



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

269/80 - LA COMPLEJIDAD DE LOS ÚLTIMOS DÍAS

S. Pini^a, M. Saura González^b, J. Parra Jordán^c, G. Rosario Godoy^c y P. Minchong Carrasco^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. ^bMédico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardiner. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años diagnosticado de Adenocarcinoma de Páncreas localmente avanzado irresecable. Recibió quimioterapia, pero presenta progresión hepática por lo que él decide suspender Quimioterapia y es derivado a la Unidad de cuidados Paliativos. Visitamos al paciente domicilio de hermana, con la cual reside. Él conoce su enfermedad y su pronóstico. Afectado anímicamente, astenia marcada, poco apetito, estreñimiento e insomnio. Dolor controlado con morfina. Unas semanas después deterioro del estado general, encamado, no come ni toma líquidos y los vómitos se vuelven refractarios a los tratamientos pautados a dosis máximas y el dolor se vuelve de difícil control, por lo que se inicia sedación paliativa con midazolam bajo consentimiento de paciente. Se aumenta dosis de midazolam progresivamente hasta techo terapéutico, pero no se consigue sedación. Continúa despertándose con dolor e intenta levantarse de la cama con peligro de caídas, manteniendo un Ramsey III y en los últimos días Ramsey I.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. TA 90/60. Sat. 95%. FC: 92 lpm. Somnoliento al llamado, pero orientado, regularmente hidratado. Abdomen distendido sin defensa. Bioquímica: glucosa 81 mg/dL, urea 31 mg/dL, creatinina 0,63 mg/dL, FG > 90 ml/min/1,73 m², ALT 163 U/L, AST 107 U/L, GGT 1.772 U/L, FA 736 U/L, bilirrubina 2,4 mg/dL, proteínas 6,0 g/dL, albúmina 3,5 g/dL. Protrombina 32%.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de páncreas irresecable con metástasis hepáticas. Sedación en el final de vida. Reacción paradójica a benzodiacepinas.

Diagnóstico diferencial: Delirium. Síndrome de neurotoxicidad por opioides.

Comentario final: El paciente presenta cuadro de agitación, probablemente paradójica al midazolam. La hermana solicita ingreso hospitalario por claudicación. Se ofrecen medidas de apoyo y se plantea cambio para sedación con levomepromazina mientras se cursa ingreso. La familia accede pero en las siguientes 48 horas se logra sedación con Ramsey VI en domicilio, cediendo cuadro de agitación. La indicación más frecuente de sedación paliativa son los síntomas (náuseas/vómitos, disnea, dolor, hemorragia, ansiedad, delirium hiperactivo) refractarios a pesar de tratamiento correcto. La sedación exige ciertas circunstancias: un sufrimiento intenso por síntomas refractarios, que el enfermo o, en su defecto la familia, haya dado consentimiento a la sedación y que el enfermo haya tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales. La sedación se debería hacer en el lugar en que está siendo atendido el enfermo. Los fármacos de elección para la sedación paliativa son, en orden, las benzodiacepinas (midazolam), neurolépticos sedativos (levomepromazina o clorpromazina) anticonvulsivantes (fenobarbital)

y anestésicos (propofol). Midazolam es de primera elección, excepto en el delirium, en el que lo sería levomepromacina. Tiene una dosis máxima de 150 mg diarios, a partir de la cual puede producirse reacciones paradójicas. Levomepromacina (25 mg/ml) se usa como segunda opción cuando fracasa la sedación con midazolam. Si el paciente está bajo intento de sedación previa con midazolam, debe reducirse la dosis de éste un 50% en el día de la inducción con levomepromacina, y luego continuar reduciendo su dosis progresivamente según sea la respuesta clínica. Siempre debe realizarse una evaluación continua del nivel de sedación en el que se encuentra y necesita el enfermo. Esto se puede hacer mediante valoración de la escala de Ramsay. La sedación paliativa es una maniobra terapéutica que protege al paciente del sufrimiento físico y emocional. Esta tiene un significado profundo para el paciente, su familia y el médico. La decisión parte de una reflexión compartida acerca de la necesidad de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica y es requisito indispensable el consentimiento, la administración de fármacos a dosis adecuadas, y la evaluación continua hasta lograr el nivel de sedación deseado.

Bibliografía

1. Aguilera García JP. Manejo integral de síntomas al final de la vida: guía de consulta rápida. Gobierno de Cantabria, Dirección General de Salud Pública, 2009.
2. Organización Médica Colegial. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de sedación paliativa. Disponible en: <http://www.secpal.com>