

Anciano y diabetes tipo 2

Javier Sangrós González

Médico de familia. Centro de Salud Torrero La Paz. Zaragoza

El caso clínico que vamos a presentar pretende ser útil para estudiar las peculiaridades que existen en la práctica médica a la hora de tratar a un paciente diabético anciano mayor de 75 años.

Este tipo de enfermos es frecuente en Atención Primaria, ya que la prevalencia de la diabetes mellitus en España en personas mayores de 75 años es de un 30,7% en varones y de un 33,4% en mujeres (la diabetes conocida es de un 20,7% y un 23,2%, respectivamente)¹.

Los ancianos se encuentran infrarrepresentados en las guías de práctica clínica y en los estudios clínicos en los que se basan². A pesar de ello, durante mucho tiempo, hemos generalizado los objetivos de tratamiento y el manejo de la enfermedad de esas guías al conjunto de la población, independientemente de la edad o la condición física o mental.

En el momento actual disponemos de la *Guía europea para el tratamiento de los ancianos con diabetes mellitus*³ y del *Documento de consenso español para el tratamiento de los pacientes ancianos* (en imprenta).

CASO CLÍNICO

- Mujer diabética de 81 años de edad.
- Reacción alérgica al Adalgru[®].
- Amigdalectomía en 1954. Histerectomía en 1976.
- Diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en 1987.
- En junio de 2003 presentó un cuadro de dolor torácico catalogado como ángor de esfuerzo. Fue hospitalizada en julio de ese mismo año y se le practicó angioplastia coronaria transluminal percutánea sobre descendente anterior (DA) y coronaria derecha (CD) con colocación de *stent*. En el momento del alta, la fracción de eyección era del 70%.

- En el año 2008 fue estudiada por un cuadro de pérdida de memoria y se le diagnosticó una enfermedad de Alzheimer.
- En el momento actual sigue tratamiento con Exelon[®] 9,5 en parche transdérmico (1-0-0-0), Deprax[®] 100 (0-0-0-1), Emconcor[®] 2,5 (1-0-0-0), Nitro-Dur[®] 10 (1-0-0-0), Adiro[®] 100 (1-0-0-0), atorvastatina 10 (0-0-0-1), metformina 850 (1-0-1-0), Lantus[®] (22 U 0-0-0), Apidra[®] (0-4-2-0).

EVOLUCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS

La primera anotación referente a la DM2 en la historia clínica informatizada es del **año 2002**: paciente diagnosticada de DM2 que no acude a consulta de forma habitual. Se controla ella en su casa porque, según refiere, «no le gustan los médicos». Viene a comunicarnos que toma Euglucon[®] 5 mg y que cada vez es menos efectivo.

Análítica: glucemia 252 mg/dl. Hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}): 8%. Microalbuminuria: negativa. Fondo de ojo (FO): no retinopatía diabética. Tensión arterial (TA): 130/70 mmHg. Índice de masa corporal (IMC): 28,7 kg/m².

Se le asoció metformina y cuatro meses más tarde la glucemia basal era de 200 mg/dl. HbA_{1c}: 7%. Colesterol: 223 mg/dl. Colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL): 43 mg/dl. Microalbuminuria: negativa.

En el período que se extiende desde **2002 a 2006** la paciente sigue con el mismo tratamiento y las cifras de HbA_{1c} varían: 7,1%, 8,2%, 7,7%, etc. TA: 130/70 mmHg. Colesterol total: 137 mg/dl. c-HDL: 42 mg/dl. Colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad: 72 mg/dl (tratamiento con atorvastatina). Índice albúmina/creatinina: 2,9 mg/g. FO: normal; no retinopatía diabética.

En octubre de 2006 solicita un cambio del tratamiento, consulta a Endocrinología o «lo que haga falta», porque en alguna ocasión ha llegado a tener 400 mg/dl de glucemia capilar. La glucemia basal era 209 mg/dl, y la HbA_{1c} 8,6%.

