



REVISIONES

CUIDADOS PALIATIVOS: EVOLUCIÓN Y DESARROLLO EN CUBA.

PALIAITIVE CARE: EVOLUTION AND DEVELOPMENT IN CUBA

***Figueredo Villa, Katuska**

*Lcda. en Enfermería. Profesora Auxiliar de la Universidad Médica de La Habana. Cuba.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Calidad de vida. Equipo interdisciplinario.

Keywords: Palliative care. Quality of life. Interdisciplinary team.

RESUMEN

Los Cuidados Paliativos son un modelo de cuidados de salud que mejora la calidad de vida del paciente con enfermedades crónicas, debilitantes o amenazantes y sus cuidadores. El propósito de este artículo fue describir el desarrollo evolutivo de los Cuidados Paliativos desde su surgimiento y las tendencias que han caracterizado su desarrollo en el mundo como en Cuba. Tomamos en consideración referencias documentadas que explican cómo fueron introducidos los Cuidados Paliativos en muchos sistemas de salud en todas las partes del mundo en las últimas décadas. Se recopiló gran cantidad de información acerca de los equipos interdisciplinarios como la célula de trabajo principal para el cuidado paliativo en distintos contextos tanto de salud como en el hogar. Fueron encontradas aplicaciones de los Cuidados Paliativos en las proyecciones de prioridad para su aplicación en el sistema de Atención Primaria de Salud en Cuba con la intención de restaurar las dimensiones humanas esenciales en estos pacientes y sus cuidadores. Fue necesario hacer un estudio de fuentes de información histórica para conocer su evolución y etapas fundamentales de su desarrollo, la relación de los Cuidados Paliativos con otros elementos de su propio entorno y la recopilación de información dispersa en una generalidad que dio forma a un todo sobre la evolución de los Cuidados Paliativos. Como resultado de este artículo se obtuvieron datos históricos de gran relevancia sobre cómo se introdujeron y evolucionaron los Cuidados paliativos en la atención al paciente críticamente enfermo de una enfermedad crónica o debilitante. Igualmente se describieron los principios sobre los que se sustentan los Cuidados Paliativos y las funciones del equipo interdisciplinario. Ambos aspectos constituyeron un aporte teórico importante de este artículo. Se plantearon las proyecciones de trabajos en Cuba para el periodo 2008-2010 tomando en cuenta la incidencia de enfermedades crónicas amenazantes en el contexto cubano.

ABSTRACT

Palliative care is a of health care that improve the life quality of patients suffering chronic, debilitating or threatening illnesses, and also that of their carers. The aim of this article was to describe the evolution of Palliative care since it appearance and the tendencies that have characterized their development in the world and in Cuba. We consider documented references that explain how

Palliative care has been introduced into many health systems all over the world in recent decades. A large amount of information was collected on interdisciplinary teams as being the main work unit for palliative care in various contexts of both health and the home. Applications of Palliative care were found in priority planning for application in the Cuban Primary Health Care with the intention of restoring the essential human dimensions in these patients and in their carers. It was necessary to study historical sources in order to ascertain the evolution and the fundamental stages of the development, the relation of Palliative care with other elements of the same environment and the collection of widespread information in a general setting that gave form to a single whole in the evolution of Palliative care. As a result, this article historical data of great importance were obtained about how palliative care was introduced and how they evolved in care of critically ill patients suffering chronic or debilitating diseases. At the same time the principles on which Palliative care is sustained were described as were the functions of the interdisciplinary team. Both aspects suppose a theoretical contribution. Work projections in Cuba were put forward for the period 2008-2010 on the basis of the incidence of threatening chronic illnesses in that country.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de este artículo fue un resultado del trabajo de tesis doctoral sobre la aplicación de estrategias de atención personalizada de Cuidados Paliativos a pacientes con cáncer de mama avanzado. Unos de los elementos que enriqueció este trabajo de tesis fue la búsqueda de evidencias documentales sobre la evolución histórica de los Cuidados Paliativos dentro del marco de la atención al paciente terminal a partir del aumento de la incidencia de enfermedades crónicas amenazantes en la población.

En el transcurso de la historia de la humanidad, la actitud del hombre ante la muerte no ha sido siempre la misma. En la Edad Media existía la llamada “muerte doméstica”. Consistía en que el moribundo invitaba a sus seres queridos a reunirse alrededor de su lecho y realizaba el llamado “rito de la habitación” (1). Esta ceremonia ocurría en unión de los seres queridos de quien estaba próximo a morir.

