

Características de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes muy ancianos

Martí J

Hospital de Zumárraga. Guipúzcoa

La población geriátrica tiene una alta prevalencia de diabetes mellitus (DM). Se estima que en mayores de 75 años es de 30,7 % en varones y de 33,4 % en mujeres y no se conoce el diagnóstico en un tercio de los casos¹. Es una causa importante de mortalidad y morbilidad en este grupo de población, atribuidas a las complicaciones macro y microvasculares con el alto coste económico que ello conlleva^{1,2}.

El objetivo del estudio ha sido conocer las características de la DM tipo 2 en el paciente muy anciano y analizar los tratamientos, tanto para la DM como para los factores de riesgo, y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Para ello se han estudiado los pacientes diabéticos mayores de 85 años ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante un periodo de 18 meses y se han analizado los siguientes parámetros: edad, sexo, duración de la DM, comorbilidades, motivo de ingreso, analítica, tratamiento, objetivos terapéuticos y evolución.

Presentamos 124 pacientes con DM tipo 2, mayores de 85 años, 89 mujeres y 35 varones, con una edad media de 90,67 años (DE 1,8).

El diagnóstico de DM estaba recogido en la historia clínica en los 11,8 (DE 6,9) años previos al ingreso (rango 1-40). Un 12 % estaban institucionalizados.

Comorbilidades: hipertensión arterial 81 %, cardiopatía isquémica 48 %, fibrilación auricular 39 %, dislipemia 39 %, deterioro cognitivo 37 %, ictus previos 27 %, nefropatía 15 %, retinopatía 15 %, obesidad 10 % y arteriopatía periférica 8 %.

Motivo de ingreso: patología respiratoria aguda 34 %, insuficiencia cardiaca 34 %, sepsis de origen urológico 12 %, ictus 8 %, hipoglucemia 8 %, mixclánea 4 %.

Analítica previa al ingreso: glucemia 139 (DE 56); hemoglobina glucosilada 6,9 % (DE 1,1); colesterol

154 (DE 31,5); HDL 43,9 (DE 13,5); LDL 86,8 (DE 26); triglicéridos 115 (DE 47); MDRD-4 49,5 (DE 13,7) ml/min/1,73 m², con valores de < 30 ml/min/1,73 m² (15 %), 31-59 ml/min/1,73 m² (61 %), > 60 ml/min/1,73 m² (24 %).

Tratamientos previos al ingreso: insulina glargina, detemir o mezclas 43,5 %; metformina 34,6 %; sulfonilureas 25,8 %; asociación de metformina e inhibidores de la DPP-4 9 %; otros antidiabéticos orales (glinidas, glitazonas, acarbosa e inhibidores de la DPP-4) 12 %. Tipo de tratamiento: monoterapia 72 %, doble terapia 23 % (metformina asociada a inhibidores de DPP-4, a insulina glargina o detemir o a sulfonilureas), triple terapia 5 %.

Tratamiento de factores riesgo: IECA/ARA II 55 %, diuréticos 33 %, estatinas 32 %, antiagregantes 30 %, calcioantagonistas 15 %, betabloqueantes 5 %. Un 16 % no seguían tratamiento para factores de riesgo vascular.

Cumplimiento de objetivos terapéuticos: hemoglobina glucosilada < 8,4 % (90 %), con valores de < 7,5 (76 %), 7,6-8,4 (14 %), > 8,5 (10 %); triglicéridos < 150 (81 %); LDL < 100 (76 %), HDL > 40 en varones (40 %) y > 50 en mujeres (40 %). En el momento del alta las sulfonilureas fueron suspendidas en 12 pacientes y sustituidas por insulina en 9 y por inhibidores de la DPP-4 en 3 pacientes, respectivamente; en los pacientes con glinidas, acarbosa y glitazonas fueron sustituidas por metformina y/o insulina.

La mortalidad intrahospitalaria fue de 13,87 %.