Iniciamos tratamiento con insulina glargina. Se mantuvo la metformina y se retiraron las sulfonilureas.

Desde Neurología, donde estaba siendo estudiada por pérdida de memoria, se la envió a **Endocrinología en 2008** con el fin de mejorar el control glucémico. Se le pautó insulinoterapia bolo-basal con insulina glargina (32 0-0-0) más análogo de insulina rápida (2-4-4-0). Un año más tarde la dosis de insulina glargina había subido a 36 U y la HbA_{1c} se mantenía en 8,2%.

En el momento actual, en 2012, la enferma presenta un deterioro cognitivo grave. No conoce a parte de su familia más próxima. Su médico de cabecera ha hablado en múltiples ocasiones con su cuidador principal (el marido), a fin de convencerle de que no es necesario un control estricto de la glucemia y que seguir con la metformina y una dosis de un análogo basal sería suficiente, dado que la patología más importante de la paciente es la enfermedad neurológica. La expectativa de vida y el estado de salud global de la paciente no son satisfactorios.

El IMC no ha variado: 28,59 kg/m². Persisten las mismas cifras de TA: 130/70 mmHg. Microalbuminuria negativa. FO: no retinopatía diabética.

PREGUNTAS, RESPUESTAS, ACTITUD FRENTE AL PACIENTE ANCIANO

1. ¿Qué importancia tiene la comorbilidad de esta paciente?
2. ¿Se ha realizado una valoración global, integral, de su salud?
3. ¿Nos encontramos frente a un anciano frágil? ¿Qué entendemos por un anciano frágil?
4. ¿Son adecuadas las cifras de TA que ha mantenido la paciente en su evolución?
5. ¿Es necesaria la antiagregación?
6. ¿Cuál es tu opinión acerca de la pauta bolo-basal en este caso?
7. ¿Qué objetivos de tratamiento en las diferentes áreas nos tendríamos que plantear en este tipo de pacientes?

1. En este caso destaca por encima de todo la enfermedad de Alzheimer, la patología más importante de la paciente en este momento. Evidentemente no se puede olvidar la cardiopatía isquémica; pero lo cierto

es que la paciente no ha tenido más problemas por este motivo que los producidos en su debut y que precisaron cateterismo y colocación de stents en la CD y en la DA.

A la hora de indicar cualquier tratamiento, hay que reflexionar sobre la importancia de la comorbilidad, la presencia de síndromes geriátricos, la polifarmacia, la situación de dependencia, el riesgo de hipoglucemia, la heterogeneidad clínica de la población anciana y los problemas nutricionales (*Documento de consenso para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano en España*).

2. La Atención Primaria es el nivel asistencial más cercano al paciente. Nosotros somos los que mejor conocemos al paciente, a la familia, las características de la vivienda, los apoyos sociales, etc. La valoración integral del paciente anciano nos permite detectar enfermedades geriátricas y diagnosticar problemas no conocidos: caídas, fragilidad, dependencia funcional, alteraciones visuales, auditivas, etc.⁴.
3. Hablamos de anciano frágil cuando cumple los siguientes criterios: edad ≥ 80 años, deterioro cognitivo, patologías incapacitantes, hospitalización reciente, comorbilidad (depresión, déficit visual o auditivo, incontinencia urinaria, desnutrición, etc.), caídas frecuentes, polifarmacia y condiciones sociales adversas⁵.
4. Nuestra paciente ha mantenido unas cifras de TA de 130/70 mmHg durante todo el período de seguimiento. Una vez diagnosticada de cardiopatía isquémica, ha seguido tratamiento con Emconcor® 2,5.

Como se trata de una paciente frágil, las cifras objetivo serían 150/90 mmHg⁶.

El estudio más importante llevado a cabo en ancianos ha sido el HYVET y es el único que aporta evidencia de los beneficios de tratar a pacientes ancianos⁷. No existen trabajos realizados de forma específica en pacientes frágiles.

