

4. Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot ML. Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11:10.

Gabriela Picco*, Isabel Erquiaga, Samuel Goñi y Pilar Huarte

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gabpicco@hotmail.com (G. Picco).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.03.002>

Sedación paliativa

Palliative sedation

Sra. Directora:

La sedación paliativa es un tema de gran importancia en el trabajo diario de los profesionales de cuidados paliativos. Sin embargo, existen pocos trabajos publicados sobre este tema en nuestro medio y por ello, cuando nos proponemos evaluar la actividad diaria y compararla con la que realizan otros equipos, no resulta fácil.

Al revisar los artículos y las comunicaciones sobre la práctica de sedación paliativa por distintos equipos sanitarios se pueden observar una serie de cuestiones que son prácticamente siempre evaluadas: frecuencia, motivo de la sedación, fármacos utilizados, duración hasta el fallecimiento y aspectos relacionados con la toma de decisiones. De estas 5 encuentro un apreciable consenso en las más «técnicas» como son: los medicamentos utilizados, sus dosis y la duración de la sedación hasta el fallecimiento. Pero en el resto parece que los investigadores no se ponen de acuerdo y no dejo de sorprenderme al comprobar la disparidad en la frecuencia de sedación a domicilio entre unos equipos y otros y las diferencias en los síntomas que motivan la indicación. ¿Tan diferentes son los pacientes atendidos por unos u otros? ¿Cómo puede ser que un equipo sede a más de la mitad de los pacientes y otro apenas a un 5%?

En un artículo reciente, Pérez, Gallego y Jaén¹ comunican una frecuencia de sedación a domicilio del 65% superior al de la mayoría de estudios consultados, aunque no explican los motivos de esa diferencia.

En otro artículo publicado anteriormente en *Medicina Paliativa*, Carballada y Ameneiros² explican la amplitud en la frecuencia de sedación paliativa llevada a cabo en pacientes oncológicos en su domicilio a través de diferentes argumentos. Aseguran que no hay muchos trabajos sobre este tema y que una gran parte de los existentes se refieren al ámbito hospitalario y son retrospectivos y no permiten una comparación adecuada con el suyo, realizado a domicilio y al que consideran prospectivo. Es cierto que hay pocos. Sin embargo, a parte de los mencionados por ellos y con las limitaciones que este tipo de comunicaciones pueda tener, he podido encontrar 5 trabajos presentados en los últimos congresos SECPAL sobre sedación paliativa a domicilio, 2 de ellos llevados a cabo por unidades de hospitalización a domicilio, como en su estudio.

Los autores referidos argumentan que los estudios en los que se consideran los casos de sedación superficial y profunda comunican cifras de frecuencia más elevada de dicha intervención que los que solo tienen en cuenta las sedaciones profundas. Este argumento no parece justificar los resul-

tados de su trabajo en el que solo se consideran las sedaciones profundas y obtienen una frecuencia en el límite alto del rango de frecuencia publicado, ni el de Royo et al.³ en el que se comunica una frecuencia del 4,1% y no se distingue entre sedación paliativa y sedación en la agonía de pacientes oncológicos atendidos por 4 equipos de soporte domiciliario. En otro estudio, Sanz et al.⁴ refieren una frecuencia del 35% de sedación profunda e irreversible de pacientes oncológicos a domicilio. Irurzun et al.⁵ comunican una frecuencia del 26% de sedaciones ante síntomas refractarios en pacientes oncológicos que fallecieron en su domicilio atendidos por su Unidad de Hospitalización a Domicilio. Por su parte, Torremorell et al.⁶ comunican un 34% y Romero et al.⁷ refieren un 27% de sedación terminal a domicilio de pacientes oncológicos.

Otro de los argumentos expuestos es el relativo a las «características» y a la mayor complejidad de los pacientes atendidos en hospitalización a domicilio. En mi opinión, si la frecuencia de sedación paliativa dependiera de la complejidad de los pacientes, en las Unidades de Hospitalización de Agudos de Cuidados Paliativos se darían las frecuencias más elevadas. Pero, según los mismos autores han comprobado, las frecuencias no difieren mucho entre el domicilio y el hospital.

Pienso que uno de los argumentos principales para explicar la amplitud de frecuencia en la sedación paliativa se encuentra en lo que Carballada y Ameneiros definen como «diferentes abordajes clínicos». Es decir, la intensidad/limitación en el esfuerzo terapéutico ante síntomas que los diferentes equipos pueden encontrar, en sí mismos, «más o menos refractarios» en función de una supervivencia estimada. Esto es subjetividad.

A este respecto, considero que la Guía de Sedación Paliativa⁸ recientemente publicada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Organización Médica Colegial (OMC) es un documento que debe servir para reforzar la buena praxis y la correcta aplicación de la sedación paliativa de una manera protocolizada y que de homogeneidad a esta intervención entre los equipos de cuidados paliativos y los médicos que precisemos de su utilización para el control de síntomas refractarios en el ejercicio profesional.

Bibliografía

1. Pérez Durillo FT, Gallego Montalbán JA, Jaén Castillo P. Análisis de actividad de un equipo de soporte de cuidados paliativos. *Med Pal.* 2012;18:129-34.
2. Carballada C, Ameneiros E. La sedación paliativa en pacientes oncológicos en una unidad de hospitalización a domicilio: un análisis prospectivo de 7 años de experiencia. *Med Pal.* 2010;17:276-9.