El incremento en la expectativa de vida hace que cada vez veamos más pacientes con enfermedades evolucionadas en edades muy avanzadas; la DM no es una excepción. Estos pacientes presentan peculiaridades que condicionan tanto el control como el tratamiento: elevada comorbilidad, presencia de síndromes geriátricos, deterioro cognitivo, polifarmacia, dependencia y aislamiento sociales, marcada heterogeneidad clínica en cuanto a la duración de la DM, problemas nutricionales,

esperanza de vida incrementada...^{3,4} Salvo un 12 % de pacientes, que se encontraban institucionalizados, el resto estaba adecuadamente controlado por su médico de atención primaria. Las comorbilidades (hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatías...) son similares a las descritas en este grupo de edad en otros estudios, a excepción de la afectación macro y microvascular, propias de la DM⁵.

El tratamiento de la DM y de sus comorbilidades es similar en pacientes muy ancianos y en jóvenes⁶. Únicamente 16 % no tenía tratamiento para la prevención de sucesos cardiovasculares.

Debe evitarse el control estricto de la hemoglobina glucosilada en este grupo de pacientes, ya que valores por debajo de 7 % aumentan el riesgo de hipoglucemia y de consecuentes caídas⁷.

La metformina fue el principal fármaco empleado en el tratamiento de nuestros pacientes; únicamente 15 % presentaban un MDRD que contraindicaba su utilización.

Llama la atención la existencia de 12 tipos distintos de pautas terapéuticas (probablemente la aparición de nuevos fármacos, en especial los inhibidores de la DPP-4, haya podido influir). Creemos que deben reducirse, por ejemplo, el uso de inhibidores de la DPP-4, el de metformina e insulina en monoterapia, el de metformina asociada a insulina o inhibidores de la DPP-4 en terapia doble, o la asociación de metformina e insulina e inhibidores de la DPP-4 en terapia triple. Se deben evitar las sulfonilureas, a pesar de ser eficaces tanto solas como asociadas a metformina; pueden ser sustituidas por inhibidores de la DPP-4 para evitar el riesgo de hipoglucemias⁸.

Los controles de objetivos terapéuticos en nuestros pacientes fueron adecuados y dentro de las recomendaciones de las guías VA/DOD, ADA y la de la European Diabetes Working Party for Older People⁹⁻¹⁰.

En el paciente diabético muy anciano debe prevalecer como principal objetivo la mejora de la calidad de vida y evitar efectos secundarios frente a la consecución de objetivos estrictos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Formiga F, Rodríguez L. Diabetes mellitus tipo 2 en el anciano, nueva evidencia para aplicar el conocimiento a la práctica clínica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2013;48: 53-4.
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. Gómez R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita J, Rodríguez L, González E, et al. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Med Clin(Barc)* 2013;140: 134.e1-e12.
4. Zhang X, Decker FH, Luo H, et al. Trends in the prevalence and comorbidities of diabetes mellitus in nursing home residents in the United States: 1995-2004. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:724.
5. Holliman K. Managing the elderly with cardiovascular disease. *ACP Internist* 2011.
6. Garber AJ et al. AACE comprehensive diabetes management algorithm 2013. *Endocr Pract* 2013;19:327-36.
7. Abdelhafiz A, Sinclair A. Management of type 2 diabetes in older people. *Diabetes Ther* 2013;4:13-26.
8. Kim KS, Kim SK, Mi KM, Cho YW, Park SW. Management of type 2 diabetes mellitus in older adults. *Diabetes Metab J* 2012;36:336-44.
9. Kirkman M, Briscoe V, Clark N, Florez H, Haas L, Halter J, et al. Diabetes in older adults: A consensus report. *JAGS* 2012;60:2342-56.
10. Sinclair A, Paolisso G, Castro M, Bourdel-Marchançon I, Gadsby R, Rodríguez L. European Diabetes working party for older people 2011. Clinical guidelines for type 2 diabetes mellitus: executive summary. *Diabetes & Metabolism* 2011;37:s27-s38.