

Tratamiento continuado por 8 años de complicaciones de diabetes mellitus tipo 2: Reporte de caso

Continuing treatment by eight years of complications of diabetes mellitus type 2: Case report

Héctor Riquelme Heras*

* Servicio de Medicina Familiar,
Hospital Universitario,
Universidad Autónoma de
Nueva León, Mexico.
riquelme@doctor.com

Fecha de Recibido 04/08/15
Fecha de aceptación 12/10/15

RESUMEN

Paciente femenina de 76 años quien acude a consulta en el 2006 para una segunda opinión sobre el tratamiento de enfermedad renal crónica buscando una alternativa a la diálisis crónica, la cual no aceptaba bajo ninguna circunstancia. Desde la primera consulta se realiza una sesión familiar dando educación para la salud, clarificando la situación de su enfermedad y re-etiquetando su problema, se establece un contrato terapéutico a largo plazo situación que acepta la familia. Las expectativas se plantean muy apegadas a la realidad y se inicia un tratamiento farmacológico, el cual ha perdurado por 8 años sustentado por sesiones familiares de terapia breve sistémica. Se desglosan las consultas, la evolución, el seguimiento de sus exámenes clínicos y el soporte familiar, así como la intervención del médico familiar a otros miembros de la familia.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad Crónica Renal; Recursos en Salud; Medicina Familiar.

ABSTRACT

76 year old female patient attended our clinic in 2006 for a second opinion on the treatment for chronic kidney disease looking for an alternative to chronic dialysis which is not accepted under any circumstances. From the first visit by a family health education is done, clarifying the status of his illness and re-categorizing your problem, a therapeutic long-term contract that accepts the family situation is established. Expectations are raised so attached to reality and drug treatment which has endured for eight years supported by brief systemic family therapy sessions begins. In the clinical chart visits, evolution, monitor their clinical and family support and family physician intervention to other family members are listed.

KEYWORDS: Chronic Renal Disease; Resources for Health; Family Medicine.

Archivos de Medicina Familiar y General 2015; 12(2): 37-42

INTRODUCCIÓN

Paciente: MJLI. Edad 76 años, Edo civil viuda, Ocupación hogar, Domicilio Col. Tolteca, Guadalupe N.L. México.

Fecha de la primera consulta: 29 dic. 2006.

Fecha de la última consulta: 22 Julio 2014.

Diagnóstico Clínico: Enfermedad renal crónica (ERC), secundaria a diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de larga evolución.

Consulta externa de Medicina Familiar del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Objetivo de la presentación

- 1.- Evidenciar el soporte familiar de un enfermo con ERC a largo plazo secundario a DM2.
- 2.- Ejemplificar la calidad de vida como objetivo terapéutico en un paciente con enfermedad renal crónica (1,2).

Observación clínica

Motivo de consulta: La paciente consulta por primera vez el 6 de diciembre del 2006 para una segunda opinión sobre el tratamiento que otros médicos le habían propuesto para enfermedad renal crónica (ERC) la cual padecía desde hace 2 años atrás secundaria muy probablemente a diabetes mellitus 2 (DM2) y a hipertensión arterial (HTA) de larga evolución.

Principio y evolución de la enfermedad actual: Inicia su padecimiento en el año de 1990 cuando se le diagnostica DM2 e HTA en una consulta de la institución de salud a la cual pertenece. Desde entonces fue tratada con glibenclamida más metformina para DM2; y enalapril para HTA. Se le indicó además dieta específica para sus padecimientos pero por años la paciente no siguió bien las indicaciones y su tratamiento farmacológico fue irregular. Nunca practicó ningún tipo de ejercicio programado. En esta primera consulta la paciente refiere astenia, adinamia persistente y edema de miembros inferiores y disuria ocasional. Estos síntomas son de un mes de evolución.

Sus niveles de glucosa en sangre en los años antes de la consulta en Medicina Familiar del Hospital Universitario (HU) fluctuaron entre 105 y 232. Las cifras tensionales según refiere la paciente fueron superiores a 140/90 a pesar del tratamiento irregular. Se le recomendó al mismo tiempo bajar de peso (inicialmente 88kg) pero nunca lo logró. La paciente recibió varios tratamientos para anemia sin resultados favorables.

