



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

410/84 - INSUFICIENCIA CARDIACA TERMINAL: DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 A LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR AVANZADA

S. Torres Conde

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Progreso. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años con antecedente de psoriasis, obesidad y exfumador (60 paquetes/año), diagnosticado de DM tipo 2 a los 33 años con mal control, diagnósticos sucesivos de dislipemia, HTA, cardiopatía isquémica con múltiples revascularizaciones, AIT de repetición, arteriopatía periférica que precisó amputación mayor de miembro inferior derecho en marzo de 2018, insuficiencia renal crónica (IRC) estadio 3 (nefropatía + síndrome cardiorrenal), EPOC y SAHS leve. Deterioro progresivo del estado general, vida cama-sillón e Insuficiencia Cardiaca con múltiples agudizaciones, última en agosto de 2018 con acidosis respiratoria precisando tratamiento con BIPAP que mantiene, además de oxigenoterapia domiciliaria, y vida limitada a cama con CF IV de la NYHA. A partir de este momento y tras hablar con paciente y familia, que conocen y asumen el pronóstico, deciden no proseguir tratamientos agresivos y atención exclusiva por su Medicina Familiar y Comunitaria y Enfermera en colaboración con Cuidados Paliativos. Iniciamos adecuación del esfuerzo terapéutico de forma consensuada entre equipo asistencial y familia, manteniendo tratamiento con insulina glargina 56 UI por la noche y glulisina en las comidas, candesartán, carvedilol, furosemida, AAS, con buen control clínico y de glucemias, el paciente estabilizó su situación manteniendo CF III-IV, se redujo la ansiedad que producía las consultas a diversas especialidades. Controlamos el dolor del miembro fantasma con gabapentina 300 mg por la noche, y aceptable control de psoriasis con corticoides tópicos. El paciente mantiene un buen control de síntomas con calidad de vida aceptable, adaptando su vida a su situación actual con ayuda de su familia y apoyo del equipo terapéutico.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración destaca obesidad, escasas lesiones descamativas en cuero cabelludo, auscultación pulmonar con hipofonesis generalizada y leves crepitantes bibasales, edemas leves en manos y miembro inferior izquierdo, úlcera vascular en talón izquierdo con buena evolución con curas de Enfermería, y muñón de muslo derecho de buen aspecto y sin edema. A lo largo de su proceso se realizaron múltiples pruebas (SPECT cardíaco, coronariografía, TAC, etc.), pero en la actualidad mantenemos seguimiento analítico exclusivo, donde se objetiva anemia de trastorno crónico, aceptable control de función renal (ERC estadio 3a) y glucémico, lípidos normales, TSH y T4 libre normales, NT-pro BNP elevado (1.000-2.000 pg/ml), limitando la obstinación diagnóstica.

Juicio clínico: Insuficiencia cardíaca terminal en el contexto de enfermedad cardiovascular avanzada.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca, enfermedades respiratorias (EPOC, etc.), insuficiencia renal o hepática, efectos secundarios a fármacos, obesidad, enfermedad tiroidea, anemia, hipalbuminemia, depresión.

Comentario final: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de morbimortalidad en personas con diabetes, y su esperanza de vida es significativamente menor, siendo esencial realizar una adecuada prevención de ECV. La insuficiencia cardiaca (IC) es el proceso final de la vida de muchos pacientes en seguimiento en AP, presenta una evolución lenta, progresiva, heterogénea e impredecible, habitualmente asociada a mala calidad de vida. Su seguimiento en fases avanzadas no suele ser óptimo por la dificultad para reconocer el pronóstico y por la falta de guías de manejo específico, sin un plan de cuidados paliativos definido para la IC terminal. En este contexto es fundamental un modelo integrador de cuidados paliativos, con un uso creciente del soporte paliativo como parte integral del plan terapéutico, y con el objetivo de obtener el máximo posible de bienestar y calidad de vida desde un punto de vista integral. La planificación de los cuidados debe ser dinámica y consensuada por el equipo médico-paciente, siendo fundamental la comunicación entre ambos.

Bibliografía

Mesado-Martínez D, Gil-Martínez P, Prósper-Ramos L, Saéz-Bejar C. Insuficiencia cardiaca terminal; último acto. Med Paliat. 2014;21(2):55-61.

Picco G, et al. Insuficiencia cardiaca terminal ¿es posible morir bien? Med Paliat. 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mediapa.2013.04.001>

Pérez-Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. Semergen. 2016;42(8):566-74.