Con la Primera Guerra Mundial comenzó un proceso llamado “muerte prohibida”, donde la muerte es apartada de los acontecimientos cotidianos de la vida (2). Deja de ser la muerte esperada, aceptada y acompañada para ser arrinconada y eliminada del lenguaje como un proceso vergonzoso y extraño. La precursora de la medicina paliativa Cecily Saunders, refiere que esconder al moribundo, su diagnóstico y la verdad de su pronóstico se ha convertido en una tendencia actual (3). Además el hogar es sustituida por el hospital como el lugar para que ocurra el proceso morir.

El alivio de los síntomas fue la tarea primordial del tratamiento médico hasta culminar el siglo XIX. La medicina ya en el siglo XX se encamina hacia la búsqueda de la etiología y el tratamiento de las enfermedades proporcionando su cura. Es debido a los avances científico-técnicos y el incremento de la expectativa de vida que pasa a un segundo plano el manejo de los síntomas. En la actualidad el objetivo que persigue la medicina más que cuidar por la calidad de vida de la población es prolongar la expectativa de vida de los mismos.

En la actualidad el tratamiento indicado por diferentes especialistas solo puede llevar al encarnizamiento terapéutico del enfermo, en vez de atender las dimensiones de la calidad de vida que puedan tener afectadas. Además se ve reflejado en el gran vacío que existe en las mallas curriculares de medicina y enfermería en relación de cómo cuidar adecuadamente a enfermos incurables y con expectativas de vida limitadas (4).

Sanz y Pascual señalan ante estas circunstancias que "hay que rescatar y redescubrir, si cabe, el fenómeno de "cuidar" actualmente eclipsado por la sobreexpansión de los aspectos curativos de la medicina. No tenemos que olvidar que la medicina nace como respuesta de ayuda, consuelo y acompañamiento para los seres humanos enfermos y moribundos" (5).

En Inglaterra y en otros países se inicia en los años sesenta los movimientos que nacieron debido a la reacción de pacientes graves incurables y de sus familiares y como objetivo asumían mejorar el apoyo proporcionado al enfermo en fase terminal (6). Este movimiento abrió el camino hacia una medicina moderna, los Cuidados Paliativos han llegado a constituir una alternativa de atención profesional y humana a aquellos pacientes a quienes no es posible ya curar, y pretenden preservar la máxima calidad de vida posible a los pacientes y sus familiares más cercanos.

MATERIAL y MÉTODO

Para la realización de este artículo se emplearon los siguientes métodos de investigación científica:

- ◆ **Histórico-Lógico:** Está vinculado al conocimiento de las distintas etapas de los objetos en su sucesión cronológica. Para conocer la evolución del objeto o fenómeno de investigación, en este caso los Cuidados Paliativos, se hizo necesario revelar su historia, las etapas fundamentales de su desenvolvimiento y las condiciones históricas fundamentales.
- ◆ **Análisis:** El estudio de un objeto se realiza a partir de la relación que existe entre los elementos que conforman dicho objeto como un todo. Aquí se estudió la bibliografía existente sobre Cuidados Paliativos, los principios sobre los que se sustentan los Cuidados Paliativos, las funciones de los equipos interdisciplinarios, los Cuidados Paliativos en Cuba, particularmente en la Ciudad de La Habana y las proyecciones hasta el año 2010.
- ◆ **Síntesis:** Es la reunión racional de varios elementos dispersos en una nueva totalidad. Para este artículo se han tomado como elementos esenciales los Cuidados Paliativos y la forma en que esta pueden cumplir con los requerimientos del sistema de salud cubano.

DESARROLLO

Cuidados paliativos

Antes de comenzar a hablar de Cuidados Paliativos, tenemos que hacer referencia a la palabra latina *Hospitium* que significaba inicialmente el sentido cálido experimentado por huésped y anfitrión y el lugar físico donde este sentimiento se experimentaba (3). En Francia en 1842 se usa por primera vez el término hospicio en vinculación con el cuidado a los moribundos. En esta fecha Mme Jeanne Garnier fundó los llamados Hospicios o Calvarios. El próximo aparece en 1879 en Our Lady's Hospice en Duplin y en 1905 St Joseph's Hospice en Londres, los que fueron fruto del trabajo de Las Hermanas de la Caridad irlandesas (7).

