

La prevalencia de DM2 (diabetes mellitus tipo 2) aumenta con la edad. En España, el estudio Di@bet.es¹ encontró que la prevalencia de diabetes por encima de los 75 años fue del 30,7 % en varones y del 33,4 % en mujeres, desconociéndose el diagnóstico en el 10 % de los casos. Según este estudio, más de la mitad de la población con DM2 en nuestro país tendría más de 65 años.

La fisiopatología de la DM2 en ancianos es polimorfa, frente a sujetos donde predomina un marcado déficit en la producción de insulina, hay sujetos en los que el factor predominante es la resistencia periférica a la insulina.

Valoración integral del paciente anciano con DM2

La población anciana con DM2 presenta una marcada heterogeneidad clínica, consecuencia de diferencias en los cambios estructurales y funcionales asociados al envejecimiento, la duración de la diabetes, la presencia de complicaciones o comorbilidades asociadas y la polifarmacia.

Por otra parte, los cambios relacionados con la edad en la función renal y en la percepción de la sed, pueden amortiguar los síntomas cardinales de la hiperglucemia, como la polidipsia o la poliuria.

Los ancianos con diabetes, tienen más comorbilidades que los no diabéticos, también presentan más riesgo de depresión, caídas, deterioro cognitivo y de incapacidad funcional².

Una valoración integral debe ocupar un lugar predominante, poniendo especial énfasis en la prevención y detección precoz de aquellas complicaciones que tengan un impacto funcional significativo³. **GRADO A.**

1. Valoración clínica

- Complicaciones de la diabetes:
 - Riesgo de hipoglucemias (función renal, medicamentos).
 - Pie diabético.
 - Pérdida visual.
 - Disfunción eréctil.
- Audición.
- Valoración nutricional.
- Comorbilidades asociadas.
- Prescripción/es inapropiada/s.
- Adherencia terapéutica.

2. Valoración funcional

- Función física: «capacidad para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria».
- Función mental (aspectos cognitivos, estado del ánimo).
- Función social.

Estrategia terapéutica del paciente anciano con DM2

- Considerar el factor tiempo. Los beneficios asociados al control glucémico requieren un periodo de 5-10 años para la reducción de las complicaciones microvasculares y de unos 20-30 años para disminuir la morbimortalidad cardiovascular. Por ello, debe tenerse en cuenta la expectativa de vida del paciente para planificar los objetivos glucémicos.
- Priorizar las intervenciones. Considerar el papel de las comorbilidades asociadas y el riesgo competitivo de muerte y discapacidad establecida entre las diferentes enfermedades.
- Preservar la seguridad del paciente y evitar los efectos adversos del tratamiento farmacológico.

Objetivo glucémico

No existe acuerdo entre las diferentes guías en cuanto a los objetivos glucémicos en los pacientes ancianos. Sin embargo, todas coinciden en que estos dependerán de su situación funcional, cognitiva y de las enfermedades coexistentes^{4,5}:

- Ancianos con buena situación funcional y cognitiva, expectativa de vida suficiente para beneficiarse de un control glucémico adecuado (> 5 años): un objetivo de HbA1c entre 7 y 7,5 %. **GRADO D.**
- Ancianos frágiles con múltiples comorbilidades, alto riesgo de hipoglucemias o con esperanza de vida < 5 años: un objetivo menos estricto de HbA1c entre 7,6 % y 8,5 %. **GRADO D.**
- En todos los casos resulta prioritario evitar la hipoglucemia así como las complicaciones de la hiperglucemia (deshidratación, coma hiperglucémico hiperosmolar, malnutrición, infecciones, retraso en la cicatrización de heridas). **GRADO A.**

Tratamiento de la hiperglucemia

Modificaciones del estilo de vida

Tanto la dieta como el ejercicio físico son aspectos importantes en el tratamiento de la DM2 en el anciano. **GRADO A.**

- En edades avanzadas es frecuente la obesidad sarcopénica, caracterizada por un índice de masa corporal elevado y baja masa muscular. Las dietas muy restrictivas pueden empeorar la sarcopenia, condición asociada a un deterioro funcional, riesgo de caídas y de institucionalización.
- Los ancianos pueden requerir suplementos de calcio, vitamina D y vitamina B12. Es importante mantener una ingesta diaria de líquidos (mínimo de 1.500 ml/día) incrementándose en situaciones de fiebre o infecciones.
- Los programas de ejercicio físico de resistencia, flexibilidad y equilibrio con o sin ejercicio aeróbico, adaptados a este grupo de población han sido positivos para revertir la sarcopenia, disminuir el riesgo de caídas así como en la mejoría del control glucémico y de la calidad de vida.

Consideraciones sobre el uso de los fármacos antidiabéticos en ancianos

Como norma general, iniciar el tratamiento con fármacos antidiabéticos a dosis baja y titular progresivamente para evitar la aparición de efectos secundarios.

