



EDITORIAL

Diabetes mellitus tipo 2 en el anciano, nueva evidencia para aplicar el conocimiento a la práctica clínica diaria

Type 2 diabetes mellitus in the elderly, new evidence to apply the knowledge in daily clinical practice

Francesc Formiga^{a,*} y Leocadio Rodríguez Mañas^b

^a Unidad de Geriatria, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Servicio de Geriatria, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha sido catalogada como una de las muchas nuevas epidemias del siglo XXI, tanto por su creciente magnitud como por su impacto negativo en la enfermedad cardiovascular. Estudios realizados en España han reportado una prevalencia de diabetes por encima de los 75 años del 30,7% en varones y del 33,4% en mujeres, no conociéndose el diagnóstico en un tercio de los casos¹.

Es evidente que el abordaje de la diabetes en el paciente anciano representa un importante problema de salud pública, y es por ello que los distintos especialistas que participan en la atención al proceso de la enfermedad deben conocer las peculiaridades de la diabetes en el paciente mayor y de esta forma mejorar su abordaje global²⁻⁵, desde las medidas preventivas, pasando por el diagnóstico y tratamiento de la misma, hasta sus complicaciones.

En las personas mayores, la DM2 presenta multitud de características diferenciales que la hacen merecedora de consideraciones específicas. En estas personas, más que nunca, los objetivos deben ser individualizados, incorporando a las decisiones la opinión del paciente. Aunque las opciones terapéuticas son las mismas que para los jóvenes, las metas son claramente diferentes, no estarán tanto en aumentar la expectativa de vida, sino en aumentar su calidad⁴⁻⁹. Más que en cualquier otro grupo de edad, el objetivo prioritario del tratamiento de la DM2 es evitar la aparición de deterioro funcional o su progresión. Para ello, junto al control glucémico, convenientemente adaptado a las características del paciente, cobra especial protagonismo el control de las cifras de presión arterial y, en menor grado, de los lípidos, que conseguirán resultados más exitosos a más corto plazo (2-5 años) que el control de la hiperglucemia (6-8 años)⁶.

Existe amplia evidencia sobre el importante papel de la DM2 como factor de riesgo de diversos síndromes geriátricos¹⁰. Es básico que en todos y cada uno de ellos se aporten estudios, desde el punto

de vista multidisciplinar e interdisciplinar, sobre cómo evitarlos, retrasarlos o tratarlos¹¹.

Con el ánimo de mejorar todos y cada uno de estos aspectos se ha elaborado un amplio documento de consenso¹² en el que participan un gran número de sociedades. Junto a la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) y la Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG), sociedades de todos los campos relacionados con la diabetes y sus problemas en el anciano han colaborado en la confección del documento: Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Diabetes (SED), Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), Sociedad Española de Nefrología (SENEFRO), Sociedad Española de Aterosclerosis (SEA), Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) y Sociedad Española de Cardiología (SEC). Creemos que es muy importante la divulgación y conocimiento de este consenso. En la *tabla 1* se reportan algunas de las conclusiones más importantes del mismo.

Como ocurre con este tipo de documentos, el presente consenso expone lo que se conoce, a la vez que deja en evidencia lo que se ignora, que en el caso que nos ocupa es mucho. A pesar de que la DM2 y su amplio abanico de peculiaridades en el paciente anciano generan una amplia gama de temas de interés, «diabetes mellitus» es una palabra clave poco utilizada en los manuscritos publicados en los últimos años en la *Revista Española de Geriatria y Gerontología*^{13,14}. Una vez más, si los geriatras no planteamos las preguntas de investigación, otros colegas de otros campos de la medicina plantearán las suyas. Y lo harán desde su particular modo de ver la cuestión, probablemente diferente al nuestro. Y, por tanto, las grandes cuestiones que plantea la diabetes en los ancianos desde nuestro particular enfoque de geriatras (la relación diabetes y función, sus manifestaciones y consecuencias, y su abordaje diagnóstico y terapéutico) quedarán ignotas o solo parcialmente reveladas. Es, pues, básica la necesidad de avanzar en la investigación de la DM2 en las personas mayores en el entorno de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fformiga@bellvitgehospital.cat (F. Formiga).

