

Diabetes en el Adulto Mayor

La diabetes es una enfermedad con alta prevalencia en la población anciana, además de una condición compleja en este grupo etario debido a las diversas comorbilidades, el tratamiento con múltiples fármacos, el riesgo de alteración cognitiva y funcional y la discapacidad.

Fuente: Global Guideline for Type 2 Diabetes 101-108, 2012
Autor: International Diabetes Federation
Institución: International Diabetes Federation, Bruselas, Bélgica

Atención recomendada

Se debe llegar a un acuerdo entre el médico tratante y el paciente o su cuidador en cuanto a los objetivos del tratamiento. Las intervenciones para el tratamiento de la hipoglucemia buscan alcanzar un valor de hemoglobina glucosilada de 7% a 7.5% (53 a 59 mmol/mol). Un objetivo más alto puede ser apropiado en presencia de factores como la vulnerabilidad a la hipoglucemia, la presencia de comorbilidades, el estado cognitivo y una corta expectativa de vida. Para reducir el riesgo de hipoglucemia se deben evitar las glucemias en ayunas menores de 6 mmol/l durante el tratamiento.

Todos los pacientes ancianos con diabetes deben ser evaluados respecto de la posibilidad de caminar y las habilidades para la vida diaria. Se interroga sobre la asistencia para caminar, los calzados especiales y la sucesión de caídas. También se investiga sobre los problemas de la memoria. Se realiza una evaluación nutricional mediante una herramienta reconocida. Se sugiere, también, evaluar el riesgo cardiovascular y discutir sobre los factores modificables de riesgo, como el tabaquismo.

La educación sobre la diabetes debe ser accesible para todos los pacientes ancianos, además de considerar la cultura, el lenguaje, las preferencias nutricionales, la etnia, el grado de discapacidad, los factores geográficos y la necesidad de contar con cuidadores. Se debe promover el cuidado personal en esta población.

También se registra el peso, la talla, el índice de masa corporal y la presión arterial en forma anual. Se recomienda evaluar el riesgo de caídas. Se revisan los pies y se descarta la presencia de alteraciones oculares. Se mide la creatininemia, se estima el índice de filtrado glomerular y se evalúa el perfil lipídico.

Se sugiere revisar en forma regular los fármacos que recibe el paciente y considerar el riesgo de hipoglucemia, alteración renal, el tratamiento con múltiples fármacos y las dificultades para la adhesión al tratamiento.

La metformina es el hipoglucemiante para administración oral de primera línea, tanto como lo es la insulina para los pacientes que la requieren. Se deben evitar las sulfonilureas en los sujetos que presentan alto riesgo de hipoglucemia (los ancianos con fragilidad, confinados al hogar y los residentes en institutos geriátricos). Si el riesgo de hipoglucemia es moderado y se considera el uso de un secretagogo de la insulina, escoger un agente con bajo potencial de hipoglucemia. Los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 pueden considerarse como tratamiento de segunda línea. Los

agonistas del péptido similar al glucagón se emplean en los sujetos mayores obesos, sin fragilidad, como terapia de tercera línea. El tratamiento con insulina no debe ser retrasado y ofrecerse como una opción cuando las características clínicas sean las adecuadas. Un régimen de insulina basal puede ser más seguro en términos del riesgo de hipoglucemia que un esquema con premezclas de insulina.

El tratamiento antihipertensivo se inicia cuando los registros de presión arterial son mayores de 140/90 mm Hg, en forma repetida, en personas de 70 a 80 años. En los pacientes mayores de 80 años, el tratamiento comienza ante registros repetidos mayores de 150/90 mm Hg. El objetivo de la presión arterial es menor de 140/90 mm Hg en los sujetos entre 70 a 80 años y menor de 150/90 mm Hg en los individuos mayores de 80 años. El profesional debe ser cauteloso al implementar medidas intensivas para el control de la presión arterial en esta población.

Atención limitada

La revisión anual es obligatoria, como se expuso en la atención recomendada. Las opciones de fármacos hipoglucemiantes, antihipertensivos e hipolipemiantes pueden ser limitadas de acuerdo con la disponibilidad local. Todos los sujetos ancianos con hiperglucemia, que se encuentran internados, deben ser evaluados para descartar diabetes; el tratamiento hipoglucemiante no debe retrasarse.

Atención abarcadora

Los profesionales de la salud y del área social que atienden pacientes diabéticos ancianos deben ser entrenados para tal fin y considerar las características y las necesidades especiales de los adultos mayores.

La evaluación del estado funcional por parte de un equipo multidisciplinario calificado que utilice herramientas validadas tiene que incluir la medición de la función física, cognitiva y afectiva. Se debe ofrecer un programa de intervención sobre las caídas en forma multidisciplinaria a todos los sujetos con estos antecedentes o con alto riesgo de tenerlas.