Antecedentes familiares: La paciente desconoce alguna patología familiar. Refiere muerte de sus padres por infarto a los 75 y 78 años de edad. Menciona que un familiar lejano murió por una enfermedad renal cuando se estaba dializando. Antecedentes personales patológicos: DM2 e HTA de 16 años de evolución. Colectomía a los 48 años de edad y hernioplastia a los 51 años. Resto de antecedentes negados.

Antecedentes personales no patológicos: Gestas 14, Abortos 2, Cesáreas 0, Paras 12. FUM en 1981

Interrogatorio por aparatos y sistemas (Historia Clínica del Hospital Universitario):

Síntomas generales: astenia y adinamia

Hematológicos negados

Neurológicos negados

Órganos de los sentidos negados

Cardiopulmonar negado

Gastrointestinal: diarrea ocasional

Genito-urinario: disuria ocasional

Musculo-esquelético: edema de piernas bilateral

Endocrino negado

Psiquiátrico negado

Exploración Física.

Habitus exterior= Paciente con facies de angustia, bien orientada.

Signos vitales TA= 140/90 con tratamiento. FC= 68,

FR= 18, Temp.= 37 grados.

Tegumentos= palidez+

Ganglios Linfáticos SDIC

Cabeza SDIC

Cuello SDIC

Mamas diferido

Tórax SDIC

Cardiovascular= RCR no soplos

Abdomen SDIC

Órganos genitales= Diferido

Columna vertebral SDIC

Reflejos= Normales

DESARROLLO

En la primera consulta del 2006 la paciente acude con tres de sus hijos, quienes viven con ella. Posteriormente a las maniobras de unión habituales, se procede a escuchar el motivo de la consulta. Desde el inicio se nota a todos muy angustiados porque los médicos consultados con anterioridad habían coincidido en que el tratamiento de elección para su ERC, era la diálisis peritoneal como primera opción y posteriormente diálisis extracorpórea cuando así lo dispusiera su Institución de salud por causa de cupo. La situación de angustia la refería porque un familiar había fallecido a causa de una peritonitis asociada a catéter de diálisis peritoneal. En esta primera consulta la paciente refiere astenia, adinamia y edema de miembros inferiores, además de disuria ocasional, de un mes de evolución.

Después de realizar la historia clínica, explorar a la paciente y revisar sus exámenes más recientes, se dedican unos minutos para una plática a la familia de educación para la salud sobre DM2 e HTA y posteriormente terapia breve la cual consistió en clarificar la situación actual de la ERC, re-etiquetamiento en razón de sus temores de muerte inminente y establecimiento de un contrato terapéutico a largo plazo, estableciendo metas realistas acorde a la gravedad de su padecimiento y sin generar expectativas irreales.

Se estableció un compromiso familiar para el cuidado de la paciente en cuanto a un tratamiento integral que consistió en medicamentos, dieta, ejercicio y recreación, los cuales serían establecidos de acuerdo al resultado de sus estudios y a su evolución. Tanto la paciente como sus hijos estuvieron de acuerdo.

Sus estudios más recientes fueron: Glucosa 108 mg/dl., N. Urea 52mg/dl., Creatinina sérica 4.6 mg/dl., ácido úrico 8.8 mg/dl. Depuración de creatinina= 44.7 ml/min. (88-128). Proteinuria (+++). Hemoglobinuria(+). Ecografía renal únicamente reporta adelgazamiento del parénquima renal bilateral.

Con estos datos y el interrogatorio familiar se establece el diagnóstico de:

1. Enfermedad Renal Crónica probablemente secundaria a DM2 e HTA (3)
2. Crisis de desmoralización

En esta primera consulta se solicitaron nuevos estudios clínicos y se dejó el mismo tratamiento farmacológico establecido por su médico de su institución (4).

Metformina 500 mg 1 vez al día.

Furosemida 40 mg 1 vez por día.

Metoprolol 50 mg 2 por día y se agrega clorhidrato de moexipril de 7.5 mg 1 por día en sustitución de enalapril

Se cita en una semana.

Segunda consulta

Acude la paciente nuevamente con 2 de sus hijos. La paciente refiere mejoría solo del edema de miembros inferiores. Tanto la paciente como sus hijos refieren que la administración de los medicamentos ha sido en forma correcta.

Sus signos vitales son Ta= 140/70, FC= 68, FR= 16. La exploración física sin datos de interés clínico prácticamente igual que la primera consulta. Edema de miembros inferiores negativo (Godete negativo en ambas piernas).

En esta consulta se refiere con la Nutrióloga para establecer una dieta renal e hipo sódica. No se ha realizado los estudios clínicos solicitados y se cita a la paciente en una semana con sus estudios.

Tercera consulta

Acude la paciente nuevamente con sus hijos refiriendo mejoría clínica pero inespecífica.

La paciente lleva una dieta estricta y toma adecuadamente sus medicamentos.

Los estudios de laboratorio fueron: Glucosa 98 mg/dl., Creatinina sérica= 1.1 mg/dl., depuración de creatinina= 55,7 ml/min., Hemoglobina 12 g/dl., (12-16). La depuración de creatinina probablemente no coincide con la primera porque el estudio se realizó en un laboratorio diferente.

Glóbulos blancos= 7.7 K/ul., Plaquetas 138 K/ul., Pruebas de función tiroidea: alterados= TSH=6 (<5) T4=5.5 (>9)

Urocultivo positivo: más de 10,000 UFC/ml de E. Coli.

Se establece además el diagnóstico de hipotiroidismo y se agrega levotiroxina de 50 mg por día, y ciprofloxacino 250 mg, una cápsula por día por el resultado del urocultivo.

Se refuerza la clarificación y el compromiso del cuidado por parte de sus familiares.

Cuarta consulta

El 22 de marzo del 2007 se detecta una baja consistente de la hemoglobina, hasta un valor de 9.7 a pesar de su dieta rica en hierro y vitaminas por lo que se decide la administración de eritropoyetina de 4000 UI vía subcutánea dos veces por semana, ácido fólico de 4mg una vez al día y se cambia la metformina por rosiglitazona 4mg (3) una vez por día;

se convence a la paciente de acudir a interconsulta con Nefrología.

Quinta consulta

En esta consulta se requiere de una fuerte intervención psico-educativa (intervención en crisis) por el estado de ansiedad de la paciente porque el Nefrólogo recomendó diálisis peritoneal como única alternativa situación que la paciente rechazó.

Sexta consulta en adelante

Con el tratamiento de eritropoyetina, se recuperó paulatinamente la hemoglobina hasta valores de 12.9

con lo que la paciente ya no refiere astenia ni adinamia. La paciente en esta época se encuentra prácticamente asintomática con niveles de glucosa y TA normales, Ha logrado disminuir 14 kgs. Practica dos medias horas de caminata. Sin embargo los valores de la depuración de creatinina (orina de 24hs) se van deteriorando paulatinamente (Tabla 1) Durante las consultas realizadas en los años 2008 al 2014 el estado general de la paciente es satisfactorio, cursando con episodios de infecciones urinarias tratadas oportunamente. La paciente es un modelo de apego a las indicaciones médicas con el apoyo y soporte de sus hijos, pero sobre todo su estado de ánimo es muy satisfactorio. Nunca ha requerido antidepresivos o ansiolíticos.

El esquema terapéutico farmacológico se ha adaptado a la sintomatología de la paciente, en ocasiones aumentando o disminuyendo la dosis de los medicamentos. Se continúa con terapia breve sistémica básicamente con reforzamientos positivos. Se realizaron dos interconsultas más con nefrología con los mismos resultados.

Se realizaron cuatro interconsultas con oftalmología y hasta la fecha no se ha requerido la aplicación de rayo láser.

En este periodo de tiempo se han realizado varias mamografías las cuales han reportado negativas para CA. También los Papanicolaou han reportado negativos.

Durante estos años la terapia breve ha consistido básicamente en reforzamiento positivo en cada consulta.

Dado el deterioro paulatino de los valores de la depuración de creatinina, se está tratando de convencer a la paciente de las bondades de un trasplante renal de un familiar. Hasta la fecha actual la paciente no ha tomado una decisión al respecto.

Desde la tercera consulta se solicita a sus hijos que consulten para una evaluación médica y establecer posibles enfermedades acorde a la situación médica de la paciente. En consultas subsecuentes dos de sus hijos consultaron al mismo tiempo que la paciente, y se establecieron los diagnósticos de DM2 en su hija y cirrosis alcohólico nutricional en el hijo. No se logró que acudieran el resto de los hijos por causas diversas.

Última consulta hasta este momento: Julio 2014

En las últimas consultas la paciente acude solamente con su hija ya que el hijo ha presentado un agravamiento de su cirrosis.

La paciente se refiere asintomática. Exploración física dentro de límites normales. Acude puntualmente a sus consultas con el médico familiar, oftalmólogo y nutrióloga.

Estado de ánimo inmejorable, apremia a sus hijos a apegarse al tratamiento (de la hija con diabetes y el hijo con cirrosis), dietas e indicaciones del médico, situación que solo en ocasiones lo logra. La paciente tiene cita cada tres meses.

PRONÓSTICO

Dado que la paciente se encuentra en ERC fase G4 de acuerdo a la guía KDIGO (Clinical practice guidelines for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of mineral and bone disorders in chronic kidney disease) (5) requiere de terapia de reemplazo renal que puede ser diálisis peritoneal o colocación de catéter de hemodiálisis y como alternativa trasplante renal. En la última consulta se sugieren estas alternativas a la paciente y su familia. En esta etapa, las consultas siguientes serán enfocadas a prevenir las complicaciones, que de acuerdo a las guías Fistera para ERC (Estadio 4) son: anemia, hiperparatiroidismo, hiperpotasemia, malnutrición e hipervolemia. (3)

Historia de la familia

Actualmente la Familia PL es una familia urbana clase media, obrera. Originalmente era una familia rural campesina.

De acuerdo a la escala AMAI del Instituto de Investigaciones Sociales (México.). Su nivel es D+ (116 puntos) es decir clase media donde se encuentra el 35% de las familias mexicanas. (6)

Es una familia de origen rural. Se conocieron y casaron en 1959 a la edad de 21 años, y el esposo de 25. De los 12 hijos 9 nacieron en el poblado rural y 3 nacieron en Monterrey.

La familia ha pasado por varias crisis: de adición por el nacimiento de los hijos, de desmoralización por cambio de trabajo del padre en varias ocasiones, por cambio de domicilio a la ciudad en busca de un mejor ingreso económico, los abortos y finalmente por la muerte de una hija de 3 años de edad por probable meningitis, y del esposo a causa de una complicación de cirrosis alcohólico nutricional. La mayoría de las crisis las han superado en forma asertiva gracias al apoyo de hijos y familiares cercanos. No cuentan con un recurso religioso en forma importante. Son católicos pero no practicantes. Es una familia desintegrada por la muerte del esposo en 1987 sin embargo con una aceptable dinámica familiar, de tal forma que no ha sido necesario implementar algún instrumento para valorar la funcionalidad familiar.

El ingreso de la familia procede del ingreso de la hija principalmente (el esposo de ella tiene trabajos eventuales y ocasionales) ya que el hijo no trabaja debido a su estado de salud deteriorado por la cirrosis. Además el resto de sus hijos apoyan económicamente a su madre aproximadamente con 500 pesos por mes, de tal forma que nuestra paciente logra reunir unos 10,000 pesos mensuales (aproximadamente 625 US Dólares) los cuales se distribuyen en medicamentos para los seis integrantes, alimentos, servicios de la casa, transporte público y recreaciones.

Consultas de la hija

Paciente femenina de 36 años, casada. Desde la primera consulta en el 2007 la paciente ya tenía el diagnóstico de DM2 en tratamiento farmacológico en la Institución médica que le corresponde, a base glibenclamida 5 mg y metformina 500 mg por día. Acude a consulta a solicitud del médico tratante de su madre y acepta para llevar un mejor control.

Sus glucosos en los últimos 6 años desde el diagnóstico han oscilado entre 180 y 280.

El tratamiento farmacológico se continuó agregando terapia breve a base de clarificación, normalización y contrato terapéutico desde el inicio. No se ha logrado una estabilización de los niveles de glucosa sérica debido a que no lleva bien su dieta baja en carbohidratos ni realiza ejercicio programado. Argumenta que su trabajo y el cuidado de su madre le impiden un mejor apego al tratamiento, sin embargo en los últimos años ha rebajado 6 kg. de peso corporal.

Consultas del hijo

Paciente masculino de 34 años de edad, soltero. Acudió a su primera consulta en 2009 por una segunda opinión por cirrosis hepática alcohólico nutricional por exceso de consumo de bebidas alcohólicas. La historia clínica y los datos de la exploración confirmaron el diagnóstico lo que se corroboró con los resultados de sus exámenes de laboratorio y gabinete.

El tratamiento se basó en fármacos, terapia breve sistémica, principalmente confrontación y la recomendación a la familia que lo apoyaran para asistir a AAA. Inicialmente algunos de sus hermanos lo acompañaron a las sesiones de AAA sin embargo el paciente continuó ingiriendo bebidas alcohólicas y dejó de asistir a sus reuniones de terapia grupal.

En las últimas consultas se agravó su estado de salud, cursando con ascitis de moderada a gran severidad. Se realizaron interconsultas a gastroenterología donde se le practicó paracentesis en dos ocasiones. En la última consulta se le recomendó a la familia se le internara en una clínica de desintoxicación.

CONCLUSIÓN

Se trata de una familia con varios enfermos crónicos, (ver familograma en la gráfica 1) que a pesar de ser enfermedades que requieren un esfuerzo personal para llevar a cabo el tratamiento apropiado, es una familia con una buena dinámica, se apoyan mutuamente, y han logrado tener una buena calidad de vida por lo menos en 8 años a pesar de las recaídas temporales. El trabajo en equipo de los diferentes especialistas ha dado buen resultado.

La actividad del médico familiar ha consistido en amalgamar el recurso familiar y establecer un tratamiento efectivo a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, Jr., Hart LG, Blagg CR, Gutman RA, et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med.* 1985;312(9):553-9.
2. Bremer BA, McCauley CR, Wrona RM, Johnson JP. Quality of life in end-stage renal disease: a reexamination. *Am J Kidney Dis.* 1989;13(3):200-9.
3. Fisterra.com Atención Primaria en la Red [Sitio Web] A Coruña: Fisterra.com, 2011. Enfermedad renal crónica (ERC) del adulto. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/enfermedad-renal-cronica-erc-adulto/>.
4. Vélez-Díaz-Pallarés M, Cuesta-López I, Álvarez-Díaz A, Pérez-Menéndez-Conde C, Delgado-Silveria E, Bermejo-Vicedo T. Pharmaceutical intervention in metformin prescribing in patients with type 2 diabetes mellitus and renal insufficiency. *Avances en Diabetología.* 2014;30(01):17-22.
5. Kidney Disease: Improving Global Outcomes CKD-MBDWG. KDIGO clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney Int Suppl. United States*2009. p. S1-130.
6. López RH. Los niveles socioeconómicos y la distribución del gasto. México: AMAI; 2012.

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Depuración de Creatinina del 2006 al 2014.

18/12/06	12/1/07	26/4/07	24/5/07	10/7/08	6/12/08	4/6/09	23/10/09	13/10/10	5/9/11	4/12/12	28/1/13	4/4/13	27/6/13	22/1/14
46.7	55.7	36.3	36	32.5	48.02	45.6	39.7	29.9	31.63	28.08	16.8	16.8	18.8	19.4

