

SITUACIONES ESPECIALES

Diabetes en las personas de edad avanzada: abordaje integral

INFORMACIÓN PARA PACIENTES

Óscar Moreno-Pérez. Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario de Alicante - ISABIAL. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Rebeca Reyes-García. Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería. CIBER de Fragilidad y Envejecimiento Saludable "CIBERFES", Instituto de Salud Carlos III.

Cristina Tejera-Pérez. Unidad de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Ferrol.

La diabetes en adultos mayores

El abordaje de la diabetes en los adultos mayores presenta características propias en comparación con otras personas más jóvenes. En España, el 17 % de la población de entre 65 y 74 años presenta diabetes, que asciende hasta el 19 % en personas mayores de 75 años. En la mayoría de los casos se trata de diabetes tipo 2, aunque con la mejora de los tratamientos cada vez hay más personas con diabetes tipo 1 con edades avanzadas. Además, podemos encontrar otros tipos de diabetes, como la diabetes tipo 3c, secundaria a patología pancreática, o diabetes esteroidea, por el tratamiento con corticoesteroides, entre otras.

A los desafíos propios del manejo de la diabetes hay que sumar la posible presencia de complicaciones asociadas a la misma y condicionantes clínicos propios de personas con edades más avanzadas. Entre ellos están la pérdida de masa muscular o sarcopenia, la pérdida de fuerza muscular o dinapenia, la presencia de un alto consumo de fármacos (polifarmacia) o una mayor prevalencia de fragilidad y deterioro cognitivo. Además, hay que destacar que una mayor edad es un factor de riesgo para desarrollar hipoglucemias.

Podemos distinguir dos escenarios extremos. Por un lado, el adulto mayor con un envejecimiento activo, que no cumple los criterios de fragilidad y en el que el abordaje será similar al de una persona más joven. En el otro extremo, un adulto mayor frágil con sarcopenia en el que el abordaje va a ser totalmente opuesto. Entre ambos perfiles podemos encontrarnos una amplia variedad de situaciones, que nos van a obligar a hacer un abordaje totalmente personalizado.

¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?

A la hora de establecer los objetivos, debe hacerse una evaluación inicial que incluya:

- Considerar no solo la esfera médica, sino también las habilidades de autocuidado.
- Evaluar la presencia de síndromes geriátricos, es decir, situaciones que son más frecuentes con la edad: polifarmacia, alteración cognitiva, depresión, incontinencia urinaria, caídas y dolor crónico.
- Evaluar si hay datos de fragilidad y sarcopenia.
- Cribado de alteraciones cognitivas.

Una vez evaluados estos ítems, podemos establecer los siguientes objetivos:

1. **Control glucémico.** En el caso de personas con fragilidad, se aconseja un valor de hemoglobina glucosilada (HbA1c) de 7,5-8,5 %, mientras que en personas sin datos de fragilidad el objetivo es similar a personas más jóvenes (< 7 %). Siempre se priorizará evitar hipoglucemias. La monitorización continua de glucosa también es beneficiosa en personas con fragilidad, en cuyo caso se aconseja un tiempo en rango ≥ 50 % con un tiempo por debajo de rango inferior al 1 %.
2. **Presión arterial.** Hay que determinar siempre que sea posible las cifras de presión arterial tanto de pie como sentado para detectar la probable presencia de hipotensión ortostática. En personas frágiles y dependientes del objetivo la presión arterial es < 150/90 mmHg, mientras que en situaciones intermedias puede buscarse una presión arterial < 140/90 mmHg.

En general, en el adulto mayor deben evitarse cifras < 120/70 mmHg.