Tabla 1
Resumen de las recomendaciones sobre el manejo de la diabetes tipo 2 en el anciano

1. La población anciana es muy heterogénea, lo que hace imprescindible una valoración funcional integral del paciente para plantear unos objetivos terapéuticos individualizados
2. En pacientes ancianos con integridad funcional y cognitiva, y buena expectativa de vida, los objetivos de control glucémico deben ser similares a los de sujetos más jóvenes. Un objetivo de HbA_{1c} de entre 7 y 7,5% puede ser razonable en estos casos
3. En ancianos con deterioro funcional o cognitivo, o con una esperanza de vida corta, el objetivo de control glucémico puede ser menos estricto (HbA_{1c} 7,6-8,5%)
4. En todos los casos resulta prioritario evitar las hipoglucemias, así como la hiperglucemia sintomática
5. El tratamiento de la hipertensión arterial proporciona beneficios incluso en ancianos de edad muy avanzada
6. En ancianos con diabetes y antecedentes de enfermedad cardiovascular está indicado el empleo de estatinas y antiagregantes, salvo consideraciones individuales. La terapia hipolipidemiante y antiagregante en prevención primaria deberá individualizarse en base al riesgo vascular, la valoración funcional y la expectativa de vida del paciente
7. El objetivo de control de la presión arterial en ancianos con diabetes tipo 2 debe establecerse en función de las características individuales del paciente y su tolerancia al tratamiento. En general, se recomienda mantener una presión arterial de entre 140/90 y 130/80 mmHg. En ancianos frágiles puede ser razonable mantener la presión arterial por debajo de 150/90 mmHg. Debe evitarse reducir la presión arterial por debajo de 120/70 mmHg
8. El tratamiento con estatinas está recomendado en todos los pacientes en prevención secundaria, con un objetivo de c-LDL < 100 mg/dL (incluso < 70 mg/dL en pacientes de muy alto riesgo) (C)
9. Es recomendable eliminar el consumo de tabaco
10. El plan terapéutico del paciente anciano con diabetes debe incluir recomendaciones individualizadas sobre dieta y ejercicio físico
11. En los pacientes ancianos tratados con metformina debe realizarse un control periódico de la función renal
12. Los fármacos secretagogos deben emplearse con prudencia en los ancianos por el riesgo de hipoglucemias. Debe evitarse el empleo de glibenclamida, siendo preferibles las glinidas u otras sulfonilureas como gliclazida o glicipirida
13. Los inhibidores de la DPP-4 son fármacos efectivos, bien tolerados y –a la espera de estudios a más largo plazo– seguros en esta población
14. Las glitazonas no son, en general, recomendables en población anciana por su perfil de efectos adversos. Existe poca experiencia con los análogos del GLP-1 en sujetos de edad avanzada, y su uso estaría limitado a ancianos obesos con buen estado funcional y nutricional
15. Los análogos de la insulina (basales y rápidos) inducen menos hipoglucemias que las insulinas humanas (NPH y regular), por lo que su uso es más recomendable, sobre todo en ancianos con alto riesgo de hipoglucemias

