

# Casos clínicos DM en Paciente Terminal

Mario Cortés Béjar  
Unidad de Cuidados Paliativos de la Rioja  
Fundación Riojasalud







**redGDPS**

Red de Grupos de Estudio de la Diabetes  
EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

# Indice

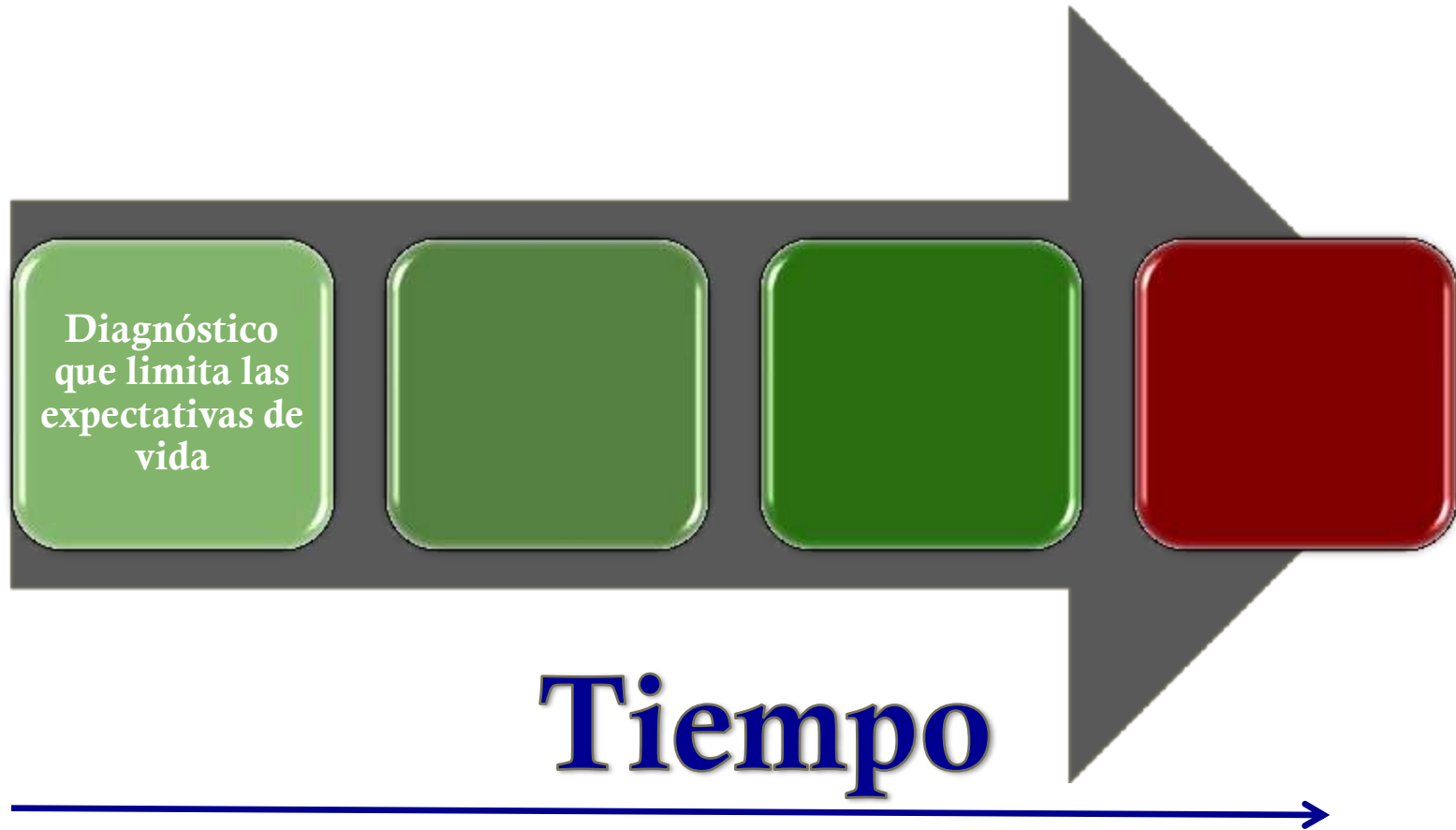
- Introducción.
- Caso clínico. Hombre DM tipo 2 + ADOs + Carcinoma de Pulmón.
- Conclusiones.
- Discusión.

