



Medicina Paliativa

www.elsevier.es/medicinapaliativa



CARTAS AL DIRECTOR

Lost in translation: cómo mejorar la comunicación con pacientes no hispano-hablantes en Cuidados Paliativos

Lost in Translation: How to communicate with non-Spanish speaking patients in Palliative Care

Sra. Directora:

Pese a la inmigración importante de los últimos años, hay escasos estudios referidos a pacientes no hispano-hablantes ingresados en Cuidados Paliativos, la comunicación y el trabajo del mediador cultural. La nota clínica de Medicina Paliativa «Acompañando a Fabala Dambele» (enero 2011)¹, hace hincapié en que en un mundo plural es necesario conocer y gestionar la diversidad cultural, y es imprescindible para acompañar en el proceso de morir.

Nuestra experiencia en la diversidad ha sido y es con enfermos marroquíes, rumanos, angoleños, ucranianos y rusos. Y a raíz de este acompañamiento en el proceso de morir, revisamos bibliografía para orientarnos y ayudar al mediador cultural. El intérprete o mediador tiene la doble función de interpretar lingüísticamente, teniendo en cuenta además los aspectos relevantes de la cultura de donde proviene el enfermo.

En estudios cualitativos realizados en Australia e Inglaterra en Cuidados Paliativos² en pacientes que no hablaban el idioma local, refirieron sentirse solos, incomprendidos, con dificultad para preguntar y para entender las instrucciones médicas. El control de otros síntomas diferentes al dolor fue peor en pacientes que no hablaban inglés, y ninguno de los pacientes de habla no inglesa falleció en su domicilio. Se concluye que los pacientes no fluentes en inglés recibieron peores cuidados al final de la vida^{3,4}.

A partir de revisiones realizadas para acompañar y comunicar mejor, concluimos que puede ser una ayuda tener estos aspectos en cuenta:

- Antes de reunirse con el paciente, explicar el propósito del encuentro al mediador, el mensaje que se quiere transmitir y las palabras que queremos evitar
- Identificar el significado del dolor y de los síntomas en la cultura del enfermo

- Establecer canales de comunicación (cortesía) para facilitar el diálogo
- Evitar la tendencia a alzar la voz y dar mensajes concisos
- El médico y el intérprete deben estar a la altura de la mirada del paciente y contactar con sus ojos
- Hacer pausas para que el mediador pueda hacer su trabajo, y dar espacio para reflexionar sobre lo que se está tratando de comunicar
- Analizar el comportamiento no verbal del paciente/familia para valorar si se debe hacer hincapié en alguna frase, y dar tiempo para preguntas
- Al final de la entrevista, dar la oportunidad al paciente/familia para aclarar temas sobre el encuentro
- Valorar si el mediador ha estado cómodo en la entrevista y preparar la próxima

Al final de la vida, es esencial que exista una relación fluida, tanto para el control de síntomas físicos como para acompañar y reforzar el vínculo con el enfermo. Una comunicación exitosa requiere algo más que una eficiente traducción, y en relación al principio de autonomía, la comunicación efectiva continúa siendo la clave.

La presencia de mediadores en cuidados paliativos es una de las recomendaciones de buena práctica. Reafirmando a Colasanti, «los enfermos inmigrantes esperan una tecnología mitificada que les salve, pero no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a sus médicos y cuidadores».

Bibliografía

1. Alonso Babarro A, Sanchez del Corral Ursaola F, Cano JM, Varela Cerdeira M, Tordable Ramirez A, Sanz Peces E, et al. La atención a pacientes inmigrantes en Cuidados Paliativos. Med Paliat (Madrid). 2002;9:161-6.
2. Butow PN, Sze M, Dugal-Beri P, Mikhail M, Eisenbruch M, Jefford M, et al. From inside the bubble: migrants' perceptions of communication with the cancer team. Support Care Cancer. 2011;19:281-90.
3. Haffner L. Translation is not enough. Interpreting in a medical setting, In Cross-cultural medicine—A decade later (Special Issue). West J Med. 1992;157:255-9.

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.