Metformina

- Es el de elección, especialmente en pacientes con IMC elevado (utilidad limitada en pacientes con anorexia y bajo peso). **GRADO C.**

- Inconvenientes: intolerancia digestiva, disminución del apetito, déficit de vitamina B12.
- Precauciones: monitorizar periódicamente la función renal y reducir la dosis si el filtrado glomerular es < 45 ml/min o suspenderla si es < 30 ml/min. Evitar o suspender temporalmente en situaciones de hipoxia tisular (enfermedad aguda intermitente, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca aguda), riesgo de insuficiencia renal funcional (vómitos, diarrea, administración de contrastes intravenosos)

Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4) (sitagliptina, linagliptina, vildagliptina, saxagliptina y alogliptina)

- Si la monoterapia con metformina no alcanza el objetivo de control glucémico, la asociación con un inhibidor de la DPP-4 es la preferida por su menor riesgo de hipoglucemia⁶. **GRADO D.**
- Son fármacos orales muy bien tolerados, no inducen hipoglucemias, ni presentan interacciones medicamentosas significativas.
- Ajustar dosis en caso de deterioro en la función renal (no necesario en el caso de linagliptina).

Insulina basal

- En el caso de no conseguir el objetivo con 2 fármacos, la asociación con insulina basal se considera la opción más razonable. **GRADO D.**
- Preferiblemente, usar análogos de insulina basal porque presentan menor riesgo de hipoglucemias.
- Realizar una adecuada educación diabetológica al paciente y/o su cuidador.

Secretagogos

Deben emplearse con prudencia por el riesgo de hipoglucemia siendo preferibles, si se utilizan, la glicazida o la repaglinida.

Agonistas de los receptores del péptido similar al glucagón (GLP-1)

Poca experiencia de uso en sujetos > 75 años. Evitar su empleo en ancianos frágiles con sarcopenia.

Inhibidores del cotrasportador de sodio-glucosa (SGLT2)

Poca experiencia de uso en > 75 años. Su eficacia hipoglucemiante depende de una función renal adecuada (filtrado glomerular renal > 60 ml/min). Vigilar los efectos adversos derivados de la depleción de volumen (mareos, hipotensión).

Tratamiento de otros factores de riesgo cardiovascular en el anciano con diabetes^{4,5,7}

- El tratamiento de la hipertensión arterial proporciona beneficios incluso en ancianos de edad muy avanzada. **GRADO A.**
- 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 entre 140/90 mmHg y 130/80 mmHg (**GRADO C**). En ancianos frágiles puede ser razonable mantener la presión arterial por debajo de 150/90 mmHg (**GRADO C**). Debe evitarse reducir la presión arterial por debajo de 120/70 mmHg (**GRADO C**).
- En ancianos con diabetes y antecedentes de enfermedad cardiovascular está indicado el empleo de estatinas y antiagregantes, salvo consideraciones individuales. **GRADO A.**
- El tratamiento con estatinas está recomendado en todos los pacientes en prevención secundaria, con un objetivo de cLDL < 100 mg/dL (incluso < 70 mg/dL en pacientes de muy alto riesgo). **GRADO C.**
- La terapia hipolipemiante y antiagregante en prevención primaria deberá individualizarse en base al riesgo vascular, la valoración funcional y la expectativa de vida del paciente. **GRADO D.**
- Es recomendable eliminar el consumo de tabaco. **GRADO C.**
- La antiagregación con AAS a dosis bajas (75-100 mg) está indicada en todos los casos de prevención secundaria, siempre que el riesgo hemorrágico no sea elevado. **GRADO A.**

→ Mensajes clave

- La población anciana con diabetes es muy heterogénea, lo que hace imprescindible una valoración integral para plantear unos objetivos terapéuticos individualizados.
- En todos los casos resulta prioritario evitar las hipoglucemias así como la hiperglucemia sintomática.

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. *Diabetología*. 2012;55:88-93.
2. Wong E, Backholer K, Gearon E, Harding J, Freak-Poli R, Stevenson C, Peeters A. Diabetes and risk of physical disability in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2013;1:106-14.
3. Sinclair AJ, Dunning T, Rodríguez-Mañás L. Diabetes in older people: new insights and remaining challenges. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015;3:275-85.
4. Huang ES. Management of diabetes mellitus in older people with comorbidities. *BMJ (Clinical research ed)*. 2016;353:i2200.
5. Gómez-Huelgas R, et al. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2013;140(3):134.e1-134.e12.
6. Alemán JJ, Artola S, Franch J, Mata M, Millaruelo JM y Sangrós J; en nombre de la redGDPS. Recomendaciones para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: control glucémico. 2014. Disponible en <http://www.redgdps.org>.
7. Gómez-Huelgas R, et al. Tratamiento de los factores de riesgo vascular en el paciente mayor de 80 años. *Med Clin (Barc)*. 2014;143(3):134.e1-11.