# Introducción

- Curar, prevenir  alivio, cuidado y acompañar.
- La muerte era un INSTANTE  PROCESO.
- Actuamos sin tener en cuenta a la familia ni al propio paciente  tener en cuenta la fase de la enfermedad y limitar el esfuerzo terapéutico sin disminuir la calidad de vida.
- TERMINAL  ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA EVOLUTIVA con pronóstico limitado.

# Introducción

Maddison et al.



# Introducción

Maddison et al.



# Introducción

Maddison et al.



# Introducción

Maddison et al.



# Introducción

- Con la diabetes en fase paliativa seremos:
  - Menos estrictos con las cifras altas de glucemia y más cuidado con las hipoglucemias.
  - Menos determinaciones de glucemia capilar.
  - Más cuidado con fármacos antidiabéticos.
  - Retirar fármacos de prevención a largo plazo.
- **OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA** en fases finales de la enfermedad puede generar más síntomas que disminuyan la calidad de vida del paciente.



# Introducción

- Debemos llegar al final de la vida con todos los síntomas controlados.
- Adaptar la terapia antidiabética a cada fase de la enfermedad.
- Evitar descompensaciones metabólicas y emergencias relacionadas con la diabetes.
- Vigilar complicaciones de los pies en encamados.
- Evitar deshidratación sintomática.
- Adaptar la intervención, en general, a cada fase de la enfermedad, respetando la dignidad del paciente.
- Apoyar y orientar al paciente y familia en su propio control de la diabetes hasta fases finales.

# Introducción

- **Distintas situaciones** de paliativos con diabetes:
  - Diabéticos de años de evolución que por sus complicaciones micro y macro-vasculares llegan a una situación paliativa.
  - Paciente paliativo que a raíz de tratamientos empleados (corticoides por ejemplo) desarrolla una diabetes.
  - Por fracaso y deterioro de órganos, secundarios a otras enfermedades, como un adenocarcinoma de páncreas por ejemplo, generan una diabetes.

En todos los casos la **atención** a estos pacientes tendrá **puntos comunes**.

# Caso clínico

- Paciente 51 años, agricultor, fumador 2 paquetes al día.
- HTA desde los 42 años.
- DM y dislipemia desde los 44 años en tratamiento con ADO.
- Hace unos tres años alucinaciones auditivas. Fue diagnóstico de brote maniaco con síntomas psicóticos.

# Caso clínico

- Hace un año acude a urgencias con un cuadro de sd constitucional de tres meses de evolución, artralgias (rodillas) y dolor costal derecho.
- RX Tórax: masa pulmonar LID.
- TAC masa pulmonar 8 cm diámetro LID. Ganglios aspecto patológico hilio derecho.
- Fibroscopia: broncopatía crónica.
- PAAF de la masa pulmonar: Adenocarcinoma de pulmón.

# Caso clínico

- Comienza la QM con 4 ciclos cisplatino y pemetrexed. Y posteriormente pemetrexed de mantenimiento.
- En nueva evaluación se observa progresión por lo que se solicita tratamiento con Nivolumab.
- Se deriva a paliativos para control del dolor. Debido a un sd paraneoplásico articular tiene gran impotencia funcional en hombros y caderas y dolor con inflamación en rodillas y muñecas.
- Pautamos dexametasona y mejora de dolor y movilidad.

