



Dra. Victoria I Camarero Díez.

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Máster en Atención Paliativa Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas. PADES Delta. Barcelona.

Manejo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con expectativa de vida limitada

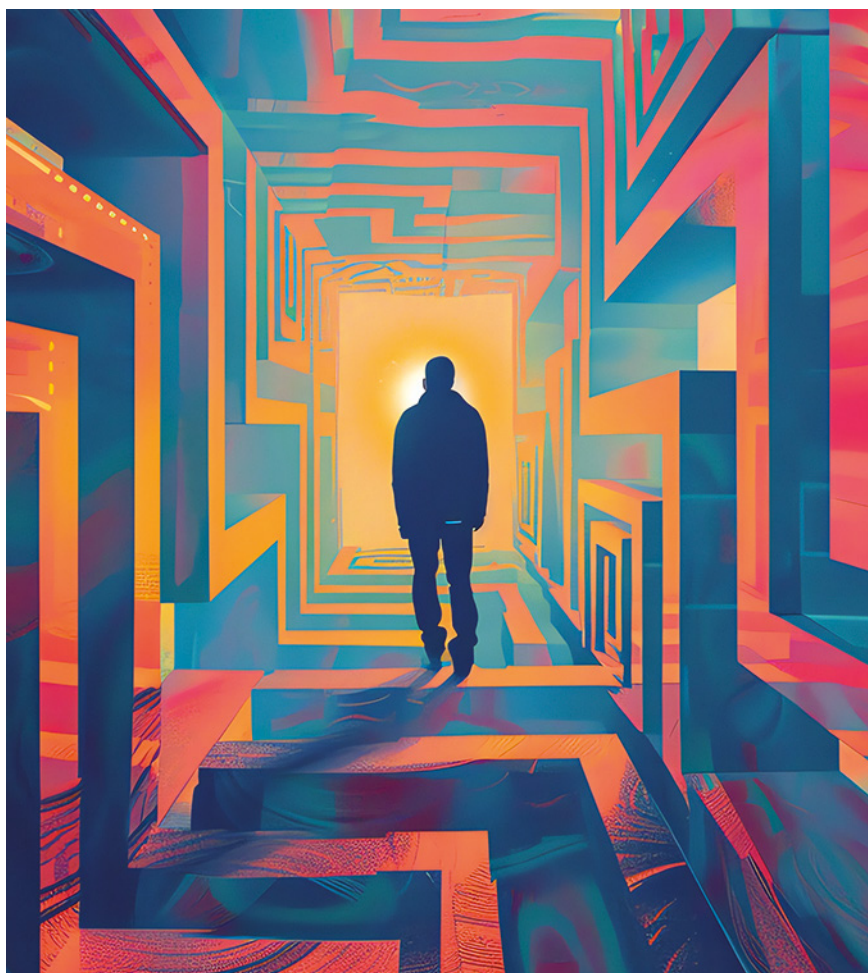
La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica no transmisible, de larga duración y progresión lenta, aunque habitualmente sin cura definitiva. Actualmente uno de cada siete adultos en España padece diabetes, una enfermedad en aumento en España y Europa.

Hablamos de una **expectativa de vida** limitada en aquellas personas que padecen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con un pronóstico de fallecimiento a corto o medio plazo, habitualmente menos de un año o incluso 6 meses; esto puede deberse a una edad avanzada, a una enfermedad grave no curable o enfermedades de diferentes órganos que hacen que la vida se pueda ver limitada.

Habitualmente las personas en esta situación tienen necesidades paliativas que deben ser atendidas en las que debemos priorizar a la persona en su conjunto y a su calidad de vida.

Las personas con diabetes de larga evolución habitualmente tienen un control exhaustivo de sus niveles de glucosa en sangre con el fin de tener un buen control de la enfermedad y disminuir así las complicaciones ligadas a una diabetes mal controlada a lo largo del tiempo. Esto conlleva en muchos de los casos una toma de numerosos fármacos, así como un elevado grado de capacitación de la persona para el autocontrol, así como controles analíticos cada pocos meses, eventos que hacen que la vida de la persona, en muchos casos, está centrada en su enfermedad (vigilando una alimentación saludable, práctica de actividad física, niveles de glucosa en sangre, y reconocimiento de manejo de la hiperglucemia y la hipoglucemia).

Cuando hablamos de personas con necesidades paliativas podemos encontrarnos personas con enfermedades graves avanzadas, como el fallo de un órgano (enfermedad renal, cardiovascular), demencias o cáncer. Estas personas, además de esta »



» situación, pueden tener diabetes de tiempo de evolución, relacionada a la enfermedad actual, o por el uso de algún fármaco, como los corticoides, por ello podemos encontrarnos personas con diabetes y otras enfermedades donde se han realizado controles previos para la diabetes o situaciones de reciente diagnóstico de diabetes, en las cuales la persona y la familia tienen que adaptarse a esta nueva situación.

