



## EDITORIAL

## Diabetes mellitus tipo 2 en el anciano, una gran oportunidad y muchos retos

### Type 2 diabetes mellitus in the elderly, a great opportunity and many challenges

Francesc Formiga

Unidad de Geriátría, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, 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 confirmado un importante incremento en la prevalencia de DM2 en nuestro país, estimándose actualmente su prevalencia en un 10–15% de la población adulta española<sup>1</sup>. Este porcentaje es incluso más alto en el grupo poblacional entre los 70–85 años, estabilizándose por encima de dicha edad; así se han descrito prevalencias del 14% en nonagenarios<sup>2</sup>. En este incremento de la prevalencia de DM2, además de la importante contribución de la «epidemia» de obesidad y del incremento del sedentarismo, hay que tener muy en cuenta el importante papel que tiene el envejecimiento «per se»<sup>3</sup>.

En las personas mayores la DM2 puede tener características diferenciales, así frecuentemente su inicio es insidioso y no se diagnostica, en un importante porcentaje de individuos, hasta un control analítico o durante un ingreso hospitalario por cualquier otro motivo. En los pacientes ancianos, la hiperglicemia persistente también conlleva lesiones microvasculares específicas (en retina, riñones y nervios periféricos) y un incremento del riesgo cardiovascular<sup>4</sup>. El resultado final es que aproximadamente 2/3 de las personas diabéticas fallecen por complicaciones cardiovasculares. Se ha calculado que el riesgo relativo de muerte en la población general por procesos cardiovasculares se multiplica por 3 en paciente con DM2<sup>5</sup>.

Por todo ello, en el tratamiento de la DM2 el objetivo prioritario es obtener un control metabólico óptimo en cuanto no solo a los valores de glucosa, adecuados al paciente, sino también de las cifras de tensión arterial y de lípidos, que conseguirán resultados más exitosos a más corto plazo (2–5 años) que el control de la hiperglicemia (6–8 años)<sup>6</sup>. Respecto al control glucémico en el paciente anciano no considerado frágil, con buena esperanza de vida, los valores de hemoglobina glucosilada (HbA<sub>1c</sub>) mayores del 7% deben ser los tenidos en cuenta para considerar una posible intensificación del tratamiento. No obstante en las personas mayores, 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 en aumentar la expectativa de vida, sino su calidad, no en evitar la ceguera (en los mayores de 80 años la diabetes no es un factor de riesgo de ceguera) sino las caídas, la demencia, el deterioro funcional y evitar efectos adversos farmacológicos; además es preciso incorporar conceptos como la presencia o no de un cuidador cualificado y diversos factores específicos de cada individuo<sup>6–11</sup>. Así por ejemplo, paneles de expertos han sugerido que en pacientes con expectativa de vida inferior a 5 años, conseguir unos controles de HbA<sub>1c</sub> < 8% puede ser un objetivo adecuado, y que el mismo conlleva evitar al máximo las dañinas hipoglicemias<sup>8,9</sup>. Entre los aspectos a tener en cuenta en el momento de valorar la elección del tratamiento de la DM2 del anciano está el hecho del conocido deterioro progresivo de la función pancreática con el transcurso del tiempo. Otro factor muy importante es que en muchas ocasiones las personas mayores tienen una importante comorbilidad asociada (insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca, tratamiento con glucocorticoides, etc.) que obliga aún más a individualizar y ser cautos con el tratamiento elegido<sup>12</sup>. Este es uno de los apartados en que, desde los profesionales que atienden en el día a día a personas mayores con DM2 en los diversos ámbitos, es básica la participación y colaboración en estudios que nos ayuden a una correcta optimización de las diversas herramientas terapéuticas de las que disponemos. Actualmente, las decisiones las debemos tomar basándonos en los resultados de estudios en que se evalúan pacientes en general mucho más jóvenes. Así por ejemplo parece muy interesante conocer el papel, en este grupo poblacional especialmente en los ancianos más jóvenes, de nuevos grupos farmacológicos, con los que parece que se pueda preservar la función de las células pancreáticas beta.

