

## Atención a una persona con diabetes en fase paliativa

Mario Manuel Cortés Béjar

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de la Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital de La Rioja. Logroño. Fundación Rioja Salud

### INTRODUCCIÓN

Según los actuales estudios, la diabetes mellitus (DM) es la enfermedad crónica más frecuente (415 millones de personas) y, como la población mundial está envejeciendo, aumenta su prevalencia. El 30-35 % de las personas mayores de 75 años tiene DM<sup>1</sup>. A pesar de la prevención y seguimiento que se hace en los diabéticos, con el tiempo, el estado de salud puede cambiar, y esta enfermedad puede dar lugar a muchas causas comunes de muerte: enfermedades cardiovasculares, renales, demencia y algunas formas de cáncer. En esta línea, se puede tratar a los pacientes de su DM inestable con ingresos hospitalarios en unidades de cuidados intensivos, con tratamientos invasivos, etc., sin tener en cuenta que podemos estar en una fase paliativa y poniendo en peligro la calidad de vida del paciente e incurriendo en una **obstinación terapéutica**, especialmente cuando estamos al final de su enfermedad (preagonía o agonía) (figura 1).

El **paciente paliativo**, según define la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), se encuentra en una situación avanzada o terminal de una enfermedad que se caracteriza por ser incurable y progresiva, con posibilidades limitadas de respuesta al tratamiento específico, asociado a la presencia de síntomas en algunas ocasiones de difícil control y con un impacto emocional sobre el enfermo, la familia y el equipo asistencial muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

En esta etapa los **objetivos terapéuticos** se centrarán en la mejora de la calidad de vida, la promoción de la autonomía y la adaptación emocional a la situación, con una concepción activa de la terapéutica y un abordaje interdisciplinar y multidimensional (dando una atención física, emocional, social y espiritual).

Los instrumentos básicos para alcanzar estos objetivos terapéuticos, según el *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*<sup>2</sup>, son:

- Control de síntomas (entre los que incluimos el dolor).
- Apoyo emocional y comunicación.
- Gran organización para cubrir las necesidades que aumentan al encontrarse la familia y el enfermo en una situación difícil.

En un principio, las unidades de Cuidados Paliativos atendían a pacientes oncológicos cuyo pronóstico limitado de vida era inferior a seis meses. Actualmente, el abanico temporal es más amplio y se incluyen otras enfermedades crónicas en fase final, en donde es fácil encontrar asociada la DM: enfermedades de motoneurona, insuficiencias de órgano (renal, cardíaca, hepática, etc.), etc. Visto de otra forma, la DM en fases avanzadas asocia complicaciones micro y macroangiopáticas evolucionadas, hipoglucemias graves, esperanza de vida reducida en ancianos, enfermedad coronaria o cerebrovascular, etc., por lo que se puede considerar una enfermedad que se debería incluir en Cuidados Paliativos.

**Figura 1.** Transición del tratamiento farmacológico en el final de la vida (esquema basado en Maddison et al.<sup>3</sup>)



**Tabla 1.** Según la fase en la que esté el paciente cambiará la estrategia

	Fase	Síntomas	Respuesta al tratamiento	Pronóstico
Enfermedad incurable avanzada	Curso de la enfermedad progresivo y gradual	Diverso grado de afectación de la autonomía y calidad de vida	Variable	Muerte a medio plazo
Enfermedad terminal	Enfermedad avanzada, evolutiva e irreversible	Síntomas múltiples, impacto emocional y pérdida de la autonomía	Escasa o nula	Semanas o meses
Agonía	Precede a la muerte	Deterioro, debilidad extrema, trastorno cognitivo, trastorno de la consciencia, dificultad para la relación, no ingesta	Sin respuesta	Horas o días

### FASES DE LA ENFERMEDAD EN PALIATIVOS

José Ramón Navarro Sanz, en las guías médicas de la web de la SECPAL, habla de **situaciones clínicas al final de la vida**, donde la enfermedad terminal se encuentra entre la enfermedad incurable avanzada y la situación de agonía. Navarro<sup>3</sup> describe las fases de la enfermedad terminal, que se recogen en la tabla 1 tomando como base el artículo de Navarro.

### PALIATIVOS ONCOLÓGICOS Y DIABETES

En nuestras unidades de Cuidados Paliativos el paciente con cáncer sigue siendo el que ocupa el grueso de la asistencia. En este tipo de pacientes, la incidencia de hiperglucemia es superior a la de la población general. Y las causas que pueden producir hiperglucemia, además de la DM previa, serían<sup>4</sup>:

- DM inducida por corticoides.
- Déficit de insulina o resistencia a su acción, en pacientes con cáncer de páncreas.