# Caso clínico

- Al intentar bajar el corticoide vuelve el dolor y oncología pauta tramadol y naproxeno que no es efectivo por lo que volvemos a incluir el corticoide.
- Anteriormente controlaba su diabetes con dieta y posteriormente se incluyo la metformina (suspendida cuando le hacían TAC con contraste)
- En el momento actual se trataba con sitagliptina + metformina, pero había hiperglucemias significativas debido a los corticoides ( $> 300$  mg/dl).

# Caso clínico

- El paciente empieza con fatiga, en alguna ocasión visión borrosa, algo deshidratado con sequedad de boca, poliuria nocturna y pérdida de peso.
- ¿Qué sospechamos con esta clínica?
  - Progresión tumoral.
  - Efectos secundarios de la quimioterapia.
  - Hiperglucemia.
  - Todos los anteriores.

# Síntomas

- Tanto los **síntomas** de hiper como los de hipoglucemia pueden **pasar desapercibidos** en nuestros pacientes, puesto que se superponen a la sintomatología que el paciente presenta habitualmente.
- Pacientes paliativos están **especialmente expuestos a la hipoglucemia**. De los no diabéticos, un 2 % pueden hacer una hipoglucemia y de estos un 25-60 % serán asintomáticos: Hipoglucemia no reconocida.