Si que existe amplia evidencia sobre el importante papel de la DM2 como factor de riesgo de diversos síndromes geriátricos<sup>13</sup>. Se ha asociado la DM2 con un mayor deterioro funcional y cognitivo, un incremento del número de las caídas, un aumento de la prevalencia de incontinencia urinaria y depresión, con la malnutrición y sarcopenia y con la progresión del deterioro cognitivo a demencia, en este aspecto es importante destacar la importancia de evitar las hipoglicemias. Otras complicaciones de especial trascendencia en el anciano son la presencia de cataratas, el pie diabético y una mayor frecuencia y gravedad de las

Correo electrónico: [fformiga@bellvitgehospital.cat](mailto:fformiga@bellvitgehospital.cat)

infecciones. Es básico que en todos y cada uno de estos apartados se aporten estudios, desde el punto de vista multidisciplinar e interdisciplinar, sobre cómo evitarlos, retrasarlos o tratarlos<sup>14</sup>.

A pesar de todo lo expuesto sobre la DM2 y su amplio abanico de peculiaridades en el paciente anciano; «diabetes mellitus» es una palabra clave poco utilizada en los manuscritos publicados en los últimos años en la Revista Española de Geriatria y Gerontología (REGG)<sup>15-17</sup>. Por ello creemos pertinente esta llamada reflexión desde el comité editorial de REGG sobre la necesidad de avanzar en la investigación de la DM2 en las personas mayores en nuestro entorno. Más allá de la descripción de su prevalencia y sus complicaciones, que pueden ser objeto de estudios multicéntricos en los distintos ámbitos de trabajo, se nos abre un amplio abanico de aspectos que van desde la genética a la prevención y al tratamiento (tanto de la DM2 como de la comorbilidad asociada) donde existen muchas dudas que podemos ayudar a responder. Es especialmente en el campo de los síndromes geriátricos asociados a la DM2, donde los profesionales vinculados a la geriatría y gerontología, deben jugar un papel protagonista para conocer como mejorar para evitar o retrasar su aparición, y cómo optimizar su manejo. Aunque la DM2 dispone de guías de práctica clínica específica para ancianos que combinan la enfermedad con síndromes geriátricos, no siempre cumplimos los aspectos más básicos<sup>8,9</sup>. Realmente, como orienta el título del editorial, estamos frente a una gran oportunidad de avanzar y tenemos muchas preguntas (retos) por contestar.

## Bibliografía

- Valdés S, Rojo-Martínez G, Soriguer F. Evaluación de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:352-5.
- Ferrer A, Formiga F, Henríquez E, Lombarte I, Olmedo C, Pujol R. Evaluación funcional y cognitiva en una población urbana de mayores de 89 años. Estudio NonaSantfeliu. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41(Supl 1):21-6.
- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;27:1047-53.
- Bethel MA, Sloan FA, Belsky D, Feinglos MN. Longitudinal incidence and prevalence of adverse outcomes of diabetes mellitus in elderly patients. *Arch Intern Med*. 2007;167:921-7.
- Millán J. Grupo Multidisciplinario para el estudio de riesgo cardiovascular. Tratamiento de la dislipemia con síndrome metabólico o con diabetes mellitus. *Clin (Barc)*. 2007;128:786-94.
- Neumiller JJ, Setter SM. Pharmacologic management of the older patient with type 2 diabetes mellitus. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2009;7:324-42.
- Bourdel Marchasson I, Doucet J, Bauduceau B, Berrut G, Blicke JF, Brocker P, et al. Key priorities in managing glucose control in older people with diabetes. *J Nutr Health Aging*. 2009;13:685-91.
- 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(Suppl 5):S265-80.
- Clinical Guidelines for Type 2 Diabetes Mellitus. The European Diabetes Working Party 2001-2004. Disponible en: <http://www.eugms.org>. Contact details: Professor AJ Sinclair, 02476 528203; alan.sinclair@wbs.ac.uk.
- Haas L. Management of diabetes mellitus medications in the nursing home. *Drugs Aging*. 2005;22:209-18.
- American Diabetes Association Standards of medical care in diabetes-2009. *Diabetes Care*. 2009;32(Suppl 1):S13-61.
- Caughey GE, Roughhead 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.
- Araki A, Ito H. Diabetes mellitus and geriatric syndromes. *Geriatr Gerontol Int*. 2009;9:105-14.
- Vischer UM, Bauduceau B, Bourdel-Marchasson I, Blicke 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.
- Zafon Llopis C. Envejecimiento y resistencia a la insulina. Más allá del síndrome metabólico. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:302-11.
- Alaba Trueba J. Diabetes mellitus y calidad de vida en población geriátrica institucionalizada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42(Supl 1):16-21.
- Regalado Doña PJ, Azpiazu Artigas P, Sánchez Guerra ML, Almenar Monfort C. Factores de riesgo vascular y enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:98-105.