3. Royo JL, Fernández L, Pérez de León JA, Alegre S, Barranco E, Boceta J, et al. Sedación Paliativa: Estudio descriptivo según sus características y nivel de consentimiento. Datos años 2006-2007. En: 7.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: 4-7 de junio, Salamanca, 2008. *Med Pal.* 2008;15 Suppl. 1:ss295-6.
4. Sanz J, Rodríguez V, Manzanar A, García A, Alonso MA. Sedación paliativa en domicilio. En: 6.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: 7 a 10 de junio, Donostia, 2006. *Med Pal.* 2006;13 Suppl. 1:ss132.
5. Irúrzun J, de Damborenea MD, Fernández A, Salán JM, Larrazábal A, Santiago M. Sedación paliativa en pacientes con hospitalización a domicilio. En: 7.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: 4-7 de junio, Salamanca, 2008. *Med Pal.* 2008;15 Suppl. 1:ss296.
6. Torremorell D, Libran A, Pastor P, Sala C. Uso de la sedación paliativa en la UCP y PADES del Consorcio Sanitario de Tarrasa. 7.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: 4-7 de junio, Salamanca, 2008. *Med Pal.* 2008;15 Suppl. 1:ss308.
7. Romero J, Gálvez R, Ruiz S, Cepa R, Cátedra M, Alba R, et al. Sedación terminal en domicilio coordinada entre Unidad Cuidados Paliativos y Atención Primaria. 8.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: 5-8 de mayo, A Coruña, 2010. *Med Pal.* 2010;17 Suppl. 1:ss214.
8. Organización Médica Colegial. Sociedad Española de Cuidados Paliativos [portal en Internet]. Guía de sedación paliativa [actualizado 14 Nov 2011; citado 02 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.secpal.com/barchivos//index.php?acc=ver&idarchivo=271>

Miguel Ángel Sancho Zamora

Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España
 Correo electrónico: masancho.hrc@salud.madrid.org

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.07.006>

Los cuidados paliativos transculturales: una visión universal de los cuidados

Cross-cultural palliative care: a universal vision of care

La multiculturalidad de nuestra población es cada vez más evidente y este fenómeno se refleja en nuestro sistema de salud donde los usuarios proceden de orígenes diversos.

La atención paliativa a pacientes de distintas culturas precisa nuevas formas de concebir y desarrollar los cuidados al final de la vida.

Cada cultura incluye creencias, valores y costumbres procedentes, algunos de ellos, de la religión que tradicionalmente ha ofrecido el sentido de la muerte y los cuidados en los enfermos terminales. Por lo tanto, parece imprescindible tener en cuenta este aspecto pero desde una perspectiva amplia y respetuosa con cada paciente y cada familia.

En Occidente, por ejemplo, la muerte vista desde la laicidad es un proceso que se considera meramente biológico. Podrá ser vivida desde la depresión, la ansiedad y la tristeza o desde la naturalidad en función de cada persona y su filosofía de vida. Esta laicidad convive con otras religiones que dan distintas interpretaciones al sufrimiento, el dolor y la muerte.

Esta heterogeneidad de culturas y creencias sobre el final de la vida en muchos casos acaba provocando problemas entre profesionales y pacientes debido a la falta de conocimientos sobre algunas características culturales. Para hacer frente a esta problemática surgen los cuidados paliativos transculturales que pueden guiar al profesional en sus actuaciones en función de las creencias del paciente que atiende y así poder conseguir una comunicación eficaz y un buen entendimiento que facilite las distintas tareas que se requieren para el cuidado y el bienestar.

Este fenómeno nos plantea una nueva visión en la formación de los cuidados paliativos para los profesionales presentes y los futuros. El currículo docente debería contemplar la diversidad cultural pero no pensando solamente en la población inmigrante, sino en la diversidad y la comple-

jididad de las personas. Muchas de ellas han creado su propia filosofía de vida entendiendo a su manera la muerte y el sentido de los cuidados paliativos sin que se identifique con ninguna cultura específica.

Los cuidados paliativos transculturales sirven de guía en la atención a pacientes de distintas culturas pero no hay que caer en el error de aplicar la totalidad de los cuidados de manera generalizada ya que querer generalizar toda una cultura es una tarea no compleja sino prácticamente imposible. El profesional debe trabajar desde la personalización y la evidencia ayudando y guiando al paciente para que participe activamente en su proceso, entendiendo y respetando su cosmovisión. Durante este proceso el equipo interdisciplinar debe saber tratar con dilemas éticos interculturales ya que muchas veces verá que sus valores entran en contradicción con los del paciente que atiende. Como cuidadores y acompañantes de estos procesos debemos trabajar desde la neutralidad, viendo y entendiendo lo que el paciente nos quiere transmitir y dejando de lado los estereotipos y los prejuicios marcados por nuestra sociedad.

Todo este fenómeno no hay que verlo solo como un reto sino como una nueva oportunidad de replantear los cuidados paliativos para convertirlos en cuidados universales.

Hay que enriquecerse de las interpretaciones de otras culturas para poder entender mejor las significaciones del final de la vida.

Dada la complejidad de nuestra sociedad actualmente estoy realizando una revisión sistemática en cuidados paliativos transculturales que espero poder presentar muy pronto para ayudar al resto de los profesionales a solucionar algunos dilemas éticos y culturales.

Imad El Bouchaibi Dali

Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat (adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona), Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España
 Correo electrónico: imad.dali@eug.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.10.003>