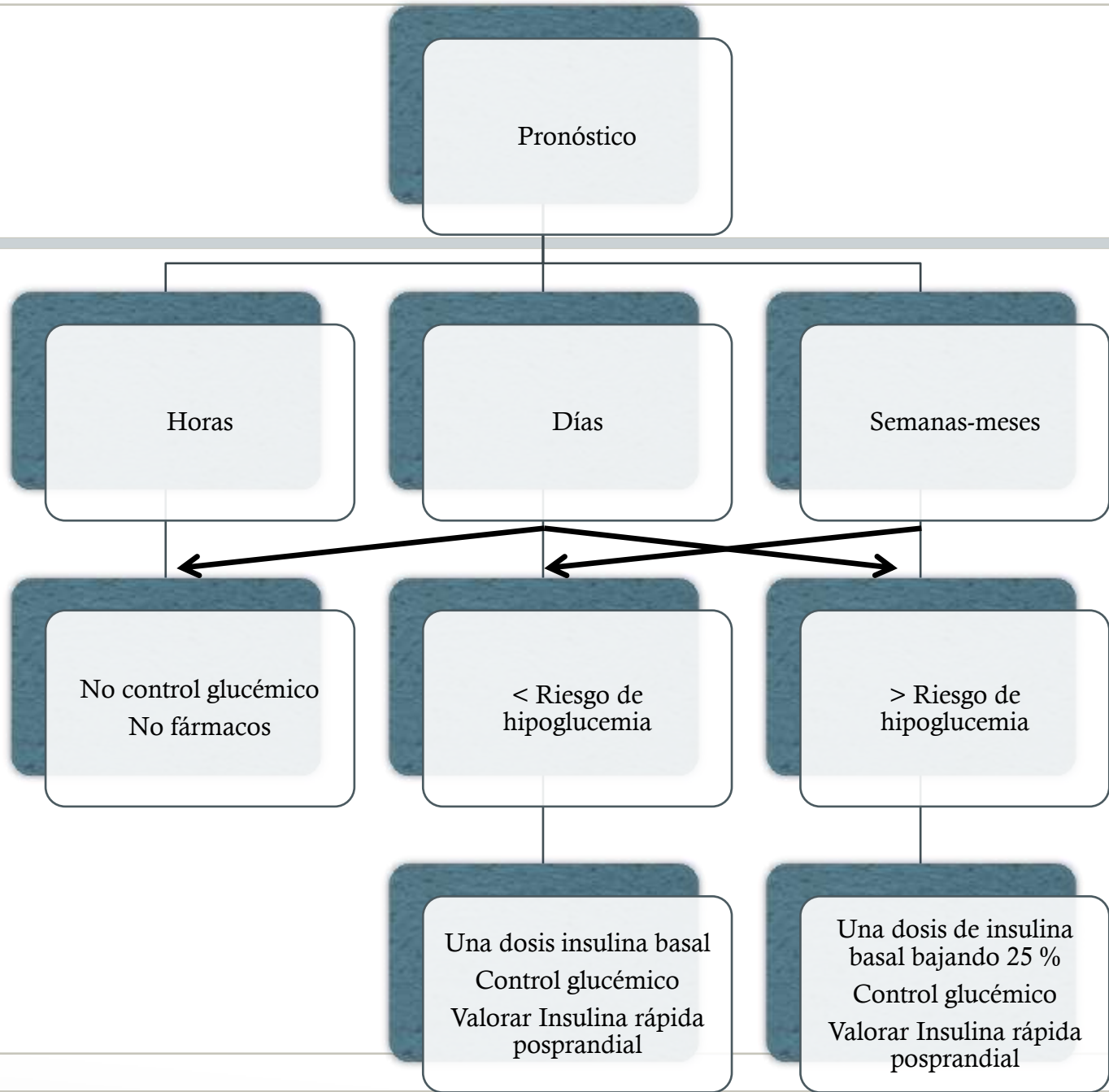


# Síntomas hipoglucemia

Síntomas hipoglucemia	Respuesta autonómica < 60 mg/dl	Neuroglicopenia < 50 mg/dl
	Sudoración	Confusión
	Palpitaciones/tq	Irritabilidad
	Temblores	Alteración visual
	Ansiedad	Perdida de conciencia
	Parestesias	Déficits neurológicos focales transitorios
	Hambre	

# Caso clínico

- ¿Qué hacemos con este paciente para el control de la glucemia?
  - Sumar insulina rápida a la metformina y sitagliptina.
  - Poner insulina lenta y mantener metformina.
  - Poner insulina lenta y corregir con rápida según pauta.
  - Mantener la metformina + sitagliptina y sumar repaglinida.



Pronóstico

Horas

Días

Semanas-meses

No control glucémico  
No fármacos

< Riesgo de  
hipoglucemia

> Riesgo de  
hipoglucemia

Una dosis insulina basal  
Control glucémico  
Valorar Insulina rápida  
posprandial

Una dosis de insulina  
basal bajando 25 %  
Control glucémico  
Valorar Insulina rápida  
posprandial

# Diabetes tipo 1

- Seguir utilizando insulina basal de acción prolongada, aunque si la pérdida de peso es importante habrá que reducir dosis.
- Dosis más alta si el paciente tiene enfermedad o complicación intercurrente. (ej. Infección).
- Si la ingesta es variable o hay vómitos insulina prandial inmediatamente después de la comida para mejor estimación.
- Habrá que estar más pendientes y disponibles.

# Caso clínico

- ¿qué otras medidas tomaremos en este paciente?
  - Cesaremos el tratamiento preventivo con hipolipemiantes, hipotensores,...
  - Comentaremos con la familia que ahora el objetivo es otro y los niveles de glucemia pueden ser más altos.
  - Limitaremos el número de determinaciones de glucemia capilar cuando el paciente esté controlado.
  - Todas las anteriores.

# Caso clínico

- Una vez estabilizado ¿cuántas veces y cuando determinaremos la glucemia capilar?
  - No hace falta, salvo que presenten síntomas de hiperglucemia.
  - Todos los días por la noche antes de cenar.
  - Diariamente antes del desayuno.
  - 2 o 3 perfiles a la semana antes de desayuno y cena.

# Corticoides y diabetes

- **Corticoides y cifras de glucemia:**
  - Administramos la **dexametasona por la mañana** y las hiperglucemias suelen ser a mediodía y por la noche. La hipoglucemia acontece por la mañana.
  - A veces intentamos bajar las cifras de la noche poniendo **análogos de rápida a mediodía**.
  - Algunos autores hablan de **repartir la dosis de corticoide** a lo largo del día.
  - **Especial cuidado** en los que **ya son diabéticos**.