Tradicionalmente, los **cuidados paliativos** se asociaban con los cuidados paliativos terminales y la atención paliativa oncológica al final de la vida, y no incluían la atención curativa. Actualmente este concepto ha cambiado y es importante conocer que los cuidados paliativos pueden iniciarse en cualquier momento y utilizarse junto con la atención habitual de la persona para mayor beneficio a nivel de **calidad de vida**.

En estas situaciones podemos encontrarnos personas que necesiten una atención paliativa inicial, donde la persona por ejemplo con diagnóstico de cáncer está realizando tratamiento específico para esta enfermedad, necesitando controles más estrictos de su diabetes; o encontrarnos con situaciones donde la expectativa de vida está más limitada con un mal pronóstico a medio o corto plazo, acercándonos a un final de vida próximo, y dónde priorizaremos el cuidado, bienestar y la atención en la calidad de vida de la persona.

El enfoque paliativo con una expectativa de vida limitada implica determinar rangos seguros de glucosa en sangre para prevenir variabilidades de glucosa en sangre y gestionar los daños que afectan al confort, causen sufrimiento y reduzcan la calidad de vida. El enfoque cambia a identificar y priorizar intervenciones que sean beneficiosas y suspender aquellas que no lo sean durante el tiempo de vida de la persona. Es decir, el objetivo que tendremos será priorizar el control sintomático de la persona y su calidad de vida (Figura 1).

Para ello la **comunicación y planificación anticipada** de la atención son un proceso continuo y un aspecto clave de la atención paliativa con la persona y su familia.

Situación	Objetivo principal	Glucemia orientativa (mg/dL)	Monitorización
Diabetes estable	Prevención complicaciones	80-180	Habitual
Fragilidad	Evitar hipoglucemia	100-220	Reducida
Cuidados paliativos	Confort	110-270	Mínima
Final de vida	Evitar síntomas	Individualizada	Solo si aporta beneficio

TABLA 1. Objetivo niveles de glucosa según situación.

Así, el enfoque de la atención debe cambiar de un control estricto de glucosa en sangre a la comunicación y el control de los síntomas para personas con diabetes con expectativa de vida limitada.

Habitualmente una persona con diabetes y necesidad de controles de glucosa en sangre tiene unos objetivos rigurosos, pero cuando la expectativa de vida está limitada estos objetivos cambian, casi desapareciendo. Las guías recomiendan mantener como objetivo niveles de glucosa por encima de 110 mg/dL hasta 270 mg/dL, por el riesgo de hipoglucemias. Evitándose también controles periódicos siempre y cuando no existan síntomas que puedan orientar a una hipoglucemia o hiperglucemia (Tabla 1).

El uso de MCG (Monitorización Continua de Glucosa), mediante un sensor subcutáneo que mide continuamente la glucosa »



FIGURA 1. Objetivos de la diabetes por fases evolutivas.

» y pudiendo tener el resultado en el lector o teléfono móvil, en personas con enfermedad avanzada o expectativas de vida limitada, no busca un control metabólico estricto, sino principalmente:

- Reducir la carga de cuidados (menos pinchazos capilares).
- Evitar hipoglucemias sintomáticas, que pueden causar confusión, caídas o malestar.
- Detectar hiperglucemias sintomáticas (deshidratación, poliuria (aumento de volumen de orina), somnolencia).
- Facilitar decisiones terapéuticas simples (ajuste de insulina o suspensión de fármacos).
- Apoyar a cuidadores evitando controles invasivos frecuentes.

Por ello, en ocasiones recomendamos su uso en personas frágiles con diabetes tipo 2 en tratamiento con insulina, personas con dificultad para expresar síntomas (demencia avanzada), situaciones en las que los pinchazos repetidos generan sufrimiento o rechazo, pese a que la expectativa de vida sea limitada a corto plazo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la persona y la familia.

Es importante prevenir la hipoglucemia y la hiperglucemia y sus síntomas asociados. En personas con expectativa de vida limitada la hipoglucemia (por fragilidad, tratamientos hipoglucemiantes, disminución de la ingesta, etc.) suele ser más frecuente por lo que en muchos casos disminuimos o eliminaremos el tratamiento habitual para el control de la diabetes, simplificando al máximo el tratamiento.

En personas con expectativa de vida limitada la ingesta de alimentos puede ser irregular por distintos motivos, como demencia, disfagia (dificultad para tragar), alteración del sentido del gusto (por tratamientos, sequedad, etc.) o anorexia (pérdida de apetito), por lo que adaptaremos la ingesta a aquellos alimentos que sean de agrado a la persona sin controlar estrictamente que puedan o no beneficiar o perjudicar a sus niveles de glucosa en sangre, priorizando y favoreciendo la ingesta.

Asimismo, intentaremos promover la hidratación para poder disminuir el riesgo de hiperglucemias. En la hidratación deberemos adaptarnos si existe disfagia, ayudando a la persona con uso de espesantes, gelatinas o líquidos con diferentes texturas, así como pautas o técnicas para garantizar una hidratación segura sin riesgo de atragantamiento.

Otro aspecto importante en personas con diabetes es el ejercicio moderado, el cual además de controlar el nivel de glucosa en sangre, mejora la funcionalidad y el bienestar emocional. En personas con expectativa de vida limitada este factor se ve comprometido en muchas ocasiones, debido a que el cansancio extremo que en ocasiones padecen genera que no puedan rea-

lizar ninguna actividad, incluso en muchas ocasiones la marcha está también limitada con necesidad de ayuda o imposibilitada, ya que se trata de personas con necesidad de encamamiento, por lo que no haremos hincapié en realizar ejercicio en este momento.

Las personas con diagnóstico de diabetes de larga evolución tienen una autonomía importante a la hora de realizar los controles de glucosa en sangre, administrarse insulina, detectar los síntomas relacionados con complicaciones y cómo actuar. Por el avance de la enfermedad, edad u otras enfermedades o en momentos de expectativas de vida limitada la persona necesita ayuda de un familiar o cuidador para poder llevar a cabo estas actividades y controles que hasta ahora realizaba el mismo, por pérdida de su autonomía. Es ahí donde los familiares de personas con diabetes, habitualmente parejas que son de edad avanzada, están preocupados por tener que encargarse de estas tareas relacionadas con la diabetes, en las que no han sido formados previamente, sintiendo temor en poder generar un daño a su familiar, o incluso la muerte si se equivocaban con la administración accidental de una dosis incorrecta. Por ello, es importante capacitar a los cuidadores de personas con diabetes y necesidad de ayuda de un tercero en el uso de insulinas, controles glucémicos, así como validarlos y acompañarlos en esta nueva etapa de cuidados para que se sientan seguros y acompañados (*Figura 1*).

Cuando hablamos de atención paliativa y situaciones con expectativa de vida limitada es esencial realizar una **valoración integral**, abordando aspectos funcionales, sintomáticos, psicológicos, sociales y espirituales para planificar un plan individual terapéutico personalizado.

Los **planes de decisiones o atención anticipada** son herramientas y guías de apoyo para la toma de decisiones que permiten determinar los objetivos de atención y cómo la persona quiere ser cuidada. Esto ayuda a profesionales y cuidadores o familiares en la toma de decisiones en situaciones difíciles cuando la persona no puede decidir ella misma, dando tranquilidad y reduciendo el estrés en la persona, cuidadores y profesionales que les atienden. Realizar este plan conlleva conversaciones, en ocasiones difíciles, en las que se habla de qué hacer en las posibles complicaciones o de cómo quiere ser cuidado al final de la vida. Pese a que es complejo tener estas conversaciones se ha visto que da sentido y serenidad a la persona, así como a sus familiares. No es necesario encontrarse en un momento donde la expectativa de vida es limitada, sino cada vez más vemos que personas con diabetes quieren hablar y poder tomar decisiones de cara a su atención, su cuidado en las diferentes fases de su enfermedad, reforzando la autonomía de la persona y marcando sus valores y deseos. Este documento se revisa periódicamente debido a que los objetivos de atención de la persona pueden cambiar.

Vivir el mayor tiempo posible no siempre es el objetivo más importante, ya que para muchas personas evitar el dolor y el sufrimiento y tener una buena calidad de vida son más importantes (*Figura 2*). **D**



CONCLUSIONES

- El objetivo principal es el bienestar, la calidad de vida y la prevención de síntomas relacionados con la glucosa.
- La prioridad clínica es evitar la hipoglucemia, ya que tiene un impacto inmediato y significativo en la calidad de vida.
- La simplificación del tratamiento antidiabético es fundamental, así como priorizar medidas dietéticas.
- La monitorización de glucosa debe individualizarse, utilizando controles mínimos necesarios o herramientas cuando aporten confort.
- La atención debe basarse en una toma de decisiones compartida, alineando el manejo de la diabetes con los objetivos del paciente y la familia, integrando un enfoque de cuidados paliativos centrado en la calidad de vida de la persona.

FIGURA 2. Enfoque global de diabetes y cuidados paliativos.

BIBLIOGRAFIA

1- Dunning TL. Palliative and End-of-Life Care: Vital Aspects of Holistic Diabetes Care of Older People with Diabetes. Diabetes Spectr. 2020 Aug;33(3):246-254.

2- Valassia E, Fabbri M, Pascual López A. Manejo de la hiperglucemia en el paciente con enfermedad oncológica avanzada. Medicina Paliativa. 2018;25(1):42-49.

3- Cortes MM. Atención a una persona con diabetes en fase paliativa. Diabetes Práctica 2016;07(04):169-224.

4- Sociedad Española de Diabetes (SED). Estándares de cuidados en diabetes de la ADA. Novedades 2026. Madrid: SED; 2026.

5- Sharma A, Sikora L, Bush SH. Management of Diabetes Mellitus in Adults at the End of Life: A Review of Recent Literature and Guidelines. J Palliat Med. 2019 Sep;22(9):1133-1138.