En fases avanzadas de la enfermedad el control estricto de la glucemia para prevenir complicaciones a largo plazo será innecesario. Por el contrario, en función de las situaciones en que se encuentre el paciente (caquexia, infecciones, tratamientos como los corticoides, etc.), las necesidades de tratamiento de la DM variarán y habrá que actuar con rapidez para que no afecten a la calidad de vida. Por tanto, se debería intentar mantener al paciente asintomático y con bajo riesgo de descompensación aguda<sup>6</sup>.

### PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS Y DIABETES

En las enfermedades avanzadas no oncológicas existe dificultad para determinar en qué momento el paciente pasa a ser paliativo. Existen indicadores que nos pueden orientar sobre el momento ideal para plantear un tratamiento paliativo: pérdida de peso involuntaria (> 10 % en seis meses), fragilidad, albúmina sérica menor de 25 g/l, mayor depen-

dencia para las actividades de la vida diaria, etc. La mayoría de estos factores se asocia a un mayor riesgo de hipoglucemia y esta, a su vez, induce inestabilidad cardíaca y cambios cerebrovasculares que pueden provocar la muerte súbita<sup>1-7</sup>.

Deberíamos conversar o informar al paciente diabético y a su familia sobre los cambios que se producen en la atención al paciente al final de la vida, cuando aún sean capaces de tomar sus propias decisiones y así evitar sufrimientos innecesarios cuando llegue el momento<sup>1</sup>.

### ATENCIÓN PRIMARIA EN PALIATIVOS

Dentro del abordaje interdisciplinar en el paciente paliativo, el médico de Atención Primaria desempeña un papel importante.

Los **cuidados paliativos primarios** son habilidades que todo médico debería tener y en las que estar formado. Además, están las unidades de Cuidados Paliativos (**cuidados paliativos especializados**) para el control de síntomas más complejos o situaciones más difíciles en el domicilio o que requieren ingresos hospitalarios. Ambas se complementan y hacen que la atención sea más completa<sup>8</sup>.

Por otro lado, el médico de Atención Primaria puede orientar a los pacientes diabéticos avanzados sobre el final de la enfermedad, cuáles son sus preferencias cuando llegue el momento, cuáles pueden ser las complicaciones de la enfermedad que pueden surgir, etc., incluso aconsejarles sobre la elaboración del **testamento vital** o registrar sus opiniones en la historia clínica de cara al futuro (**voluntades anticipadas**)<sup>1</sup>.

### CONTROL DE SÍNTOMAS

Para llevar a cabo el control de síntomas, Porta et al.<sup>2</sup> proponen los siguientes principios generales:

- Evaluar antes de tratar.

- Comunicar y explicar al paciente y la familia.
- Crear una estrategia terapéutica.
- Monitorizar los síntomas.
- Atención a los detalles para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican.

En las siguientes líneas se desarrollarán estos principios adaptándolos al paciente diabético.

### Evaluar antes de tratar

Cuando el paciente entra en fases finales de la enfermedad, la situación cambia y pasan a segundo plano aspectos como la prevención a largo plazo o el manejo estricto de las cifras de glucemia.

El objetivo será el aumento de la calidad de vida, la promoción de la autonomía y la adaptación emocional a la situación.

Las estrategias variarán en función de la fase en la que nos encontremos: entre la enfermedad incurable avanzada y la agonía, los síntomas que se presenten o el tratamiento de estos serán distintos.

### Comunicar y explicar al paciente y la familia

Información y comunicación son armas terapéuticas en sí mismas. Informar al paciente y a su familia de que estamos en una situación paliativa y de que los objetivos de tratamiento han cambiado requiere tiempo y habilidad en la comunicación. En ocasiones es difícil que entiendan que no hay que ser tan estrictos en el control de la glucemia o que la polifarmacia (antihipertensivos, hipolipemiantes, antiagregantes, etc.) ya no es necesaria y nos va a perjudicar generando nuevos síntomas (efectos secundarios donde antes había beneficios)<sup>9</sup>.

Supone una ayuda haber mantenido tiempo atrás una conversación con el paciente diabético sobre el final de la vida y sus preferencias en ese momento.

Habrá que educar sobre cómo detectar los síntomas y tratarlos e informar sobre el pronóstico o lo que pueda sobreenir en un futuro cercano.

### Crear una estrategia terapéutica

Los objetivos del tratamiento serán<sup>5,7</sup>: prevenir los síntomas de dolor, evitar la hiperglucemia y la hipogluce-

mia, controlar las comorbilidades asociadas y minimizar las intervenciones, como la determinación frecuente de la glucemia y el número de inyecciones subcutáneas de insulina.