# Caso clínico

- ¿Respecto a la Hb A1C, si o no?
  - No. No sirve para la gestión del control de glucemia.
  - Si, la solicitaremos para ver si son diabéticos antes de dar corticoides.
  - Si, sistemáticamente, porque las cifras  $< 7,5$  % aumenta la supervivencia del paciente paliativo.
  - Si, pese a la anemia que tienen la mayoría de los pacientes.



# HbA1c

- Kondo S, Kondo M y Kondo A. Glycemia control using A1C level in terminal cancer patients with preexisting type 2 diabetes. J Palliat Med 2013 Jul;16(7):790-3. doi: 10.1089/jpm.2012.0471. Epub 2013 Feb 28.

Se vio que en pacientes con DM tipo 2 y cáncer en fase terminal, si los niveles de HbA1c eran  $< 7,5 \%$ , había un aumento de la supervivencia significativo.

Aunque habrá que tener en cuenta otros factores como: la calidad de vida o las hipoglucemias.

# Caso clínico

- El paciente comienza con progresión de la enfermedad.
- Aparecen metástasis cerebrales que limitan físicamente al paciente por inestabilidad, cefaleas intermitentes y disfagia importante que le impide tomar las pastillas.
- Pasa la mayor parte de tiempo en la cama.

# Caso clínico

- ¿Señala la respuesta incorrecta?
  - Valorar micosis oral por la disfagia. Al tomar corticoides es frecuente la candidiasis oral.
  - Al disminuir la ingesta haremos más controles y bajaremos la insulina si es preciso.
  - Bajaremos la insulina sin hacer control de glucemias.
  - Pondremos heparina para prevenir fenómenos de TVP.

# Caso clínico

- De nuevo el paciente empeora.
- Pierde la vía oral y ya no se levanta de la cama.
- Esta dormido la mayor parte del día y el dolor es más importante. Incluso tiene episodios de delirium por la tarde noche.
- La familia está angustiada porque no le puede dar nada por boca y tiene dolor.
- Dudan si seguir con la insulina o no.

# Caso clínico

- ¿Qué pautas seguiremos?
  - Suspender completamente la insulina sin controles de glucemia.
  - Hacer controles de glucemia y poner insulina rápida según precise.
  - Poner suero glucosalino y hacer correcciones según cifras de glucemia capilar.
  - Todas son pautas correctas.

# Caso clínico

- **Vía subcutánea** para el control de síntomas con buscapina, morfina, midazolam y ketorolaco.
- **No** consideramos que se deban hacer **controles de glucemia** cuando el paciente llega a esta situación, puesto que ha perdido la vía oral y la situación va a ser de pocos días u horas.
- El poner **sueros** aumenta los edemas debido al fracaso renal que se produce al final de la vida.

# Caso clínico

- La decisión de tratar o no al final de la vida, debe **planificarse** con el paciente y/o familia **previamente** (su opinión ante una situación irreversible).
- El final es un momento **estresante** y si ya lo hemos hablado antes todo será más fácil.
- Además podremos tener en cuenta la opinión del paciente cuando sus capacidades intelectuales no estén mermadas. **Respetar el derecho a rechazar el tratamiento.**

# Caso clínico

- Finalmente el paciente fallece en domicilio, con buen control sintomático por vía subcutánea.
- No siempre es posible que el paciente fallezca en casa. Necesitaremos la **colaboración de la familia** con un cuidador principal válido.
- El **apoyo de atención primaria** hace que la atención al paciente sea de mayor calidad.



