



## CARTA CLÍNICA

# Diabetes mellitus en el anciano

## Diabetes mellitus in the elderly

E. Trillo-Calvo<sup>a,\*</sup> y J.C. Romero-Vigara<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Sistema Aragonés de Salud, Centro de Salud de Calamocha, Calamocha, Teruel, España

<sup>b</sup> Sistema Aragonés de Salud, Centro de Salud de Alcorisa, Alcorisa, Teruel, España

Recibido el 29 de octubre de 2019; aceptado el 13 de noviembre de 2019

## Introducción

El tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en el anciano representa un importante reto para los médicos de atención primaria. El envejecimiento poblacional está condicionando un aumento de cronicidad y pacientes de difícil manejo. Sin embargo, existen pocas evidencias científicas que apoyen el tratamiento más adecuado de la DM2 en los ancianos. Por tanto, su abordaje debe individualizarse, consensuado con paciente y familia, en función de objetivos, calidad de vida y expectativas. Los objetivos principales deben ser mejorar su calidad de vida, preservar su seguridad y evitar efectos adversos.

Motivo consulta: varón, 81 años, malestar general de 2 días, vómitos, diarrea y febrícula.

Antecedentes interés: hipertensión arterial (HTA), enfermedad renal crónica (ERC), filtrado glomerular (FG) 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> según CKD-EPI, DM2 hace 15 años y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), exfumador y artrosis.

Tratamiento habitual: enalapril 20 mg/día, hidroclorotiazida 12,5 mg/día, paracetamol 650 mg, bromuro tiotropio/olodaterol 2 inhalaciones/día, metformina 1.000 mg/12 h y sitagliptina 50 mg/12 h.

Anamnesis: mal estado general desde hace 2 días, inapetencia, inestabilidad, dolor abdominal cólico, sin productos

patológicos, escasa ingesta líquidos, distermia. Impresión: gastroenteritis aguda (GEA).

Situación socio funcional: viudo, vive solo; independiente para las actividades básicas de vida diaria y tiene una hija.

Exploración física: consciente, orientado, polipnea, tensión arterial (TA) 90/62, frecuencia cardíaca (FC) 102 lpm, saturación oxígeno 92%, afebril, abdomen blando, depre-sible, molestias en epigastrio con palpación, Blumberg negativo y borborignos.

Exploraciones complementarias: glucosa capilar 398 mg/dl, tira reactiva de orina positiva, glucosuria, cuerpos cetónicos y pH ácido.

Manejo de situación: tratamiento GEA, manejo deshidratación y descompensación diabética. Revisión estructurada medicación.

*Tratamiento GEA, deshidratación y descompensación metabólica*

- Valoración con la hija de posibilidades terapéuticas y/o derivación a hospital de referencia (95 km). Decisión: control en domicilio
- Hidratación oral, sueroterapia intravenosa 24 h. Dieta blanda
- Suspensión 3 días de hipotensores y antidiabéticos orales
- Inicio de insulina glargina 10 UI/día; aumento 4 UI/48 h hasta conseguir glucemias menores de 130 mg/dl
- Pauta bolus insulina rápida según glucemias preprandiales
- Control de GEA, deshidratación y descompensación metabólica, disminuyendo necesidades de insulina

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [etrilloc@salud.aragon.es](mailto:etrilloc@salud.aragon.es) (E. Trillo-Calvo).

*Revisión estructurada de medicación. Objetivo: disminuir la aparición de complicaciones macro y microvasculares*

- Tras mejoría, suspensión sitagliptina y sustitución por linagliptina (experiencia uso en ancianos y ERC)
- Reintroducción hipotensores
- Riesgo acidosis: monitorización función renal a 15 días, 3 y 6 meses
- Resto medicación igual

*Posibles complicaciones de descompensación metabólica en ancianos*

- Rabdomiolisis
- Coma hiperosmolar
- Edema cerebral
- Distrés respiratorio
- Complicaciones propias: *delirium*

## Discusión del caso. Cuestiones planteadas. Manejo de incertidumbre

*¿Existe evidencia suficiente para establecer un correcto manejo y seguimiento de los pacientes ancianos con DM2?*

1. Tasas de envejecimiento poblacional en aumento, originando un cambio en epidemiología de la DM2 hacia la vejez, sobre todo en edades entre 60-79 años. Tanto el envejecimiento como la diabetes son factores de riesgo (FDR) para el deterioro funcional y la discapacidad<sup>1</sup>. A pesar de ello, los ancianos están insuficientemente representados en los ensayos clínicos.
2. Existe poca evidencia que avale el tratamiento más adecuado de la DM2 en los ancianos, y la mayoría se sustentan en estudios observacionales, extrapolación de estudios en otros grupos poblacionales y opinión de expertos. No obstante, los principales estudios realizados (ACCORD, ADVANCE y VADT) han incluido un número sustancial de pacientes de 65-75 años<sup>2</sup>. Son precisos estudios amplios, aleatorizados, con objetivos e intervenciones específicamente centrados en población anciana diabética (en especial mayores de 75 años), a fin de mejorar el conocimiento.