5. En este caso nos encontraríamos en un supuesto de **prevención secundaria**: paciente diabética, con historia de enfermedad cardiovascular previa, donde estaría aconsejado el uso de aspirina por las principales guías clínicas (según el metaanálisis Antithrombotic Trialists' [ATT] Collaboration, que demuestra una reducción del 10% en la mortalidad total [riesgo relativo 0,90 -0,82-0,99-, p = 0,02] y una disminución

significativa en los eventos cardiovasculares graves). Esta recomendación es genérica para todos los diabéticos y no es específica para los ancianos^{8,9}.

El empleo de aspirina no estaría indicado en prevención primaria en los ancianos, aunque hay un ensayo clínico y un estudio longitudinal en los que se observa una reducción en los eventos cardiovasculares en pacientes mayores de 65 años tras el uso de aspirina en prevención primaria^{10,11}.

6 y 7. El uso de la pauta bolo-basal en un paciente anciano frágil no sería recomendable, ya que estamos frente a un enfermo con deterioro cognitivo, que no se puede aplicar el tratamiento de forma autónoma ni realizar autocontrol. Con seguridad es una paciente que no puede responder frente a una hipoglucemia.

Además, nos tendríamos que cuestionar el objetivo de la optimización del tratamiento: ¿vamos a mejorar la enfermedad macrovascular? ¿Impediremos o retrasaremos la enfermedad microvascular en una paciente con FO normal y microalbuminuria negativa cuando la expectativa de vida es limitada?

Debemos valorar la importancia de las diferentes patologías de este caso y priorizar los objetivos que se han de conseguir teniendo en cuenta que es una paciente frágil y dependiente.

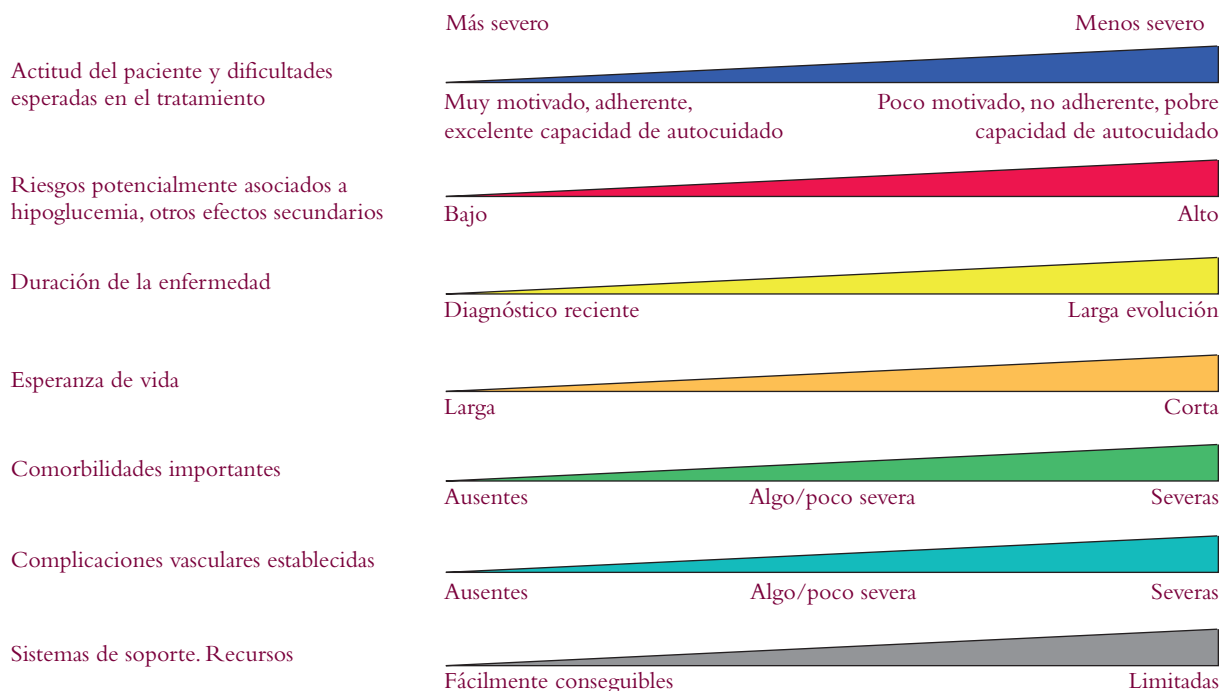
El documento de consenso para el tratamiento de la diabetes en el anciano propone unos objetivos de HbA_{1c} de hasta 8,5% en el anciano frágil. La paciente mantiene unas cifras entre 8 y 8,5%, que creemos son adecuadas.