La Medicina Paliativa es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas en quienes el pronóstico es limitado y en que el principal interés es la calidad de vida, incorporando al paciente y a su familia. La palabra paliativa deriva del vocablo *pallium*, que en latín significa manta o cubierta, que traducido a la práctica médica se entiende como el apoyo de tratamiento médico, psicológico y espiritual que se espera aportar a estos pacientes (8).

El enfoque moderno de Cuidados Paliativos tuvo su origen en los años 60, con los trabajos de Cicely Saunders y el movimiento de “hospicios” en el Reino Unido; ideas que fueron desarrolladas posteriormente en varios países (9). Si bien el tratamiento paliativo de síntomas ha existido desde la antigüedad, los Cuidados Paliativos multidisciplinarios, estructurados y organizados, tal y como hoy se conciben, comenzaron a expandirse después de 1970, alcanzando su madurez y desarrollo en la década de los 90.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980 incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer. Una vez transcurrida década y media, se incorpora oficialmente la Organización Panamericana de la Salud a sus programas asistenciales (10).

Realiza la OMS en el año 2002 la última definición de los Cuidados Paliativos: “cuidado activo integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas activas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos” (11).

Los Cuidados Paliativos es un concepto que considera la intervención de un equipo interdisciplinario, incorporando en la definición el trabajo integrado de médicos y otros profesionales como enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y representantes de la pastoral (12).

Los Cuidados Paliativos se introducen cada vez más como recursos habituales en los programas de servicios de salud. La necesidad de su implementación no deja lugar a dudas: se trata no solamente de promover una atención digna y humanitaria a personas en situación difícil, con nuevas concepciones de trabajo en equipo, sino que es ante todo un instrumento profesionalizado para la racionalización del funcionamiento de los recursos de salud.

Principios de los cuidados paliativos

Los Cuidados Paliativos se basan en los principios que a continuación relacionamos (13):

1. El paciente paliativo es definido como aquel paciente de todas las edades que padece una enfermedad crónica, debilitante o amenazante.
2. El Enfermo y su Familia constituyen la unidad de tratamiento. El plan de tratamiento debe estar construido en base a las metas y preferencias de los pacientes y familiares, los cuales con el apoyo del equipo de salud deberían ser capaces de tomar decisiones informadas.
3. El momento de ingreso del paciente al Programa de Cuidados Paliativos debiera coincidir con el momento en que se realiza el diagnóstico de una enfermedad amenazante y continuar a lo largo de todo el cuidado médico hasta la muerte y después de ella con el apoyo en el duelo.
4. El cuidado brindado debe considerar todas las dimensiones del paciente y la familia, utilizando evaluaciones de tipo integral para identificar y aliviar el sufrimiento a través de la prevención o el tratamiento de distress físico, psicológico, social y espiritual.
5. El tratamiento y cuidado del paciente y su familia será desarrollado por un equipo de trabajo integrado por distintos profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos y

trabajadores sociales) y en algunos contextos un miembro de la religión que profesa el paciente. Este equipo trabaja de forma interdisciplinaria. Las evaluaciones, indicaciones y planes y tratamiento, tienen que realizarse para cada caso particular, considerando las necesidades de cada paciente y su familia.

6. Atención al paciente centrada en el alivio del sufrimiento físico, psíquico y espiritual originado por la enfermedad en sí, el tratamiento de la enfermedad o la perspectiva de la propia muerte.
7. Buena comunicación, tanto con el paciente y sus familiares, como con todo el personal involucrado en el cuidado de los mismos es indispensable para una práctica clínica eficaz. Esta comunicación deberá estar sustentada en ciertos conocimientos, habilidades y actitudes de la persona que realiza la relación de ayuda, ya que es importante entregar al paciente y familia la información que ellos necesitan conocer, de una forma pertinente a su nivel de desarrollo emocional, cognitivo, cultural y social, además de poseer habilidades de comunicación efectiva con el equipo tratante con el fin de facilitar la definición de un proyecto terapéutico atingente.
8. Conocimientos y habilidades de los miembros de los equipos especializados en Cuidados Paliativos en relación a la estimación del pronóstico de vida, el reconocimiento de signos y síntomas que son propios de una muerte inminente y el reconocimiento de las necesidades de apoyo y requerimientos de cuidado del paciente y su familia, antes y después de la muerte.
9. Continuidad garantizada del cuidado del paciente independientemente del ambiente al que se traslade éste: hospital, sala de emergencia, control ambulatorio, hogar de niños, ancianos u otra institución o domicilio.
10. Atención de excelencia y calidad en los servicios otorgados, es imprescindible la realización sistemática y regular de evaluaciones de procesos y resultados con instrumentos validados para ello.

