



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 269/7 - SEDACIÓN PALIATIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Carlos González<sup>a</sup>, N. Santos Méndez<sup>b</sup>, V. Acosta Ramón<sup>c</sup>, M. Abuhassira<sup>d</sup>, L. Alli Alonso<sup>e</sup> y E. Lino Montenegro<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tetuán. Santander. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 51 años, con diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón con metástasis suprarrenales, que es derivado a la Unidad de Cuidados Paliativos para manejo de dolor, tras cinco ciclos de quimioterapia sin objetivarse mejoría clínica, para manejo de dolor. Antecedentes personales: exfumador de 120 paquetes-año hasta hace 1 año. No HTA. No DM. Obesidad grado III. Ca vesical de células transicionales G3 T1N0M0. QT paliativa con cisplatino-permetrexed. IQ: RTU. Lobectomía superior derecha y linfadenectomía y posterior suprarrenalectomía derecha con estadificación final de pT3 pNo pM1 (suprarrenal derecha).

**Exploración y pruebas complementarias:** En la primera visita domiciliaria nos encontramos al paciente consciente, con tendencia al sueño y con dolor generalizado de difícil control e iniciamos tratamiento con midazolam, amitriptilina, metamizol, pregabalina, y morfina a manera de rescate vía subcutánea. En las visitas posteriores pudimos observar como el estado general del paciente se iba deteriorando. En la última visita encontramos al paciente en situación de últimos días y refiriendo gran sufrimiento, dolor generalizado que no puede localizar, y en mal estado general, así como agitado. Se decide iniciar tratamiento con 90 mg de midazolam, 23 mg de metadona, 75 mg de levomepromazina en infusor para 24 horas, así como midazolam 15 mg rescate hasta cada 4 horas y metadona 0,3 mg si precisaba. El paciente falleció unas horas más tarde.

**Juicio clínico:** Dolor en paciente terminal.

**Diagnóstico diferencial:** Dolor oncológico.

**Comentario final:** La sedación paliativa es una medida de último recurso que se usa en el final de la vida para aliviar los síntomas severos y refractarios a tratamiento. Se realiza mediante la administración de medicamentos sedantes y tiene como objetivo inducir un estado de disminución de la conciencia o ausencia de conciencia (inconsciencia). La intención de la sedación paliativa es aliviar la carga de sufrimiento de otro modo intolerable para los enfermos terminales y hacerlo de tal manera que se preserve la sensibilidad moral del paciente, los profesionales médicos involucrados en su cuidado, su familia y amigos. Se utiliza principalmente para el tratamiento del dolor refractario, disnea, agitación y convulsiones. Su complejidad no deriva de la finalidad (alivio del sufrimiento), si no de la toma de decisiones que la justifiquen.

## Bibliografía

1. Billings JA, Churchill LR. Monolithic moral frameworks: how are the ethics of palliative sedation discussed in the clinical literature? *J Palliat Med.* 2012;15:709.