (MD, USA)**

Día: Viernes 14 de Marzo, 2014

Hora: 10:00 – 10:30

Sala: Antioquia 1 y 2

La gran mayoría de pacientes paliativos con cáncer u otras enfermedades crónicas desarrollaran delirium antes de morir. En la mayoría de los casos el diagnóstico no lo hace el grupo tratante de base sino el equipo paliativo utilizando métodos de despistaje. Casi un 50% de los episodios son reversible si se diagnostican tempranamente y se corrigen causas desencadenantes. Esta presentación discutirá la pato-fisiología y causas más frecuentes del delirium, las manifestaciones clínica más comunes, los instrumentos de evaluación y despistaje de este síndrome, y el manejo, que consiste en medidas farmacológicas y no farmacológicas para el paciente, así como medidas de apoyo a la familia y el equipo tratante. Áreas de potencial interés para la investigación clínica de este síndrome serán presentadas, y habrá tiempo para el intercambio con los participantes.

## **[PP 11] Porque implementar programas de cuidados paliativos en nefrología**

**Juan José Dapuzo (MD, Uruguay)**

Día: Viernes 14 de Marzo, 2014

Hora: 16:30 – 17:00

Sala: Antioquia 1 y 2

La diálisis es una terapia de reemplazo de la función renal (TRR) utilizada en casos de enfermedad renal extrema o terminal (ERE). Produce un alivio de los síntomas de la uremia y prolonga la vida, pero no es curativa en si misma y, como cualquier otro tratamiento, conlleva una co-morbilidad asociada que impacta en la calidad de vida (CV) de los pacientes. Una vez en diálisis, los pacientes se ven confrontados con la paradoja de disfrutar de los beneficios extraordinarios de la tecnología y la medicina moderna, y el desafío de vivir con limitaciones. Mientras que la diálisis les permite a los pacientes construir una vida plena, la enfermedad sistémica subyacente que causó la falla renal, avanza subrepticamente, afectando otros órganos y funciones que, a su vez, impactan en el estado funcional y en la CV. El caso de la diabetes es paradigmático con sus secuelas de ceguera, amputaciones, neuropatías dolorosas y daño cerebral vascular, entre otras. Actualmente es un objetivo mayor de las TRR atender a la carga sintomática y al nivel de discapacidad, así como al bienestar emocional, social, familiar, y espiritual de los pacientes.

Se impone entonces implementar abordajes de cuidados paliativos (CP) destinados a mejorar la CV de los pacientes y las familias que enfrentan los problemas asociados a una enfermedad que amenaza la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mediante la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión viene llevando a cabo una iniciativa tendiente a implementar un modelo de cuidados progresivos del paciente renal a lo largo de toda la evolución de la enfermedad, mediante programas de educación médica continua, con especial énfasis en la CV y los CP, en todo el continente.

Los principales aspectos a tener en cuenta son el manejo del dolor, los trastornos del sueño, la disfunción sexual, la depresión y otros síndromes psicológicos y psiquiátricos, la rehabilitación física y la implementación de protocolos de ejercicios, las terapias nutricionales, la inclusión de evaluaciones realizadas por los sujetos y la adaptación del modelo de medicina centrada en el paciente a la nefrología, los problemas de comunicación y directivas anticipadas, los temas éticos referidos al no ingreso a diálisis o a la supresión de los tratamientos, el cuidado de los pacientes al



final de la vida, los programas de apoyo a la familia y atención al duelo de familiares y de los otros pacientes (síndrome de la sillón vacío). Estos temas serán discutidos en general en el plenario y se hará mención a otros aspectos tales como la formación de los residentes y la creación de una red de equipos de CP en nefrología en Latinoamérica.

## **[PP 12] ¿Cómo medir el desarrollo del Cuidado Paliativo?: Estrategias para Latinoamérica**

**Liliana De Lima (MHA, Colombia)**

Día: Viernes 14 de Marzo, 2014

Hora: 17:00 – 17:30

Sala: Antioquia 1 y 2

El plan de acción de la OMS para aplicar la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles aborda vigilancia, prevención y atención de salud. Adicionalmente, en la estrategia regional de la OPS se fijaron cuatro líneas de acción que dan prioridad a las enfermedades crónicas en los programas políticos y de salud pública: considerar la vigilancia como un componente clave; reorientar los sistemas de salud a fin de que respondan a las necesidades de las personas que sufren afecciones crónicas; y tomar nota de la función esencial de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Aun así, solo unos pocos países de la Región han adoptado cambios en sus políticas sanitarias que hagan frente a las ENT y en especial a los cuidados paliativos de las personas con enfermedades crónicas, avanzadas y degenerativas.