Teniendo como sustento estos principios, el Programa de Cuidados Continuos y Medicina Paliativa busca responder, tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario, a las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y prácticas de los pacientes y sus cuidadores. El manejo profesional de estos pacientes se fundamenta en los principios generales de los Cuidados Paliativos. Uno de estos principios y que se considera por la bibliografía como esencial es el relacionado con el equipo interdisciplinario. Esta célula de cuidado profesional es la encargada de paliar los efectos de la carencia de una terapia efectiva de curación, el alivio del dolor, la preservación de la calidad de vida disminuyendo el sufrimiento de los pacientes y sus cuidadores.

El equipo interdisciplinario, especializado, integrado por el médico, enfermera, psicóloga, asistente social y consejero espiritual (según consentimiento de pacientes y cuidadores), debe ser capaz de cumplir con las siguientes funciones (14):

1. Manejar el dolor y otros síntomas físicos.
2. Optimizar la autonomía del paciente.
3. Apoyar psicológica y espiritualmente al paciente y su red de apoyo.
4. Colaborar con los equipos tratantes en el desarrollo de planes terapéuticos centrados en el paciente
5. Facilitar la comprensión por parte del paciente tanto del diagnóstico de su enfermedad de base como de su pronóstico con el fin de promover una toma informada de decisiones y la definición anticipada de conductas terapéuticas.
6. Asistir activamente al paciente en proceso de muerte y a su familia.
7. Promover un ambiente que sea lo más confortable posible para el paciente y su familia.

8. Apoyar en el proceso de duelo.

Cuidados paliativos en Cuba

El Programa de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al paciente oncológico (PADCP) tiene sus antecedentes desde 1992-1994, cuando se hicieron las primeras investigaciones de intervención en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) con el moderno enfoque de Cuidados Paliativos. Entre 1995-1996 se revisaron las experiencias de otros países y se realizó un Taller con especialistas del INOR para recoger criterios para la elaboración del Programa (15).

En esta fecha se propuso el primer Proyecto para la creación y funcionamiento de la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos en el INOR. En 1996, luego de investigaciones para la adaptación y validación de instrumentos y procedimientos y para la capacitación del personal y de un estudio para evaluar la pertinencia del PADCP en un área de Atención Primaria de la Ciudad de la Habana, se elaboró el documento del Programa, que se discutió en el Viceministerio de Asistencia Médica en 1997, comenzando inmediatamente su implementación en 4 provincias del país: Santiago de Cuba, Camaguey, Villa Clara y Ciudad de la Habana (15). Su objetivo general fue definido como: *“incrementar el bienestar subjetivo y la calidad de vida en el paciente oncológico que requiere cuidados paliativos y sus familiares mediante una atención integral que considere los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales, sin afectaciones para el equipo de salud”*.

Desde entonces, comenzaron las reuniones de trabajo con la Dirección Nacional de Farmacia para la predicción anual de consumo de opioides, se han ofrecido numerosos cursos y conferencias en el INOR, varios especialistas y expertos de la OPS/OMS han visitado el país con el objetivo de conocer el Programa y ofrecer sus experiencias, se han entregado materiales bibliográficos a varias instituciones, y se han capacitado 26 especialistas de todo el país en dos cursos internacionales a distancia. Además, se elaboraron otros 2 proyectos para crear una Unidad de Cuidados Paliativos del INOR. La capacitación masiva por el equipo nacional del PADCP comenzó en 1998 en 5 provincias del país, conformándose los equipos provinciales que se encargarían de la capacitación “en cascada”. A estos equipos provinciales se les suministraron los medios auxiliares para llevar a cabo esta tarea. Además, 3 profesionales del INOR (1 Lic. en Enfermería y 2 médicos) tuvieron becas presenciales en una Unidad de Medicina Paliativa en Las Palmas de Gran Canaria. Se ofrecieron conferencias sobre la morfina en un Taller Nacional de la Dirección Nacional de Farmacia que tuvo lugar en Holguín. A pesar de las gestiones realizadas, nunca se pudo lograr la producción sistemática de morfina oral para el Programa (15).