3. **Control lipídico.** Hay que tener en cuenta que la miopatía o daño muscular debido a las estatinas (fármacos más habituales para tratar las cifras elevadas de colesterol) es más frecuente en edades más avanzadas en relación con la sarcopenia. Niveles adecuados de vitamina D pueden mejorar las mialgias en relación con las estatinas. En el caso de la presencia de una fragilidad avanzada o dependencia total, puede valorarse la suspensión de estas.
4. **Cribado de complicaciones.** El tiempo de evolución de la diabetes condicionará la evaluación de complicaciones. Debemos diferenciar entre DM de larga evolución, con complicaciones y/o factores de riesgo, frente a un diagnóstico de DM en edades avanzadas, en los que la presencia de complicaciones a largo plazo tendrá menor relevancia.
 - *Complicaciones cardiovasculares.* Aparte de las complicaciones clásicas cardiovasculares asociadas a la diabetes, debe tenerse en cuenta que la insuficiencia cardíaca es más frecuente en los adultos mayores. Puede manifestarse como hinchazón abdominal, de piernas y dificultad para respirar con los esfuerzos o incluso tumbado.
 - *Complicaciones renales.* Son más frecuentes en las personas de edad avanzada. Para vigilar la función renal es suficiente una analítica de sangre con filtrado glomerular estimado más una de orina para determinar el cociente albúmina/creatinina cada 6-12 meses.
 - *Cuidado ocular.* Tanto el glaucoma como la presencia de cataratas son más frecuentes en adultos mayores con diabetes. No debe olvidarse que en esta edad también pueden aparecer defectos de refracción. En el caso de discapacidad visual podemos apoyarnos en el uso de bolígrafos inteligentes de insulina, bolígrafos con lupa incorporada, glucómetros con números grandes, monitorización de glucosa con datos compartidos con cuidadores o uso de apps con lectura de datos con voz.
 - *Cuidado del pie.* Un largo tiempo de evolución y cifras elevadas de glucemia de forma habitual son los factores de riesgo para desarrollar pie diabético. Además, con la edad no es infrecuente el desarrollo de problemas en los pies como callosidades y deformidades, por lo que es de vital importancia cuidar los pies. En el siguiente [enlace](#) hay más información.
 - *Deterioro cognitivo.* La combinación de diabetes y edad avanzada conlleva un mayor riesgo de desarrollo del deterioro cognitivo, enfermedad Alzheimer y demencia de origen vascular. Una mayor duración de la diabetes y el mal control glucémico son factores predisponentes. Esta relación es bidireccional.
 - *Disfunción eréctil.* Es más frecuente en el anciano con diabetes y depende tanto de su edad como del tiempo de evolución, el grado de hiperglucemia y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular. El consumo de alcohol también puede influir. El tratamiento es similar al de las personas más jóvenes.
 - *Déficit de vitamina B12.* El déficit de vitamina B12 está asociado con el uso de metformina. La propia edad favorece la pérdida de células gástricas parietales que producen el factor intrínseco, así como la disminución de ácido en el estómago, de forma que la absorción de esta vitamina disminuye.
 - *Otros.* La presencia de enfermedad periodontal es más frecuente con la diabetes. Una salud bucal deficiente impacta de forma desfavorable en las cifras de glucosa. Es aconsejable la valoración periódica por odontología para el cuidado y seguimiento específico. Se aconseja la vacunación anual contra la gripe en las personas con diabetes, así como contra la COVID-19. También se aconseja la vacunación contra el neumococo en personas con diabetes mayores de 65 años. Para el virus de la varicela zóster se recomienda la vacunación con dos dosis en mayores de 50 años. Debe valorarse de forma individualizada la recomendación del virus de la hepatitis B, virus respiratorio sincitial y triple vírica (difteria, tétanos y tosferina).
5. **Hipoglucemias.** Las hipoglucemias en adultos mayores son más frecuentes, especialmente en los casos en que coexisten fragilidad, deterioro cognitivo en cualquier grado o la presencia de enfermedad renal crónica. Otras causas son: un reconocimiento alterado de las mismas, alteración de los mecanismos de respuesta, uso de tratamientos que incrementan el riesgo de hipoglucemias y alteraciones en el autocuidado. Las hipoglucemias aumentan el riesgo de caídas, fracturas, necesidad de visitas a urgencias, hospitalización y merman la calidad de vida. Además, existe una relación bidireccional entre hipoglucemias y deterioro cognitivo.
6. **Sarcopenia.** Es importante el cribado de sarcopenia en las personas adultas mayores. Para ello, aparte de evaluar la historia clínica, se pueden emplear test fáciles de reproducir como el SARC-F. La pérdida de masa muscular puede mitigarse con el estilo de vida, como explicaremos más adelante.

Tratamiento farmacológico

La edad no es ninguna contraindicación para usar fármacos que se emplean en personas más jóvenes. En general, se iniciarán a dosis bajas-medias con escalada progresiva según tolerancia y objetivos. En las personas mayores siempre se debe evitar el riesgo de hipoglucemia y a ser posible se utilizarán pautas sencillas y se minimizará el uso de fármacos. Los que se asocian con bajo riesgo de hipoglucemia son metformina, iDPP4, iSGLT2 y arGLP1. En cuanto al uso de insulinas, es preferible administrar análogos basales de segunda generación, ya que tienen menor riesgo de hipoglucemia (insulina Degludec U100-U200, insulina Glargina U300). No hay que olvidar que algunos de estos fármacos precisan un ajuste según la función renal.