No existe literatura médica basada en la evidencia que abarque el manejo de la DM en la población al final de la vida, pero tampoco podemos seguir las pautas de los consensos para el resto de la población diabética<sup>10</sup>.

### Monitorizar los síntomas

Cifras de glucemia mantenida superiores a 270 mg/dl pueden producir síntomas como poliuria, sed o sequedad de boca, náuseas y vómitos, malestar general, mareo, pérdida de peso y signos como cetoacidosis, íleo paralítico, respiración de Kussmaul, etc.

Muchos de los síntomas pueden confundirnos, haciéndonos pensar que el paciente ha entrado en fase de agonía. Habrá que hacer el diagnóstico diferencial, puesto que puede que estemos ante una complicación reversible de la DM y no ante el final de la enfermedad del paciente.

Los pacientes con hiperglucemia mantenida son más propensos a padecer infecciones. La prevención de las infecciones estará en el control de glucemia.

La sequedad de boca suele estar relacionada con la toma de fármacos como morfina, antimuscarínicos o benzodiazepinas, que los pacientes paliativos toman con frecuencia, por lo que habrá que buscar otros signos de deshidratación por hiperglucemia.

En estos pacientes ocurren cambios clínicos (deterioro de órganos y sistemas), disminución de la ingesta (anorexia, disfagia, vómitos, etc.), caquexia, insuficiencia renal o hepática, etc. Por ello, los requerimientos de antidiabéticos orales e insulina serán menores. Si mantenemos el mismo tratamiento generaremos **hipoglucemia**. Habrá que adaptar el tratamiento según la ingesta y suspenderlo si pierde la vía oral en la fase agónica.

Los síntomas de alerta ante una hipoglucemia pueden ser adrenérgicos como temblor, sudoración en ocasiones solo por la noche, taquicardia y, en los pacientes de más edad neuroglucopénicos, confusión, delirio y mareos, que son más difíciles de relacionar con hipoglucemia en un paciente de paliativos<sup>7</sup>. Si la hipoglucemia evoluciona, aparecen fenómenos neurológicos irreversibles y muerte del paciente; por ello, será aconsejable mantener cifras de glucemia por encima de 110 mg/dl.

En general, vigilando la deshidratación, tendremos al paciente asintomático y controlado si las cifras están entre 150 y 250 mg/dl.

### Atención a los detalles para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican

Tendremos que educar a los pacientes/cuidadores para detectar la **hipoglucemia** y actuar en consecuencia con geles de glucosa (15 gramos de hidratos de carbono de absorción rápida) si están conscientes o glucagón (una ampolla intramuscular o subcutánea) si están inconscientes.

Como norma general, retiraremos los **antidiabéticos orales**, aunque en las fases tempranas (**enfermedad incurable avanzada**) pueden mantenerse los que no produzcan hipoglucemias. Asimismo, si toleran la metformina, podremos seguir con ella cuando se inicie la insulinización.

Cuando el pronóstico sea de semanas o pocos meses (**fase terminal**), si el riesgo de hipoglucemia es alto y el paciente está tratado con insulina basal, disminuirémos la dosis un 25 o 30 %, considerando insulina preprandial si alguna cifra glucémica es más alta de 250 mg/dl y haciendo seguimiento más estrecho. Si el riesgo es bajo, se deberá continuar con la misma dosis de insulina y considerar también alguna dosis de insulina preprandial si precisa.

Cuando la esperanza de vida sea de horas (**fase de agonia**), pararemos los controles y toda la medicación para la DM, haciendo un control de síntomas (dolor, delirio, etc.), normalmente por vía subcutánea.

Es aconsejable utilizar insulinas de acción prolongada para minimizar el riesgo de hipoglucemia y número de pinchazos. Y en algunos casos para rescates preprandiales, según una pauta de control de hiperglucemias o de forma habitual si se precisa, emplearemos análogos de insulina rápida.

Una vez controlados los niveles de glucemia, intentaremos minimizar los controles de glucemia capilar; dos o tres veces por semana en ayunas suele ser suficiente. Es recomendable enseñar al paciente y a los cuidadores a reducir un 10 % la insulina basal si la determinación es < 150 mg/dl o aumentar un 10 % si la glucemia es > 250 mg/dl. En la práctica oscila entre 2 a 4 UI.

No solicitaremos la **hemoglobina glucosilada**, puesto que evitar las complicaciones a largo plazo es irrelevante y

el control uniforme en estos pacientes con una situación tan cambiante es difícil.