Municipios en los que se comenzó la implementación:

Santiago de Cuba: Santiago de Cuba, Palma Soriano, Contramaestre.

Camaguey: Camaguey, Florida, Guáimaro, Nuevitas, Santa Cruz del Sur

Villa Clara: Santa Clara, Ranchuelo, Encrucijada y Manicaragua, Camajuaní y Placetas.

Ciudad Habana: Playa, La Lisa, Marianao, Habana Vieja, Habana del Este, Cerro, Plaza, 10 Octubre, Boyeros.

Entre 2000 y 2003 se elaboró otro Proyecto para la creación de una Unidad de Cuidados Paliativos en el INOR, se discutió en un Taller con especialistas en septiembre del 2004, se entregaron varias cajas de donativos en medicamentos y se elaboró el Plan de Medicamentos y de Material Gastable para el Programa en dos ocasiones (1999 y 2000). En

2001 terminó un Proyecto de investigación multicéntrico sobre Evaluación del PADCP (1998-2001) que ofreció datos a discutir en una reunión de la Comisión Nacional del Programa, definiéndose proyecciones e indicadores para su generalización en los próximos años. Se ofreció el primer curso formal de capacitación a residentes de 1º. a 4º. del INOR, con participación de enfermeras y algunos especialistas de varios servicios del Instituto, curso que se encuentra establecido actualmente como módulo en la formación de residentes.

A partir del 2003 se comienza a elaborar un Proyecto de Colaboración con la organización MediCuba-Suiza, como una estrategia central para el desarrollo de los Cuidados Paliativos en la Ciudad de la Habana, que ha sufrido diferentes remodelaciones, incluyendo los acuerdos derivados del Taller de septiembre/04 en el INOR. Este Proyecto pretende crear centros de referencia a nivel hospitalario y a nivel de APS, en el Hospital "M. Fajardo" y en el INOR y en una Clínica Municipal adscrita al Policlínico Vedado del Municipio Plaza, con sede administrativa en ese Policlínico, con el objetivo de desarrollar un plan piloto municipal para la Ciudad de La Habana. En abril del 2004 visitan el país un grupo de especialistas estadounidenses del Summa Health System y celebran un encuentro con paliativistas cubanos en el Centro de Prensa Internacional, obteniéndose una valiosa experiencia y materiales bibliográficos en forma de libros, folletos y en soporte electrónico.

Entre 2003 y 2005 se efectuaron visitas de especialistas ingleses, australianos, suizos y de otros países a Cuba y aumentó el número de conferencias y jornadas en distintos hospitales de la ciudad y en el Centro Internacional de Prensa, iniciándose una investigación conjunta entre especialistas del Policlínico "Tomás Romay" y el King's College. El 8 de octubre de 2005 se celebró en La Habana con varias actividades el Día Mundial de los Hospicios y Cuidados Paliativos. Se realizaron diplomados de diferentes especialidades (Enfermería, Psicología y Medicina) donde se incluyó el tema de los cuidados paliativos, así como en las maestrías y en la especialidad de Psicología de la Salud.

En el 2005 se efectuó un Taller de capacitación a visitantes comunitarios del Municipio "Plaza" que en el marco del Programa Revolución, hicieron un levantamiento de necesidades en relación a cuidados a pacientes con cáncer avanzado. También se elaboró un módulo de Cuidados Paliativos a mujeres con cáncer ginecológico avanzado como parte de la Maestría en Atención Integral a la Mujer para médicos de atención primaria que se encuentran en Venezuela. Se impartieron en el 2005 dos cursos de capacitación a profesionales del Municipio "Plaza", en el marco del Proyecto con Medicuba-Suiza, egresando más de 40 especialistas.

A partir de estos logros e insuficiencias **El Grupo Especial de Trabajo (GET-CC)**, antigua Comisión Nacional del Programa, convocada por la Unidad Nacional de Control de Cáncer del Ministerio de Salud Pública, ha establecido diferentes **proyecciones de prioridad** para el período venidero, entre las que se encuentran (15):

- El desarrollo de los Cuidados Paliativos inmersos en un Programa de Cuidados Continuos al paciente oncológico, teniendo como base de partida la Atención Primaria de Salud, con sus recientes transformaciones y ampliando por etapas los pacientes que se incorporan al Programa, incluyendo aquellos que están sometidos a nuevos tratamientos producto del desarrollo de la Inmunología Molecular, que alargarían la sobrevivencia de los enfermos con la calidad de vida necesaria.
- La extensión a otras provincias interesadas en el Programa con la creación de puntos focales de desarrollo; así como la extensión a los 14 municipios restantes de la Ciudad de la Habana.