Es importante recordar que en caso de situaciones como fiebre, vómitos o diarrea se deben suspender los fármacos como la metformina y glucosúricos (iSGL2) para evitar el riesgo de deterioro de la función renal y deshidratación. Los iDPP4 y agonistas del receptor de GLP1 (arGLP1) son fármacos seguros, con bajo riesgo de hipoglucemia. En el caso de la insulina y los secretagogos (sulfonilureas y glinidas), será necesario reducir su dosis o bien suspenderlos (secretagogos) en caso de enfermedad aguda.

En el caso concreto de iSGLT2 y arGLP, han demostrado ser fármacos modificadores de enfermedad, de forma que tienen beneficios a nivel cardiovascular y renal, además los iSGLT2 protegen frente a la insuficiencia cardíaca. En los grandes estudios de seguridad cardiovascular estos fármacos han demostrado los mismos beneficios tanto en la población de edades más avanzadas como en la población más joven. En general debe evitarse el uso de pioglitazona debido al riesgo elevado de insuficiencia cardíaca.

Terapia nutricional y actividad física

La diabetes en sí misma puede producir tanto sarcopenia como dinapenia, siendo ambos factores de riesgo para el desarrollo de fragilidad. La intervención más potente para reducir la sarcopenia y la dinapenia es el estilo de vida.

Terapia nutricional

Los adultos mayores tienen más riesgo de desnutrición debido a la disminución del apetito o a las alteraciones en el gusto y el olfato, la dificultad para tragar, problemas dentales y otras circunstancias relacionadas con la ingesta. Las recomendaciones nutricionales deben ser siempre individualizadas y adaptadas a las circunstancias de cada persona. Se aconseja el consumo de proteínas de alto valor biológico tanto de origen animal como vegetal. No es necesario restringir el aporte proteico salvo en la insuficiencia renal grave. No hay que olvidar el consumo de calcio y alimentos ricos en vitamina D. Se aconseja evitar los azúcares añadidos y los alimentos con alto índice glucémico y favorecer el consumo de alimentos integrales, frutas y verduras. En cuanto al consumo de grasas, deben evitarse las grasas trans, limitar la ingesta de colesterol a 300 mg al día y favorecer el consumo de grasas saludables como el aceite de oliva virgen extra, semillas, frutos secos al natural, pescado azul, o aguacate. No deben suplementarse de forma rutinaria micronutrientes, salvo si hay un déficit comprobado y en adultos mayores con desnutrición o alto riesgo nutricional se puede plantear el uso de suplementos orales y, en el caso de la presencia de disfagia, el uso de espesante.

Ejercicio físico

Debe evitarse el sedentarismo en la medida de lo posible e identificar siempre las limitaciones de tipo variado como físicas o arquitectónicas. Potenciar las actividades grupales o ejercicios como el baile son una buena estrategia. Las recomendaciones para la actividad física en adultos mayores no frágiles son similares a las de los jóvenes: realizar al menos 150 min semanales de actividad aeróbica de intensidad moderada-vigorosa (caminar, ir en bicicleta, etc.) distribuida a lo largo de la semana, no dejando más de 2 días seguidos sin actividad física e incluir 2 o 3 sesiones semanales de fuerza (pesas, yoga, pilates, etc.). En el caso de los adultos dependientes, siempre hay que potenciar las habilidades que se tienen y proponer objetivos realistas y personalizados como caminar 10 min por el pasillo de casa, y no hay que olvidar los ejercicios de fuerza adaptados a las características de cada persona. También son beneficiosos los ejercicios de equilibrio y flexibilidad. Hay que recordar que el ejercicio puede inducir hipoglucemias durante el desarrollo del mismo y *a posteriori*, por eso es importante llevar consigo alimentos con hidratos de carbono y consultar con el equipo sanitario las instrucciones concretas para la actividad física. En los siguientes enlaces podemos encontrar ejemplos de ejercicios de fuerza muscular para pacientes con limitación de la movilidad: [aquí](#) y [aquí](#).