Fuente: Gómez-Huelgas et al.¹²

los profesionales de la Geriátría. Más allá de la descripción de su prevalencia y sus complicaciones, que pueden ser objeto de estudios multicéntricos en los distintos ámbitos de trabajo^{15,16}, se nos abre un amplio abanico de aspectos que van desde la genética a la prevención y el tratamiento, pasando por los mecanismos fisiopatológicos de génesis de la diabetes y sus complicaciones, probablemente distintos a los del adulto. Es especialmente en el campo de los aspectos más típicamente geriátricos (deterioro funcional y cognitivo, educación diabetológica en el anciano, factores nutricionales en la DM2 del anciano, iatrogenia, secundarismos farmacológicos, papel del ejercicio, obesidad sarcopénica y diabetes, cuidados al final de la vida, DM2 y calidad de vida, niveles de atención en la DM del anciano, modelos de cuidados, papel de las nuevas tecnologías y un larguísimo etcétera) asociados a la DM2 donde los profesionales vinculados a la Geriátría y Gerontología deben jugar un papel protagonista. Esperemos que este consenso destinado a mejorar el abordaje de la DM2 en las personas ancianas suponga también un aldabonazo en el interés de geriatras y gerontólogos por una de las enfermedades más asociadas a la fragilidad y al deterioro funcional, y que plantea retos asistenciales para los que la Geriátría está especialmente preparada.

Bibliografía

1. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiu E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The Di@bet.es study. *Diabetologia*. 2012;55:88-93.
2. Formiga F. Diabetes mellitus tipo 2 en el anciano, una gran oportunidad y muchos retos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:179-80.
3. Rodríguez-Manas L. A call for action in diabetes care for older people. *Diabet Med*. 2011;28:757-8.
4. Sinclair AJ, Paolisso G, Castro M, Bourdel-Marchasson I, Gadsby R, Rodríguez Mañas L, European Diabetes Working Party for Older People. European

- Diabetes Working Party for Older People 2011 clinical guidelines for type 2 diabetes mellitus. Executive summary. *Diabetes Metab*. 2011;37 Suppl 3:S27-38.
5. Sinclair A, Morley JE, Rodríguez-Mañas L, Paolisso G, Bayer T, Zeyfang A, et al. Diabetes mellitus in older people: Position statement on behalf of the International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), the European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP), and the International Task Force of Experts in Diabetes. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13:497-502.
6. Neumiller JJ, Setter SM. Pharmacologic management of the older patient with type 2 diabetes mellitus. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2009;7:324-42.
7. Bourdel Marchasson I, Doucet J, Bauduceau B, Berrut G, Blickle JF, Brocker P, et al. Key priorities in managing glucose control in older people with diabetes. *J Nutr Health Aging*. 2009;13:685-91.
8. Brown AF, Mangione CM, Saliba D, Sarkisian CA, California Healthcare Foundation/American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with Diabetes. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51 5 Suppl Guidelines:S265-80.
9. Caughey GE, Roughead EE, Vitry AI, McDermott RA, Shakib S, Gilbert AL. Comorbidity in the elderly with diabetes: Identification of areas of potential treatment conflicts. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010;87:385-93.
10. Araki A, Ito H. Diabetes mellitus and geriatric syndromes. *Geriatr Gerontol Int*. 2009;9:105-14.
11. Vischer UM, Bauduceau B, Bourdel-Marchasson I, Blickle JF, Constans T, Fagot-Campagna A, et al. A call to incorporate the prevention and treatment of geriatric disorders in the management of diabetes in the elderly. *Diabetes Metab*. 2009;35:168-77.
12. Gómez-Huelgas R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita Tejedor J, Rodríguez Mañas L, González-Sarmiento E, et al. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2012 Nov 28, doi:pii:S0025-7753(12)00852-4.10.1016/j.
13. Zafon Llopis C. Envejecimiento y resistencia a la insulina. Más allá del síndrome metabólico. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:302-11.
14. Regalado Doña PJ, Azpiazú Artigas P, Sánchez Guerra ML, Almenar Monfort C. Factores de riesgo vascular y enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:98-105.
15. Ferrer A, Padrós G, Formiga F, Rojas-Farreras S, Perez JM, Pujol R. Diabetes mellitus: Prevalence and effect of morbidities in the oldest old. The Octabaix study. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:462-7.
16. Durán Alonso JC, investigadores del estudio Diagerca. Prevalencia de diabetes mellitus en pacientes geriátricos institucionalizados en la provincia de Cádiz. Estudio Diagerca. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47:114-8.