- El incremento de las acciones del Programa en la Ciudad de la Habana, aprovechando el Proyecto con Medicaba Suiza y la creación de una Clínica Municipal de referencia.
- Completar el banco necesario de medicamentos para el control de síntomas en las acciones de soporte y paliación
- Editar un Manual, de amplia divulgación y uso para múltiples fines, con la experiencia acumulada en Cuba hasta el momento.
- Incrementar el intercambio y formación en aspectos puntuales de cuidados continuos y cuidados paliativos con especialistas extranjeros (gerencia del Programa, control de síntomas, atención a la familia, etc.).
- Desarrollar investigaciones y proyectos en estos aspectos, considerando especialmente aquellos que permitan obtener indicadores de impacto y conduzcan a grados científicos (Maestrías y Doctorados).
- Se iniciaron los trámites para la creación de la Sección de Cuidados Paliativos en la Sociedad Cubana de Oncología, acción truncada por la existencia de dualidad de nombre en el Consejo de Sociedades Científicas.

Situación actual en la ciudad de La Habana

Nuevo servicio de la salud en el Municipio “Plaza de la Revolución” a través de la dispensarización de todos los pacientes con cáncer avanzado y sus cuidadores primarios, con el objetivo de (15):

“Preservar el bienestar subjetivo y la calidad de vida en el paciente oncológico diagnosticado en etapa avanzada, cuando se establece el plan terapéutico, continuando durante la etapa en que se busca supervivencia con calidad, y, finalmente, en la etapa terminal de la vida, además de preservar el bienestar subjetivo y la calidad de vida de sus familiares, mediante una atención personalizada, interdisciplinaria, integral y continua, que considere los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales, con la menor afectación para el equipo de salud”.

Prestación de servicios asistenciales en las Unidades del Municipio “Plaza”:

a) En APS se realiza en 2 modalidades de atención: visita domiciliaria y consulta. Próximamente se incluirá la tercera modalidad, interconsulta en el centro de referencia municipal ubicado en calle 22 e/ 17 y 19, Vedado; se encuentra en remodelación para estas funciones. En este centro interconsultará el GET-CC y otros expertos del nivel secundario y terciario. Dispone de una ambulancia chapa HK adquirida por el proyecto para el traslado de los casos y sus familiares. Cada una de las 7 consultas cuenta con un módulo de recursos: equipo de climatización, computadora, nevera para medicamentos, muebles, vitrinas, concentradores de oxígeno, mesa médica, etc.

b) Existe una pequeña unidad funcional en el Hospital “Fajardo” para el internamiento transitorio, fue prevista para 8 camas que ha ido variando en relación a las posibilidades constructivas, pero está dentro de las proyecciones hospitalarias. Se han atendido bajo este enfoque más de 80 casos.

c) Las consultas están ubicadas en las siguientes direcciones: Moncada: calle 17 esquina F; Corinthia: calle 11 No: 115 A e/ L y M de forma provisional; Rampa: consulta de Gerontología ubicado en el mismo Policlínico de forma provisional; Plaza: consultorio ubicado frente al Policlínico; 19 de Abril: calle Santa Ana e/ Marino y Factor; Puentes Grandes: consulta ubicada dentro del Policlínico, y Policlínico Vedado: consulta actual dentro del Policlínico de forma transitoria.

Proyecciones de trabajo 2008-210

1. Extensión de los Cuidados Paliativos a los 14 municipios de la Ciudad de la Habana. APS- Hospitales Clínicos Quirúrgicos de la capital.
2. Fortalecimiento de los Cuidados Paliativos con enfoque de Cuidados Continuos en las 4 provincias donde se viene implementando.
3. Elaboración del Manual cubano de Cuidados Paliativos, en fase de escritura.
4. Ejecución de 3 proyectos de investigación, dos de ellos servirán de tesis con fines doctorales para 2 profesoras de la Facultad de Enfermería "Lidia Doce Sánchez".
5. Perfeccionamiento de las tareas de la Clínica Municipal como Centro de Referencia de APS.
6. Creación de la 2da Cátedra de Cuidados Paliativos en la Facultad "Manuel Fajardo" y asesoría para la creación de la 3ra en la Facultad de Enfermería "Lidia Doce Sánchez".