# Conclusiones

- Los avances en medicina han hecho que la **muerte** ocurra en más casos como un **proceso** y menos como un instante.
- El tratamiento de la diabetes en paliativos es **menos agresivo farmacológicamente**.
- La **formación en cuidados paliativos** nos hará no caer en una **obstinación terapéutica** que puede mermar la calidad de vida del paciente y hacernos incurrir en una mala praxis.

# Conclusiones

- **Niveles de glucemia** entre 150 y 250 mg/dl. No bajar de 110 mg/dl y no mantenerse por encima de 270 mg/dl.
- Es difícil **diagnosticar una hiper o hipoglucemia** en nuestros pacientes. La **educación sanitaria** será un factor importante a considerar.
- Aplicaremos los tratamientos basándonos en el **pronóstico, compartiendo decisiones** con el paciente y/o familia y en base a la **calidad de vida del paciente y su sufrimiento**.

# Conclusiones

- Es importante la **colaboración** de otros compañeros (Atención primaria, endocrino, paliativos) para dar una atención integral al paciente.
- La **actuación temprana** supone evitar un estrés añadido en el final de la enfermedad.

# Bibliografía

- Jacob P. Management of diabetes in patients with cancer. October 2014. Q J Med 2015; 108: 443-448.
- M. Millet. Infac. Volumen 24 nº9 2016. Cuidados Paliativos: un nuevo enfoque. Disponible en: URL:[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac/es\\_cevime/adjuntos/INFAC\\_Vol\\_24\\_n\\_9\\_cuidados%20paliativos.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_24_n_9_cuidados%20paliativos.pdf) [último acceso: 6 de octubre de 2017]
- Kondo S, Kondo M y Kondo A. Glycemia control using A1C level in terminal cancer patients with preexisting type 2 diabetes. J Palliat Med 2013 Jul;16(7):790-3. doi: 10.1089/jpm.2012.0471. Epub 2013 Feb 28.
- Lipska KJ. National trends in US hospital admissions for hyperglycemia and hypoglycemia among Medicare beneficiaries, 1999 to 2011. Jama Intern Med. 2014 Jul; 174(7):1116-24.
- Victor C Kok. Management of Hypoglycemia in Nondiabetic Palliative Care Patients: A Prognosis – Based Approach. Palliat Care 2016; 10:1-5. Published online 2016 Nov. 23. Doi: 10.4137/PCRT.S38956.
- A Sinchair, J McLeod. End of Life Diabetes Care: Clinical Care Recommendations 2nd Edition <https://diabetes-resources-production.s3-eu-west-1.amazonaws.com/diabetes-storage/migration/pdf/End-of-life-care-Clinical-recs111113.pdf>. [último acceso: 6 octubre de 2017]
- J Diez Espino. Diabetes en paciente oncológico en cuidados paliativos. Morir con la glucemia ni demasiado alta ni demasiado baja. [http://www.diabetespractica.com/files/docs/publicaciones/138235897807\\_Diez.pdf](http://www.diabetespractica.com/files/docs/publicaciones/138235897807_Diez.pdf) [último acceso: 6 de octubre de 2017].
- Munshi MN, Florez H, Huang ES, Kalyani RR, Mupanomunda 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.
- FJ Acha. Paciente con DM en tratamiento con insulina y en situación de cuidados paliativos por un proceso oncológico. Valencia mayo 2016. [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: 6 octubre de 2017].
- Vandenhaute V. Palliative care and type ii diabetes: a need for new guidelines? Am J Palliat Care 2010;27(7):444-5.

# Para llevar a casa...

- Los pacientes paliativos en fases avanzadas son cambiantes.
- Son muchas variables a considerar: pronóstico, complicaciones de los tratamientos, autonomía del paciente, evolución de la enfermedad, validez del cuidador principal,...
- Tendremos que individualizar el tratamiento según la situación en la que nos encontremos.
- Por ello es difícil realizar un protocolo común y necesitaremos una actuación conjunta de todos los profesionales para dar una atención integral e individualizada.