En resumen, el tratamiento del paciente anciano, que normalmente es seguido y controlado en Atención Primaria, debe basarse en una valoración global de este. Si el anciano no tiene comorbilidad y su calidad y expectativas de vida son buenas, los objetivos del tratamiento deben acercarse a los de las personas más jóvenes o las objetivos generales de las guías de práctica clínica; pero si nos encontramos ante un anciano frágil o con una expectativa de vida reducida, es posible que la diabetes pase a un segundo plano ante la importancia de patologías como el deterioro cognitivo, el deterioro físico, el cáncer, etc.

La descripción de los elementos de toma de decisión a fin de conseguir los objetivos glucémicos de I. Beigi et al.¹² (figura 1) es también válida para el paciente anciano: el riesgo de hipoglucemia, la esperanza de vida, la importancia de la comorbilidad, el apoyo social y familiar y la capacidad del enfermo para el manejo de su enfermedad resultan claves para establecer estrategias terapéuticas.

No tengo duda de que el profesional más capacitado, por conocimiento del paciente y del entorno, para identificar los objetivos del tratamiento farmacológico es el médico de familia de este paciente.

Figura 1. Propuesta para el tratamiento de la hiperglucemia



BIBLIOGRAFÍA

1. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú 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. Cox L, Kloseck M, Crilly R, McWilliam C, Diachum L. Underrepresentation of individuals 80 years of age and older in chronic disease clinical practice guidelines. *Can Fam Physician* 2011;57:e263-9.
3. Sinclair AJ, Paolisso G, Castro M, Bourdel-Marchasson I, Gadsby R, Rodríguez Mañas L; European Diabetes Working Party for Older Peopl. European Diabetes Working Party for Older People 2011 clinical guidelines for type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Metab* 2011;37 Suppl 3:S27-38.
4. Mussol J, Espinosa MC, Quera D, Serra ME, Pous E, Villarroya I, et al. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración integral en ancianos de riesgo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(3):249-53.
5. Baena Díez JM, Cervera León M, Burdoy Joaquín E. Objetivos terapéuticos en el anciano frágil. No siempre más es mejor. *FMC* 2012;19(4):206-11.
6. Bejan-Angoulvant T, Saadatian-Elahi M, Wright JM, Schron EB, Lindholm LH, Fagard R, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years and older: the lower the better? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2010;28:1366-72.
7. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al.; HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2009;358:1997-98.
8. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2012. *Diabetes Care* 2012;35 Suppl 1:S11-63.
9. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration; Baigent C, Blackwell L, Collins R, Emberson J, Godwin J, Peto R, et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2009;373:1849-60.
10. Ogawa H, Nakayama M, Morimoto T, Uemura S, Kanauchi M, Doi N, et al.; for the Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis With Aspirin for Diabetes (JPAD) Trial Investigators. Low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerotic events in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008;300:2134-41.
11. Ong G, Davis TM, Davis WA. Aspirin is associated with reduced cardiovascular and all-cause mortality in type 2 diabetes in a primary prevention setting. The Fremantle Diabetes Study. *Diabetes Care* 2010;33:317-21.
12. Ismail-Beigi F, Moghissi E, Tiktin M, Hirsch IB, Inzucchi SE, Genuth S. Individualizing glycemic targets in type 2 diabetes mellitus: implications of recent clinical trials. *Ann Intern Med* 2011;154:554-9.