Para evitar el desgaste del cuidador se debe ofrecer apoyo en las áreas de educación, acceso a la atención médica, asistencia financiera, transporte y relaciones con otros cuidadores y grupos de apoyo. En el caso de tratarse de un geriátrico, implementar un protocolo particular para la atención del individuo diabético. A su vez, al momento del ingreso a la institución cada residente es evaluado para descartar la presencia de diabetes. Cada paciente con diabetes debe contar con un

plan individualizado, con un régimen de alimentación, una lista de fármacos, sus objetivos de control glucémico y de presión arterial, el peso y un plan de cuidados.

Fundamento

La diabetes es una enfermedad con alta prevalencia en la población anciana, además de una condición compleja en este grupo etario debido a las diversas comorbilidades, el tratamiento con múltiples fármacos, el riesgo de alteración cognitiva y funcional y la discapacidad.

Los sistemas modernos de atención para los pacientes ancianos con diabetes requieren una atención integrada entre los médicos generalistas, los especialistas y otros miembros del equipo de salud.

En la población anciana aumenta de manera desproporcionada la hiperglucemia posprandial y la glucemia plasmática en ayunas sola podría ser inadecuada para el diagnóstico de diabetes.

Pocos estudios se focalizan sobre la importancia de la educación en la población de edad avanzada con diabetes. Esta estrategia demostró mejorar los resultados con respecto al nivel de depresión y se lograron reducciones significativas en la hemoglobina glucosilada y la frecuencia de hospitalizaciones.

La edad avanzada y el sexo masculino son factores de riesgo para las complicaciones de los miembros inferiores; esto justifica una estrategia intensificada para identificar e intervenir a la brevedad en los pacientes ancianos con pie diabético.

La pérdida de la visión tiene un impacto importante en la calidad de vida en los adultos mayores y los pacientes diabéticos tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones al respecto. La mayor edad y la duración de la diabetes también son factores de riesgo para la aparición de retinopatía en pacientes ancianos con diabetes.

Por lo general, la diabetes en el adulto mayor se asocia con un descenso notable en el desempeño físico y se relaciona con la discapacidad, el riesgo de caídas y las comorbilidades. Por su parte, en la posmenopausia, la diabetes se asocia con el aumento del riesgo de fracturas. Los programas de ejercicio que incluyan entrenamiento de resistencia pueden mejorar la capacidad funcional y el control glucémico en los individuos ancianos con diabetes.

La diabetes también se asocia con el aumento del riesgo de alteraciones cognitivas y demencia, tanto en la enfermedad de Alzheimer como en la demencia vascular. Estas condiciones influyen en forma negativa sobre el tratamiento y sus

resultados, por lo que se requiere su detección precoz. El control glucémico inadecuado se asocia con cambios en el desempeño mental, en tanto que la mejora en este parámetro conduce a la mejor memoria en el trabajo. La diabetes aumenta el riesgo de alteraciones del estado de ánimo, como la depresión, que pueden llevar a una reducida adhesión al tratamiento y al cuidado personal.

La prevalencia de diabetes en los institutos geriátricos excede el 20%. Los sujetos con esta enfermedad, residentes en estas instituciones, son particularmente propensos a la hipoglucemia. La fragilidad asociada y la alta prevalencia de deterioro cognitivo generan numerosos inconvenientes para su atención, el plan nutricional y el uso de fármacos.

En general, la edad avanzada no es una barrera para utilizar ningún tipo de hipoglucemiante, antihipertensivo o hipolipemiante en pacientes con diabetes tipo 2. Los datos disponibles sobre el beneficio de disminuir la glucemia en los sujetos mayores de 70 años son mínimos. Los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 son eficaces y bien tolerados en esta población. Los objetivos de control glucémico se ven influenciados por el riesgo de hipoglucemia, las comorbilidades y la expectativa de vida.

El tratamiento de la hipertensión arterial con regímenes relativamente simples en los individuos de edad avanzada (mayores de 80 años) conduce a reducciones importantes en la frecuencia de accidente cerebrovascular fatal y no fatal y la mortalidad general. Los objetivos de presión arterial en los ancianos con diabetes usualmente se corresponden con valores más altos conforme aumenta la edad y son menos exigentes en los ancianos con fragilidad.

Las estatinas reducen el riesgo cardiovascular en los ancianos con beneficios observados hasta los 80 años.

No se recomienda el descenso del peso y la restricción calórica en los sujetos con diabetes. La pérdida de peso no intencional en los ancianos aumenta la morbilidad y la mortalidad.

Es importante evaluar la atención del paciente diabético anciano. Se puede estimar la tasa de seguimiento anual, la frecuencia de hospitalización y las tasas de amputación y ceguera. También se puede registrar el número de sujetos institucionalizados y la calidad de vida. Se deben incluir datos sobre la rentabilidad en la evaluación de la atención de los adultos mayores con diabetes. Se puede analizar el número de sujetos mayores de 70 años con diabetes tipo 2 que tuvo una evaluación integral en el último año como un porcentaje de los sujetos mayores de 70 años con diabetes tipo 2 que fueron evaluados en este período.