Las **hiperglucemias inducidas por fármacos**, sobre todo por los corticoides de acción prolongada, muy empleados en paliativos, pueden ser de difícil control. En paliativos se tratan muchos síntomas **desprescribiendo fármacos**: simplemente bajando la dosis o retirando fármacos innecesarios (diuréticos tiazídicos, estatinas, etc.) podemos solucionar una hiperglucemia o mejorar sintomáticamente. Pero en otros casos será inevitable y tendremos que mantener estos fármacos en dosis altas y repetidas a lo largo del día, para el control de síntomas; por ejemplo, la dexametasona en tumores cerebrales con mucho edema. Esto supone tener que hacer un control más exhaustivo de las cifras de glucemia y modificar la pauta de insulina más a menudo. En estos casos, las hiperglucemias más elevadas suelen ser en la cena, por lo que la pauta de insulina basal será preferible a la mañana y quizá, si las cifras de la comida y la cena son muy altas, una insulina rápida preprandial fija a la comida. Cuando la administración de dexametasona es única por la mañana y las cifras de glucemia son adecuadas en la comida y cena, habrá que vigilar la hipoglucemia antes del desayuno y modificar la pauta de insulina basal si es necesario.

Se debe respetar al paciente si decide retirar los anti-diabéticos orales o la insulina en esta fase final de su vida. Intentaremos controlar los síntomas que esto conlleve por otras vías de tratamiento<sup>7</sup>.

## CONCLUSIONES

- La DM es una enfermedad que se asocia con frecuencia a los pacientes de Cuidados Paliativos. Dado el aumento de prevalencia, será necesario elaborar una estrategia conjunta, basada en la evidencia, para el abordaje de estos pacientes.
- En un paciente paliativo tendremos distintas situaciones clínicas al final de la vida que determinarán el pronóstico, y basaremos nuestras intervenciones en función de la fase en la que nos encontremos.
- Es necesario coordinar a médicos de Atención Primaria, especialistas y unidades de Cuidados Paliativos (médico, enfermero, trabajador social y psicólogo). Ello repercutirá en una mejor atención al paciente/familia, en un momento en que la demanda de necesidades aumenta considerablemente.
- La comunicación con el paciente y su familia es muy necesaria y puede ser un arma terapéutica en sí misma. Se debe pensar en el testamento vital o instruc-

ciones previas que faciliten la toma de decisiones de cara al futuro.

- La obstinación terapéutica en fases finales de la enfermedad constituye una mala praxis que se combate con más formación en cuidados paliativos y la actuación interdisciplinar a la hora de valorar cada caso. Debemos distinguir los síntomas de las complicacio-

nes por la DM de los síntomas agónicos que acompañan el final.

- El objetivo será la mejora de la calidad de vida, intentando que el paciente sea autónomo el mayor tiempo posible y que se adapte emocionalmente a las situaciones cambiantes que va a vivir, junto con su familia, hasta el final de sus días.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Dunning T, Duggan N, Savage S. Caring for people with diabetes at the end of life. *Curr Diab Rep* 2016;16:103.
2. Porta Sales J, Gómez Batiste X, Tuca Rodríguez A. Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 3.ª ed. Pozuelo de Alarcón: Enfoque Editorial; 2013.
3. Navarro Sanz JR. Cuidados paliativos no oncológicos: enfermedad terminal y factores pronósticos. Disponible en: URL: <http://www.secpal.com/cuidados-paliativos-no-oncologicos-enfermedad-terminal-y-factores-pronosticos>. Último acceso: octubre de 2016.
4. Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I. Manual Oxford® de cuidados paliativos. Madrid: Grupo Aula Médica; 2008.
5. Maddison AR, Fisher J, Johnston G. Preventive medication use among persons with limited life expectancy. *Prog Palliat Care* 2011;19(1):15-21.
6. Jacob P, Chowdhury TA. Management of diabetes in patients with cancer. *QJM* 2015;108:443-8.
7. Munshi MN, Florez H, Huang ES, Kalyani RR, Muppanomunda M, Pandya N, et al. Management of diabetes in long-term care and skilled nursing facilities: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2016;39(2):308-18.
8. Acha Pérez FJ. Paciente con DM2 en tratamiento con insulina y en situación de cuidados paliativos por un proceso oncológico. En: Fundación redGDPS. Tercer curso avanzado médicos senior Medicina de Familia. Valencia, 27 y 28 de mayo de 2016. Disponible en: URL: [http://www.redgdps.org/gestor/upload/file/Senior-Valencia-2016/Acha\\_paliativos.pdf](http://www.redgdps.org/gestor/upload/file/Senior-Valencia-2016/Acha_paliativos.pdf). Último acceso: octubre de 2016.
9. Poulson J. The management of diabetes in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 1997;13(6):339-46.
10. Vandenhoute V. Palliative care and type ii diabetes: a need for new guidelines? *Am J Hosp Palliat Care* 2010;27(7):444-5.