*¿Existe evidencia suficiente sobre el manejo de paciente diabético anciano con pluripatología: polifarmacia y mayor probabilidad de efectos adversos?*

- Los ancianos con diabetes presentan mayor mortalidad, morbilidad cardiovascular y prevalencia de síndromes geriátricos (fragilidad, deterioro funcional, deterioro cognitivo, depresión, caídas, incontinencia urinaria, dolor persistente, polifarmacia), que los ancianos de la misma edad sin diabetes<sup>2</sup>.

*¿Existe evidencia suficiente sobre el impacto del tratamiento intensivo en estos pacientes, en cuanto a complicaciones micro y macrovasculares?*

1. El control intensivo de la glucemia en los pacientes ancianos con DM2 mal controlada no tiene efecto significativo

en tasas de eventos cardiovasculares mayores, muerte (macrovasculares), ni complicaciones microvasculares, a excepción de la progresión de la albuminuria<sup>3</sup>.

2. El control global de FDR cardiovascular es importante en los pacientes ancianos con diabetes, proporcionando mayor reducción de la morbilidad que el propio control glucémico. El tratamiento antihipertensivo produce beneficios incluso en ancianos de edad muy avanzada. Existen evidencias sólidas de beneficios de terapia con estatinas y antiagregantes en ancianos en prevención secundaria. En prevención primaria su uso es más controvertido y debería individualizarse<sup>2</sup>.

*¿Cuál debería ser el objetivo de control en diabetes de estos pacientes?*

1. Organizaciones como el Instituto Nacional de Salud y Cuidado de Excelencia (NICE), la Asociación Europea para el Estudio de Diabetes y la American Diabetes Association (ADA) orientan sobre la necesidad de tratamientos individualizados. Concluyen que el objetivo de control glucémico considerado óptimo en la población adulta ( $HbA_{1c}$  7-7,5%) es demasiado exigente en el caso del anciano frágil<sup>4</sup>.
2. El tratamiento intensivo en ancianos con DM2 es común en la práctica clínica de atención primaria. Un control intensivo de la glucemia produce mayor riesgo de hipoglucemia y pocos beneficios<sup>1</sup>.
3. La terapia intensiva en pacientes ancianos diabéticos tiene más riesgos que beneficios. La mayoría de ellos fueron tratados con insulina o sulfonilureas, pudiendo producir hipoglucemias severas. La mayoría fueron tratados de forma excesiva<sup>5,6</sup>.
4. Es imprescindible realizar una valoración integral que permita establecer un objetivo de control y un plan terapéutico individualizado y consensuado con el paciente y/o sus cuidadores, centrado en objetivos de calidad de vida. Ancianos con capacidad funcional y cognitiva conservadas, sin complicaciones ni comorbilidades importantes y buena expectativa de vida, se recomienda objetivo de  $HbA_{1c}$  del 7-7,5%. Ancianos frágiles y con mayor vulnerabilidad a hipoglucemia, necesitan objetivos de control menos estrictos ( $HbA_{1c}$  7,6-8,5%), otorgando mayores beneficios a medio-largo plazo. En ellos, las prioridades clínicas deben centrarse en evitar hipoglucemias y efectos a corto plazo de hiperglucemia (descompensación hiperosmolar, deshidratación, malnutrición e infecciones)<sup>2</sup>.

## Conclusión

La bibliografía disponible actualmente indica controles glucémicos más laxos y adaptados al perfil del paciente anciano, buscando un control simultáneo de diversos FDR. Tratamiento orientado a mejorar la calidad de vida. Hacen falta más estudios y de mayor calidad en este tipo de pacientes.

## Consideraciones éticas

Se ha contado con el consentimiento del paciente y se han seguido los protocolos del centro de trabajo para la publicación de casos clínicos.

## Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

## Bibliografía

1. Rodríguez-Poncelas A, Barrot-de la-Puente J, Coll de Tuero G, López-Arpí C, Vlach B, López-Simarro F, et al. Glycaemic control and treatment of type 2 diabetes in adults aged 75 years or older. *Int J Clin Pract*. 2018;72:e13075.
2. Gómez Huelgas R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita Tejedor J, Rodríguez Mañase L, González-Sarmiento E, et al. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2012, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.003>.
3. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven PD, et al. VADT Investigators. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2009;360:129–39.
4. Strain WD, Hope SV, Green A, Kar P, Valabhji J, Sinclair AJ. Type 2 diabetes mellitus in older people: A brief statement of key principles of modern day management including the assessment of frailty. A national collaborative stakeholder initiative. *Diabet Med*. 2018;35:838–45.
5. Lipska KJ, Krumholz H, Soones T, Lee SJ. Polypharmacy in the Aging Patient: A Review of Glycemic Control in Older Adults With Type 2 Diabetes. *JAMA*. 2016;315:1034–45.
6. Lipska KJ, Ross JS, Miao Y, Shah ND, Lee SJ, Steinman MA. Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. *JAMA Intern Med*. 2015;175:356–62.