Existe un documento denominado "Estrategias nacionales para los Cuidados Continuos al paciente oncológico" que sirve de guía para la implementación de esta modalidad de servicios. Están definidas las funciones de cada uno de los miembros del equipo a cualquier nivel de atención, y se trabaja en la acreditación de los estándares para las tres especialidades básicas (Medicina, Psicología y Enfermería), las cuales están estructuradas como parte de las funciones de las cátedras.

CONSIDERACIONES FINALES

Las características de la vida moderna, la falta de formación en el manejo sintomático e interdisciplinario de los pacientes con enfermedades graves en estadios avanzados, son elementos que explican el reconocimiento creciente de la necesidad de incorporar los Cuidados Paliativos al quehacer de la medicina actual. Los Cuidados Paliativos han experimentado un gran desarrollo a lo largo de las últimas décadas a nivel mundial como para responder de forma oportuna y eficaz al número creciente de pacientes que se beneficiarían de ellos. La definición de los principios que sustentan los Cuidados paliativos y las funciones del equipo interdisciplinario constituyen una contribución teórica al enriquecimiento del conocimiento, que sobre los cuidados paliativos deben estar disponibles para los profesionales que se dedican a dar estos cuidados. Además de ser una herramienta que permita brindar cuidados personalizados a partir de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales identificadas en estos enfermos y sus cuidadores. El desarrollo de los Cuidados Paliativos en Cuba, las proyecciones de trabajo y las características propias del equipo interdisciplinario en el contexto cubano actual, aportan conocimiento sobre el estado actual de esta temática para los profesionales de la salud en Cuba.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aries, P.: El hombre ante la muerte. Taurus Ediciones, S.A. Madrid, España. 1993.
2. Gala León, F.J., Lupiani M., Rojas R.: Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense. No 30, octubre, 2002.
3. Saunders, C. Foreword en Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N.: Oxfordtextbook of Palliative Medicine. Oxford University Press. New York. USA. 3ra Edición, 2004.
4. Reyes, M. Nervi, F.: Cuidados Paliativos y control de síntomas en Chile. La experiencia de la clínica familiar. Revista de Estudios Médicos Humanísticos. Vol. 11, No 11. Santiago de Chile. 2000.

5. Arranz, P. Barbero, J. Barreto, P. y Bayés, R.: Intervención emocional en Cuidados Paliativos Modelos y Protocolos. Editorial Ariel S.A. Barcelona. España. 2003.
6. Astudillo, E., Astudillo, W. y Mendinueta, C.: Fundamentos de los Cuidados Paliativos. Ediciones Universidad de Navarra. S.A (EUNSA). Navarra, España. 1997.
7. Centeno, C.: Historia de los Cuidados Paliativos y Movimiento Hospice. SECPAL. www.secpal.com 2008.
8. Sánchez Díaz, I. Educación Médica y Medicina paliativa. Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista de estudios Médicos Humanísticos. Vol. 11, No 11. 2006.
9. Centeno Cortés, C., Hernansanz de la Calle, S., Arnillas Gómez, P.: Historia del movimiento hospice. El desarrollo de los Cuidados Paliativos en España. En: Gómez Sancho M (Ed). Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Madrid: Aran, 1999.
10. De Lima, I., Bruera, E: The Pan American Health Organization: Its Structure and Role in the Development of a Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 20, No 6, 2000.
11. Organización Mundial de la Salud. Consulta www.who.int 2008.
12. Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N. & Calman, K.: Textbook of Palliative Medicine Oxford University Press, New York, USA. Tercera Edición. 2004.
13. Ferrell, B.: Review of the Domains of Variables Relevant to End-of-life Care. Journal of Palliative Medicine, Vol. 8 Supplement I, 2005.
14. Levin, R.: Cuidados Paliativos: Principios Generales. OMS y Organización Panamericana de la Salud. Consulta www.paho.org 2008.
15. Grau, J., Chacón, M., Reyes, M.C.: Los Cuidados Paliativos al paciente oncológico en Cuba. Periodos y etapas (Pasado y Presente). Editorial MINSAP, 2008.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia