

Programa regular de asignatura

- **Denominación de la Asignatura:** Cuidados Paliativos
- **Carrera/s a la/s cual/es pertenece:** Medicina
- **Plan de estudios:** 2015
- **Ciclo lectivo:** 2022
- **Docente/s:** Dra. Sandra Gil- Sede Hospital Oñativia
Dra. Cecilia Jaschek- Sede Hospital Rossi
- **Duración y carga horaria semanal:** Cuatrimestral – 5 horas semanales
- **Modalidad de cursada:** Integrada

Fundamentación:

La población de la Argentina está a la vanguardia del proceso de envejecimiento demográfico en América Latina. Las proyecciones de población para el país indican que el proceso se acelerará en las próximas décadas y que para el año 2050 la población de más de sesenta años será del 23% de la población total (13% en 1990). La epidemiología de esta franja etaria muestra una clara prevalencia de enfermedades evolutivas crónicas. En nuestro país, el 91% tiene su residencia en áreas urbanas. Se estima que en la Argentina más del 75% de la población morirá de una o más condiciones/enfermedades crónicas. La cronicidad avanzada está representada por aquel período final de la enfermedad caracterizado por una declinación física y nutricional, múltiples síntomas, trauma emocional, crisis frecuentes, polifarmacia, uso frecuente de recursos hospitalarios y urgencias, un sufrimiento considerable para los pacientes y sus familias y la necesidad de toma de decisiones éticas dilemáticas. Las condiciones más frecuentes son la demencia y las enfermedades neurodegenerativas, seguidas del cáncer y de las insuficiencias orgánicas (respiratoria, cardíaca, renal, hepática) con una proporción cáncer/no cáncer de 1/8. La población de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas tiene una media de edad de ochenta y dos años, es predominantemente femenina, y una alta frecuencia de fragilidad y multimorbilidad. La prevalencia de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas en los servicios de Salud y sociales muestra que están presentes en todo el

sistema, con necesidades de atención paliativa de entre 1.5-7% en la población general mayor de sesenta y cinco años; 35-45% en hospital de agudos, 40-70% en geriátricos y 1% en población atendida en centros de atención primaria. Con nuestro sistema de Salud construido alrededor de un modelo de cuidado episódico para dar respuesta a las patologías agudas, esta población de personas recibe actualmente una atención fragmentada, inadecuada y no coordinada que le agrega sufrimiento a su condición, resultando, además, costo ineficiente para el sistema. Así, se impone el desarrollo de un modelo asistencial que dé respuestas a las necesidades de los pacientes y sus familias, en el marco de este nuevo escenario demográfico, social y económico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el modelo de los cuidados paliativos para atender las necesidades de estas poblaciones y los define como el “enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.

La definición se completa con los siguientes principios:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte y a la familia a adaptarse al proceso de enfermedad del ser querido y en el duelo.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias.
- Mejoran la calidad de vida y pueden influenciar positivamente el curso de la enfermedad.

- Son aplicables de manera precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida tales como la quimioterapia o radioterapia incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

El programa de Cuidados Paliativos se basa en el aprendizaje de la identificación de los efectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas que padecen enfermedades amenazantes para la vida y su correcto tratamiento.

Tiene en cuenta aspectos:

- **Físicos.** Los síntomas físicos comunes incluyen: dolor, fatiga, falta de apetito, náuseas, vómitos, dificultad respiratoria e insomnio.
- **Emocionales.** Proveer recursos para ayudar a los pacientes y a las familias a manejar las emociones que se presentan con un diagnóstico y tratamiento de enfermedad avanzada e irreversible. La depresión, la ansiedad y el temor son solo algunas de las preocupaciones que son abordados en cuidados paliativos.
- **Espirituales:** Con un diagnóstico de cáncer, los pacientes y las familias buscan con frecuencia más profundamente un significado a sus vidas. Algunas personas se dan cuenta de que la enfermedad les acerca más a sus creencias espirituales o de fe, mientras que otras batallan en entender por qué les ocurre a ellas. Ayudar a la gente a explorar sus creencias y valores para que puedan encontrar un sentido a la vida y la trascendencia.
- **Necesidades de quien cuida al enfermo.** Los miembros de la familia son una parte importante de la atención de un ser querido en el final de la vida. Como el paciente, ellos tienen necesidades que cambian. Es común que los miembros de la familia se sientan exhaustos por las responsabilidades adicionales asignadas a ellos. Para muchas personas resulta difícil cuidar a un familiar enfermo mientras tratan de cumplir con otras obligaciones, como su trabajo, las tareas domésticas y cuidar a otros miembros de la familia. La incertidumbre de cómo ayudar a su ser querido con las situaciones médicas, el apoyo social inadecuado y las preocupaciones y el temor pueden añadirse también a la

tensión de quien cuida al enfermo. Estos desafíos pueden comprometer la salud propia de quienes cuidan. Se plantearán estrategias para ayudar a las familias y entorno afectivo a brindándoles el apoyo que necesitan.

- **Necesidades prácticas.** Las preocupaciones económicas y legales, cuestiones de seguros e inquietudes del trabajo son planteos habituales en la atención paliativa. Los objetivos de los cuidados son parte importante de la intervención e incluye pláticas acerca de las instrucciones por adelantado (Decisiones Anticipadas) y el facilitar la comunicación entre los miembros de la familia. La comunicación de malas noticias es un paradigma dentro de la comunicación general.

Esta asignatura se cursa en el quinto año de la carrera de Medicina, una vez que las/oa estudiantes han adquirido conocimientos específicos que los acercan a una mirada multidimensional del sujeto.

Los cuidados paliativos, desde nuestra visión, vienen a retomar la figura del médico de familia que curaba, acompañaba y consolaba a las personas y su entorno social y afectivo durante el transcurso de la vida. La superespecialización médica fue desintegrando al sujeto, focalizándolo en lo biológico; esta mirada interdisciplinar recupera la integralidad del ser humano para acompañarlo en la etapa final de su vida.

Objetivos:

Que los/las estudiantes:

- Adquieran competencias en el manejo de enfermedades crónicas, progresivas e incurables, y amenazantes para la vida.
- Incorporen conocimientos y habilidades de comunicación reconociendo las dificultades emocionales frente al sufrimiento y la muerte.
- Identifiquen las necesidades de pacientes mayores en los estadios avanzados de las enfermedades crónicas y el cáncer.

- Adquieran conocimientos para el control y alivio del dolor, manejo de recursos y analgésicos disponibles en la actualidad en pos de mejorar la calidad de vida con autonomía de las personas enfermas.
- Incorporen manejo terapéutico de los síntomas más frecuentes en el final de la vida.
- Conozcan los objetivos, operatividad y gestión de una Unidad de Cuidados Paliativos.
- Adquieran el manejo en cuidados paliativos en el primer nivel de atención y en el nivel hospitalario.

Teniendo en cuenta las competencias delineadas en la UNAJ para cuidados paliativos y el programa aprobado por CONEAU, los/las estudiantes serán capaces de:

- Realizar el examen físico y mental completo en pacientes internados y/o ambulatorios.
- Formular hipótesis diagnósticas iniciales teniendo en cuenta: a) los datos aportados en la anamnesis; b) los hallazgos del examen físico; c) la prevalencia de las enfermedades.
- Plantear diagnósticos diferenciales.
- Seleccionar, indicar e interpretar los métodos diagnósticos
- Indicar y/o realizar los tratamientos médicos correspondientes.
- Brindar educación para la salud y consejo para el autocuidado
- Indicar, si es necesario, la derivación a la especialidad que corresponda cumpliendo las normas de referencia y contrarreferencia.
- Gestionar con el paciente soluciones a los problemas planteados en la consulta y las acciones derivadas de las mismas.
- Respetar y hacer respetar, en todas las circunstancias, las normas de bioseguridad y asepsia.
- Evaluar signos vitales (presión arterial, pulso, respiración y temperatura)
- Administrar soluciones y medicamentos por venoclisis o Inyecciones subcutáneas e intramusculares
- Utilizar el pensamiento crítico, razonamiento clínico, medicina basada en la evidencia y la metodología de investigación científica en el manejo de la información y abordaje de los problemas médicos y sanitarios.

- Buscar información en fuentes confiables.
- Analizar críticamente la literatura científica.
- Planificar e indicar los estudios complementarios teniendo en cuenta la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de las pruebas.
- Interpretar y jerarquizar los datos obtenidos para reformular las hipótesis diagnósticas.
- Analizar el costo/beneficio de las distintas prácticas diagnósticas y terapéuticas.
- Brindar la máxima ayuda a sus pacientes anteponiendo los intereses de ellos al suyo propio respetando las diversidades culturales y sus creencias.
- Brindar apoyo y/o contención al paciente y/o a su familia al transmitir todo tipo de información sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento
- Brindar al paciente y/o la familia, la información suficiente y adecuada para obtener el consentimiento para realizar procedimientos y/o tratamientos.
- Brindar al paciente y/o la familia, la información suficiente y adecuada para obtener el consentimiento para realizar procedimientos y/o tratamientos.
- Conocer y valorar las habilidades y competencias de las otras profesiones sanitarias y actuar en el equipo multiprofesional.
- Cumplir con las normas vigentes y con las actividades especificadas en los programas de salud en curso.

Competencias

| Competencias | Grado de satisfacción |
|---|------------------------------|
| Realiza el examen físico y mental completo en pacientes internados y/o ambulatorios. | El alumno ve la realización |
| Formula hipótesis diagnósticas iniciales teniendo en cuenta: a) los datos aportados en la anamnesis; b) los hallazgos del examen físico; c) la prevalencia de las enfermedades. | El alumno ve la realización |
| Plantea diagnósticos diferenciales. | El alumno ve la realización |

| | |
|---|---|
| Selecciona, indica e interpreta los métodos diagnósticos | El alumno ve la realización |
| Indica y/o realiza los tratamientos médicos correspondientes. | El alumno ve la realización |
| Brinda educación para la salud y consejo para el autocuidado. | El alumno ve la realización |
| Indica, si es necesario, la derivación a la especialidad que corresponda cumpliendo las normas de referencia y contrarreferencia. | El alumno ve la realización |
| Gestiona con el paciente soluciones a los problemas planteados en la consulta y las acciones derivadas de las mismas. | El alumno ve la realización |
| Respetar y hacer respetar, en todas las circunstancias, las normas de bioseguridad y asepsia. | El alumno ve la realización |
| Evaluación de signos vitales (presión arterial, pulso, respiración y temperatura) | El alumno realiza las actividades-tareas al menos una vez |
| Administración de soluciones y medicamentos por venoclisis o inyección | El alumno ve la realización |
| Inyecciones subcutáneas e intramusculares | El alumno ve la realización |
| Utiliza el pensamiento crítico, razonamiento clínico, medicina basada en la evidencia y la metodología de investigación científica en el manejo de la información y abordaje de los problemas médicos y sanitarios. | El alumno realiza las actividades-tareas al menos una vez |
| Busca información en fuentes confiables. | El alumno realiza las actividades-tareas al menos una vez |
| Analiza críticamente la literatura científica. | El alumno realiza las actividades-tareas al menos una vez |

| | |
|--|-----------------------------|
| Planifica e indica los estudios complementarios teniendo en cuenta la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de las pruebas. | El alumno ve la realización |
| Interpreta y jerarquiza los datos obtenidos para reformular las hipótesis diagnósticas. | El alumno ve la realización |
| Analiza el costo/beneficio de las distintas prácticas diagnósticas y terapéuticas. | El alumno ve la realización |
| Busca ante todo mantener la salud del paciente. | El alumno ve la realización |
| Brinda la máxima ayuda a sus pacientes anteponiendo los intereses de los mismos al suyo propio respetando las diversidades culturales y sus creencias. | El alumno ve la realización |
| Brinda apoyo y/o contención al paciente y/o a su familia al transmitir todo tipo de información sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento | El alumno ve la realización |
| Brinda al paciente y/o la familia, la información suficiente y adecuada para obtener el consentimiento para realizar procedimientos y/o tratamientos. | El alumno ve la realización |
| Establece una comunicación escrita efectiva a través de la historia clínica y otros registros. | El alumno ve la realización |
| Conoce y valora las habilidades y competencias de las otras profesiones sanitarias y actúa en el equipo multiprofesional. | El alumno ve la realización |
| Cumple con las normas vigentes y con las actividades especificadas en los programas de salud en curso. | El alumno ve la realización |

Contenidos mínimos:

Concepto de enfermedad terminal y progresiva incurable. Conocimientos y habilidades de comunicación reconociendo las dificultades emocionales frente al sufrimiento y la muerte. Necesidades de los pacientes mayores en los estadios avanzados en las enfermedades crónicas y el cáncer. Calidad de vida con autonomía, alivio del dolor y/o sufrimiento en las etapas

avanzadas de las enfermedades geriátricas. La importancia del control del dolor, recursos y métodos analgésico-terapéuticos disponibles en la actualidad. Manejo terapéutico de los síntomas frecuentes al final de la vida. Objetivos, operatividad y gestión de una Unidad de Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos en el primer nivel de atención y en el nivel hospitalario.

Contenidos temáticos por unidades:

Unidad 1: Introducción e Historia

Contenidos: Introducción a los cuidados paliativos. Historia y desarrollo. Expansión internacional de los cuidados paliativos. Definición.

Unidad 2: Atención Primaria de la Salud

Contenidos: APS en CP: rol del equipo de salud. Atención paliativa. Identificación de pacientes con demanda. Instrumentos disponibles. Evaluación multidimensional.

Unidad 3: Interdisciplina

Contenidos: Rol del psicólogo en cuidados paliativos ¿Cuándo derivar a psicología? Evaluación de psicología. Etapas de la enfermedad y adaptación. Intervención de Trabajo Social. Asistencia a la familia. Claudicación familiar. Terapia ocupacional en cuidados paliativos: Objetivos generales y específicos. Principios de la intervención de Terapia Ocupacional. Intervenciones específicas y funciones. Criterios de interconsulta. Recomendaciones acerca de la intervención. Rol de enfermería en cuidados paliativos: educación y acompañamiento.

Unidad 4: Comunicación

Contenidos: relación paciente-familia-equipo de salud tratante. Comunicación de malas noticias.

Unidad 5: Atención Paliativa

Contenidos: Identificación de pacientes con demanda. Instrumentos disponibles. Dispositivos de atención: ambulatorio, domiciliario, hospitalario y *Hospice*.

Unidad 6: Dolor

Contenidos: Concepto de dolor total, evaluación multidimensional, Etiología. Clasificación. Semiología. Dolor por cáncer: epidemiología, etiología y semiología. Terapéutica racional: Escalera analgésica de la OMS. AINES y Opioides. Dosis equivalentes, Vías de administración. Coadyuvantes. Radioterapia. Cirugía. Tratamiento intervencionista. Legislación de opioides en Argentina. Aspectos psicoemocionales y sociales del paciente con dolor oncológico.

Unidad 7: Control de síntomas

Contenidos: Principios básicos en el manejo de síntomas respiratorios (disnea, hemoptisis, tos); digestivos (náuseas y vómitos; constipación, obstrucción intestinal); cuidados de la boca; cuidados de la piel; nutrición; trastornos hidroelectrolíticos (manejo de líquidos, calcio, sodio y potasio, insuficiencia renal) alteraciones en el nivel de conciencia (delirium, convulsiones, sedación paliativa)

Unidad 8: Final de vida

Contenidos: Identificación del final de la vida, organización de la casa, paciente en agonía, síntomas prevalentes. Sedación: aspectos bioéticos, definición, fármacos. Muerte.

Unidad 9: Toma de decisiones

Contenidos mínimos: consideraciones éticas. Aspectos legales: legislación argentina vigente, Consentimiento informado, Decisiones anticipadas. Prevención del agotamiento del cuidador. Escala de Zarit.

Unidad 10: Duelo

Contenidos: Identificación de familiares en riesgo, emociones esperables en el proceso del duelo, fases del duelo, el duelo en niños y adolescentes. Derechos del niño. Derechos del niño/a con enfermedad terminal (Lisbeth Quesada. Costa Rica.1997).

Bibliografía:

Unidad 1: Introducción e Historia

- Hospice Foundation of América. What is Hospice?. <http://www.Hospicefoundation.org>
- Informe Cronos: Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos (2014). The Boston Consulting Group, Inc. 2014. 31. Dirección de Promoción de la Salud y control de enfermedades No transmisibles Disponible en <https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1075/INFORME%20CRONOS.pdf>
- Riera J. (1982) Aproximación a la Historia de la Medicina. Valladolid: Ediciones de la Universidad de Valladolid..
- Saunders C. Foreword. (1998) En: Doyle D, Hanks G, MacDonald N. (eds). Oxford Textbook of Palliative Medicine (2ª ed.). Oxford: Oxford University Press
- Twycross RG. (1980) Hospice Care, redressing the balance in medicine Journal of the Royal Society of Medicine, 73, 475-81.

Unidad 2: Atención Primaria de la Salud

- Bonilla, P., Hidalgo, M. & Kamel, M. C. (2012). Manual de cuidados paliativos para el primer nivel de atención. Caracas: Sociedad Venezolana de Medicina Paliativa.
- Gómez-Batiste, X., Espinoza, J., Porta, J. & Benito, E. (2010). Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: Aportación de los cuidados paliativos. Med. Clín. (Barc.) 135(2), 83-89.
- Lynn, J., Chaudhry, E., Noyes Simon, L., Wilkinson, A. & Lynch Schuster, J. (2007). The common sense guide to improving palliative care. Oxford: Oxford University Press. Disponible en <http://paliativo-femeba.org>.

- OMS. (2002). Programas nacionales de lucha contra el cáncer. Directrices sobre política y gestión. Ginebra.
- OMS. (2010). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Disponible en www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf.
- Rocafort, J., Herrera, E., Fernández, F., Grajera, M., Redondo, M., Díaz, F. et al. (2006). Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. *Atención Primaria*, 38(6), 316-324.

Unidad 3: Interdisciplina

- Gómez-Batiste, X., Blay, C., Roca, J. & Fontanals, M. D. (2012). Innovaciones conceptuales e iniciativas de mejora en la atención paliativa del siglo XXI. *Med. Paliat.* 19(3), 85-86.
- Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Amblàs, J., Vila, L. & Costa, X. (2013). Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa: elaboración del Instrumento NECPAL CCOMS-ICO®. *Med. Clín. (Barc.)* 140(6), 241-245.
- Gómez-Batiste, X., Pascual, A., Espinosa, J. & Caja, C. (2010). Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos (revisión). *Med. Clín. (Barc.)*. 135(4), 179-185.
- Rocafort, J., Herrera, E., Fernández, F., Grajera, M., Redondo, M., Díaz, F. et al. (2006). Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. *Atención Primaria*, 38(6), 316-324.
- Tripodoro, V., Ruiz Morineddu, E., Paredes, L. & De Simone, G. (2013). NECPAL tool in Argentina: the pilot phase identifying chronic patients in need of palliative care in a geriatric hospital in Buenos Aires. *European Journal of Palliative Care*. 13th World Congress of the European Association for Palliative Care. Prague, Czech Republic, May 30 - June 2, 2013. Abstracts. Poster Number P2-089, p. 162.

Unidad 4: Comunicación

- Buckman, R. (1999). Communication in palliative care: a practical guide, en Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- Gómez Sancho, M. (1997). Cómo dar malas noticias en medicina. 2ª ed. Madrid: Arán Ediciones.
- Vidal y Benito, M. del C. (2002). Acerca de la buena comunicación en medicina. Conceptos y técnicas para médicos y otros profesionales del equipo de salud. Buenos Aires: Ediciones IUC. Disponible en www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/modelos_de_relacion_medico_paciente.pdf.
- Vidal y Benito, M. del C. (2010). Relación médico paciente: bases para una comunicación a medida. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Vidal y Benito, M. del C. (2012). La empatía en la consulta. Un recorrido desde la filosofía hasta las neurociencias. Buenos Aires: Polemos

Unidad 5: Atención Paliativa

- Jacob, Graciela y col. Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014. 276 p.: il.
- Vilma A. Tripodoro; María C. Rynkiewicz; Victoria Llanos; Susana Padova; Silvina De Lellis; Gustavo De Simone. Atención Paliativa en personas con enfermedades crónicas avanzadas. 2016; 76: 139-147. ISSN 1669-9106
- Gómez-Batiste X, González-Olmedo MP, Maté J, et al. “Principios básicos de la Atención Paliativa de personas con enfermedades crónicas evolutivas y pronóstico de vida limitado y sus familias”. Observatorio “Quality”. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos del Institut Català d’Oncologia. 2011
- A. Fernández-López, R. Sanz-Amores¹, R. Cía-Ramos², J. Boceta-Osuna³, M. Martín-Roselló⁴, A. Duque-Granado, J. M. Melero-Bellido. Criterios y niveles de complejidad en Cuidados Paliativos. Med Pal (Madrid) Medicina Paliativa Vol. 15: N.º 5; 287-292, 2008. Aran Ediciones S.L

- Eduardo Reynoso*, Olimpia Alazraki*, Maricarmen González-Maraña**, Salvador Alvarado*** y Marco Antonio Pulido****. Evaluación de las necesidades de pacientes oncológicos en etapa terminal (a través del instrumento Enpoet): comparación entre muestras. *Psicooncología*. Vol. 5, Núm. 1, 2008, pp. 39-52.
- Enric Benito, Mónica Dones y Javier Babero. El Acompañamiento Espiritual En Cuidados Paliativos. *Psicooncología*. Vol. 13, Núm. 2-3, 2016, pp. 367-384 ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/PSIC.54442
- Anna Novellas Aguirre de Cárcer. Manuel Miguel Pajuelo Valsera. Cuidados Paliativos. La familia de la persona enferma. Secpal. www.secpal.com
- - Novellas, A. La atención a las familias en cuidados paliativos. Análisis del proceso y propuestas metodológicas de intervención. *Revista de medicina paliativa*. Abril-Junio 2000 Vol. 7 nº 2 Madrid.

Unidad 6: Dolor

- Bonilla, P., De Lima, L., Díaz Zuluaga, P., León, M. X. & González, M. (Eds.). (2011). Uso de opioides en tratamiento del dolor: Manual para Latinoamérica. Disponible en <http://cuidadospaliativos.org/recursos/manuales-y-guias/>.
- Bruera, E. & Kim, H. N. (2003). Cancer pain, *JAMA*, 290(18), 2476-2479.
- Caraceni, A., Hanks, G. & Kaasa, S. (2012). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *The Lancet Oncology*, 13(2), 558-568.
- Centeno, C. & Bruera, E. (1999). Tratamiento y prevención del síndrome de neurotoxicidad inducido por opioides. *Med. Pal.*, 6, 56-76.
- Palma, A., Taboada, P. & Nervi, F. (Eds.). (2010). *Medicina paliativa y cuidados continuos*. Ediciones Universidad Católica de Chile. Disponible en <http://cuidadospaliativos.org/recursos/manuales-y-guias/>.
- Peden, J., Young, S. K., Bohn, U. & McDonald, A. (2013). 99 Common Questions (and more) about hospice palliative care: A nurse's handbook. Edmonton, Canada:

Edmonton Zone Palliative Care Program - Alberta Health Services. Disponible en www.palliative.org/NewPC/_pdfs/education/99QuestionsEbook2013.pdf.

- Perrot, A., Wenk, R., Vega, G. F. et al. (2012). *Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Curso Detección Temprana y Seguimiento de Enfermedades Oncológicas en el PNA. Manual de la Unidad 5: Dolor y cuidados paliativos.* Disponible en www.remediar.gob.ar/files/Unidad%205%20final.pdf.
- Ripamonti, C., Bandieri, E. & Roila, F. (2011). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann. Oncol.* 22(6), vi69-vi77.
- Vignaroli, E. & Bennett, B. (2012). Strategic pain management: The identification and development of the IAHPIC Opioid Essential Prescription Package. *Journal of Palliative Medicine*, 15(2).

Unidad 7: Control de síntomas

- Redondo Moralo, M. J. & Cuervo Pinna, M. Á. (2006). Síntomas respiratorios en cuidados paliativos. *Atención Primaria*, 38(1). Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sintomas-respiratorio-s-cuidados-paliativos-13094774>
- Ang, S., Shoemaker, L. & Davis, M. (2010). Nausea and vomiting in advanced cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27(3), 219-225.
- Baron, A., Mercadante, S. et al. (2007). Report of the clinical protocol committee: development of randomized trials for malignant bowel obstruction. *J. Pain Symptom Manage.* 34 (1 suppl.), S49–59.
- Bonilla, P. et al. (2008). Guía práctica de diagnóstico y tratamiento. I Consenso Venezolano de la Constipación Inducida por Analgésicos.
- Breitbart, W. & Alici, Y. (2008). Agitation and delirium at the end of life: “We couldn’t manage him”. *JAMA*, 300(24), 2898-2910.
- Breitbart, W. et al. (1993). Psychiatric symptom in palliative medicine. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Sec. 15. 2nd Ed. UK: Oxford Medicine.
- Bush, S. & Bruera, E. (2009). The assessment and management of delirium in cancer patients. *Rev. Oncologist*, 14, 1039-1049.

- Centeno, C., Vara, F., Pérez, P., Sanz, A. & Bruera, E. (2003). Presentación clínica e identificación del delirium en cáncer avanzado. *Med. Pal.* 10(1), 24-35.
- Driver, L. & Bruera, E. (1999). *The MD Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook*. Cap. 14. US: MD Anderson Cancer Center.
- Control de síntomas Gómez Sancho, M. & Ojeda Martín, M. (2009). Cuidados paliativos. Control de síntomas. Disponible en www.cgcom.es/sites/default/files/Cuidados%20paliativos.%20control%20de%20sintomas.pdf.
- De Simone, G., Tripodoro, V. (2004). *Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas*. Buenos Aires: Ediciones Pallium Latinoamérica. Disponible en www.pallium.org.ar.
- MacLeod, R., Vella-Brincat, J. & Macleod, S. (2012). *The palliative care handbook. Guidelines for clinical management and symptom control*. 6th Ed. Disponible en www.hospice.org.nz/cms_show_download.php?id=377.
- Miles, C. et al. (2007). Laxantes para el tratamiento de la constipación en pacientes que reciben cuidados paliativos. *Biblioteca Cochrane Plus*, n. 4.
- Lawlor, P. et al. (2000). Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch. Intern. Med.* 160(6), 786-794.
- Mammana, G. (2005). *Anal. de Med. y Cuidados Paliativos*, 1(6). Disponible en www.analesdemedicina.com.

Unidad 8: Final de vida

- Astudillo, W. (2012). *Medicina paliativa y alivio del dolor en atención primaria*. Sociedad Vasca de CP y CP Sin Fronteras.
- EAPC. (2010). *Revisión sobre sedación paliativa*. Disponible en www.eapcnet.eu.
- Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura. (2010). *Guía clínica de vía subcutánea, usos y recomendaciones*. Programa regional de CP.
- OPCARE 9. (2012). *A european collaboration to optimize research for the care of cancer patients in the last days of life. Executive Report 2012*. Disponible en www.mcpcil.org.uk/media/Doc%204%20OPCARE9%20Report.pdf.