Las organizaciones de cuidado paliativo han abogado por varios años por la vigilancia sistemática a nivel nacional y regional. Aunque algunas de estas organizaciones han publicado reportes e informes sobre el desarrollo de los cuidados paliativos en sus países y regiones y recientemente la ALCP publicó el Atlas de Cuidado Paliativo para Latinoamérica, estos reportes no representan ningún compromiso ni obligación para los estados miembros y tienen poco impacto en la provisión del cuidado y en el avance de políticas públicas.

En esta plenaria se presentarán indicadores y estrategias para la vigilancia de los cuidados paliativos a nivel de Latinoamérica como motores de impulso en el desarrollo de la disciplina en la Región.

## **[PP 13] El estudio del dolor y los cuidados paliativos: una hermandad necesaria**

**F. Cervero (MD, Canadá)**

Día: Sábado 15 de Marzo, 2014

Hora: 11:30 – 12:00

Sala: Antioquia 1 y 2

La misión de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for the Study of Pain – IASP*) es “trabajando juntos para aliviar el dolor en todo el mundo”. El eje central de esta misión es la estrecha colaboración entre todos los profesionales de la salud de todas las disciplinas que puedan contribuir a un mejor conocimiento de los mecanismos del dolor y de su tratamiento efectivo. Una colaboración que se expresa claramente en la necesaria coordinación entre los que estudian el dolor, los que tratan el dolor y los que alivian la agonía del enfermo

terminal. La misión, por tanto, de la IASP exige una hermandad necesaria entre el estudio del dolor y los cuidados paliativos. El objetivo no puede ser otro que el bienestar del paciente con dolor y especialmente del paciente que se enfrenta al final de su vida con intenso dolor. Es nuestra obligación superar rivalidades, polémicas y defensas a ultranza de territorios para aunar esfuerzos en nuestra lucha contra el dolor para beneficio de nuestros pacientes. Son ellos los destinatarios de nuestro esfuerzo y los que agradecerán nuestro trabajo conjunto. Trabajemos juntos para aliviar el dolor en todo el mundo.

## **[PP 14] La optimización de la calidad de vida y la prevención del sufrimiento del paciente y su familia**

### **M. González Maraña (Psic, México)**

Día: Sábado 15 de Marzo, 2014

Hora: 12:00 – 12:30

Sala: Antioquia 1 y 2

Aproximarse al final de la vida como consecuencia de una enfermedad avanzada e incurable constituye una confrontación –lenta, clara y continua- con la finitud de la propia existencia a partir del deterioro progresivo, lo cual implica un fuerte impacto psíquico y sufrimiento en algún grado.

Se ha observado que la posibilidad de sufrir es lo que más atormenta a estos pacientes, quienes temen también que los demás no perciban y no calmen, conforten, consuelen, alivien ese sufrimiento<sup>1</sup>.

Las causas del sufrimiento son multidimensionales e incluyen aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales; entre los factores que tendrán mayor influencia sobre esta experiencia se encuentran el control del dolor, la personalidad, la percepción de apoyo social, las fantasías conscientes e inconscientes sobre la muerte y la integración del sí mismo.

El objetivo de esta presentación es analizar el papel que tienen los aspectos psico-sociales y espirituales en la percepción del sufrimiento de pacientes y familiares que se enfrentan a una enfermedad avanzada e incurable en la población latinoamericana.

Se concluye acerca de la importancia y beneficios de incluir la evaluación e intervención de los aspectos psicosociales y espirituales en un esquema de abordaje integral encaminado a optimizar la calidad de vida de pacientes y familiares en CP. Así mismo, se plantean alternativas ante los retos y dificultades que imponen para dicho abordaje la diversidad étnica, religiosa, cultural, educativa y socioeconómica en la población en Latinoamérica.

<sup>1</sup> Tizón, J. Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y Asistencia. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer y Ediciones Paidós Ibérica; 2004