Unidad 9: Toma de decisiones

- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza.
- Benito, E. et al. (2008). *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos: Una introducción y una propuesta*. España: Arán Ediciones. Disponible en <https://borderlesscompassioncommunity.org/wp-content/uploads/2020/09/guia-espiritualidad-secpal.pdf>
- Breitbart, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality and meaning centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*. Berlin–Heidelberg: Springer.
- Chochinov, H., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L., Mc Clement, S. & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24).
- Frankl, V. (1987). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Kearney, M. & Mount, B. (2000). Spiritual care of the dying patient. *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Longacker, C. (2007). *Para morir en paz. Guía de cuidados psicológicos y espirituales para la enfermedad, el duelo y la muerte*. Barcelona: Rigden Institut Gestalt.
- Puchalski, C. & Romer, A. (2000). Taking a spirituality history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*.
- Saunders, C. (1967). *The management of terminal illness*. London: Hospital Medicine Publications.
- WHO. (1990). *Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 804*. Geneva: WHO.

Unidad 10: Duelo

- *Duelum*. (2007). *Material de estudio del curso Formación de operador en duelo*. Buenos Aires.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Mc Millan.

- Neimeyer, R. (2007). Aprender de la pérdida. España: Paidós. Novellas Aguirre de Cárcer, A. (2000). La atención a las familias en cuidados paliativos. Análisis del proceso y propuestas metodológicas de intervención. Revista de Medicina Paliativa, 7(2).
- Oliviere, D., Hardgreaves, R. & Monroe, B. (1998). Good practices in palliative care. Inglaterra: Ashgate Arena.
- Worden, W. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. España: Paidós.

Propuesta Pedagógico-Didáctica:

Los contenidos de la materia estarán orientados al manejo integral e integrado de la unidad de tratamiento (paciente y entorno afectivo significativo) teniendo en cuenta todas las dimensiones del sujeto: físico, emocional, social y espiritual.

La teoría se desarrollará en cada clase de modalidad teórico-práctica, y a través del material de lectura obligatorio, que deberá ser leído previo a cada encuentro.

En los encuentros se trabajará en la conceptualización de los contenidos de cada unidad, utilizando un modelo de problematización con producción de conocimiento capaz de resolver situaciones frecuentes de la actividad profesional futura.

Conocimiento y uso de diferentes Escalas (Dolor, Cognitivo, Delirium, Agotamiento del cuidador, Autonomía) que le permitan tomar decisiones respecto a las conductas e intervenciones en su futura práctica profesional.

La modalidad de enseñanza se desarrollará a través de clases teórico-prácticas, talleres divididos en pequeños grupos y puesta en común posterior, juego de roles, fragmentos de películas de ficción o documental que sean disparadores y controversiales, mapas conceptuales, “lluvia de ideas”.

Se integrarán conocimientos previos con los adquiridos en la materia, elaborando herramientas propias para la resolución de los casos clínicos, teniendo en cuenta el caso por caso.

Lectura, por grupos, del tratamiento periodístico de la Ley de “Muerte Digna” y lectura de la Ley 26.742 y su articulado con puesta en común posterior.

Los estudiantes participarán de dos actividades hospitalarias OBLIGATORIAS (atención en consultorios externos y/o visita domiciliaria y/o reunión de equipo interdisciplinario y/o internación hospitalaria), pudiendo concurrir en forma optativa y NO OBLIGATORIA a dos actividades más, dependiendo de disponibilidad de cada una de las sedes hospitalarias.

Régimen de aprobación:

El proceso de evaluación se desarrollará en forma continua a través de las producciones individuales y grupales, estando previstas 2 (dos) evaluaciones parciales, con sus correspondientes instancias recuperatorias y un examen final integrador.

- Haber cumplido con el 75% de asistencia al taller.
- Haber concurrido a las 2 (dos) actividades hospitalarias obligatorias.

Haber aprobado las 2 (dos) evaluaciones parciales o sus correspondientes evaluaciones recuperatorias con 4 (cuatro) o más puntos de promedio entre todas las instancias evaluativas, sean éstas parciales o sus recuperatorios, con la condición de alumno regular, accederá al examen final requiriendo un puntaje mínimo de 4 (cuatro) para su aprobación.

La materia es cuatrimestral. La carga horaria semanal es de 5 (cinco) horas. Talleres, clases teóricas (virtuales o presenciales) y Prácticas (hospital).