

Diabetes del paciente anciano

L. Bordier, M. Dolz, M. Sollier, C. Garcia, J. Doucet, C. Verny, J.-P. Le Floch, B. Bauduceau

El tratamiento de la diabetes del paciente anciano representa un reto de salud pública, y el médico general es el que se encuentra en el centro del sistema de salud para este paciente particular. Tiene que individualizar el tratamiento, pero teniendo en cuenta la dimensión geriátrica del paciente y, en particular, el éxito de su envejecimiento. Debe centrar la atención en la detección de la fragilidad, la desnutrición, los trastornos cognitivos y la hipoglucemia. Todas estas complicaciones a menudo se pasan por alto o se subestiman, aunque tienen consecuencias graves sobre el pronóstico del paciente.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Diabetes; Paciente anciano; Fragilidad; Individualización

Plan

■ Introducción	1
■ Definición	1
■ Epidemiología	1
■ Fragilidad	2
■ Lucha contra la desnutrición	2
■ Definir los objetivos glucémicos	2
■ Tratamiento del paciente diabético anciano	3
■ Evitar la hipoglucemia	5
■ Detectar las complicaciones	6
Complicaciones geriátricas	6
Complicaciones crónicas	6
■ Vigilancia en el diabético de edad avanzada	7
■ Cuándo remitir al paciente a los especialistas	7
■ Conclusión	7

■ Introducción

El número de pacientes diabéticos ancianos aumenta debido a la prevalencia creciente de la diabetes y al envejecimiento de la población. En un paciente diabético anciano, las complicaciones de la diabetes se asocian a las complicaciones propias del envejecimiento, que favorecen la pérdida de autonomía del paciente y aumentan el impacto médico-económico de la enfermedad. Esta población diabética y de edad avanzada es muy heterogénea, según la antigüedad de la diabetes, la presencia de complicaciones, la asociación a las comorbilidades relacionadas con la edad y, especialmente, con los trastornos cognitivos y la desnutrición. Las especificidades del paciente anciano a veces son difíciles de identificar, en particular el caso de la fragilidad. El paciente debe considerarse en su entorno social, familiar y financiero. El médico

general se sitúa en el centro de este tratamiento delicado y difícil, que debe individualizarse, como ha señalado la Haute Autorité de Santé (HAS) en sus últimas recomendaciones de 2013 ^[1].

Esta actualización práctica tiene por objetivo precisar los objetivos del tratamiento específico del paciente anciano diabético: detectar y tratar la desnutrición, definir los objetivos glucémicos según el éxito del envejecimiento, prevenir la hipoglucemia y detectar las complicaciones.

■ Definición

El paciente es «anciano», según la Organización Mundial de la Salud (OMS), si tiene más de 65 años. Pero, actualmente, este límite se ha retrasado y se considera que un paciente es anciano si tiene más de 75 años o más de 65 años pero presenta polipatología.

La definición de la diabetes no cambia según la edad y se basa en la detección de una glucemia plasmática en ayunas superior a 1,26 g/l en dos determinaciones o superior a 2 g/l en cualquier momento del día.

El descubrimiento de una diabetes en un paciente anciano puede hacerse, como en el paciente más joven, ante un síndrome cardinal, con motivo de un examen sistemático, de una complicación (síndrome coronario agudo o accidente cerebrovascular [ACV]) o de una descompensación aguda (raramente una cetoacidosis, casi siempre un coma hiperosmolar), pero también hay que pensar en el diagnóstico ante signos atípicos como la aparición de una deshidratación, una incontinencia urinaria o infecciones de repetición, etc. Ciertas circunstancias, como la instauración de una corticoterapia, también son factores que favorecen la manifestación de una diabetes hasta el momento desconocida.

■ Epidemiología

La prevalencia en Francia de la diabetes tratada farmacológicamente se estimaba, según los datos del Assurance Maladie, en un

Cuadro 1.

Reconocer a los pacientes frágiles: el concepto de Fried (según [6]).

El paciente «frágil» asocia tres de los criterios siguientes:

- marcha lenta
- pérdida de peso
- astenia
- disminución de la actividad física
- debilidad muscular

4,6% en 2012 [2] y en un 4,7% en 2013, es decir, más de 3 millones de pacientes. Esta prevalencia aumenta de forma regular, aunque con una ralentización de la progresión desde 2009. La prevalencia de la diabetes varía según la edad, con un pico en la población «anciana» entre 74-79 años. En esta franja de edad, un varón de cada cinco (19,4%) y una mujer de cada siete (14%) son diabéticos.

En el estudio Entred, con una muestra representativa de la población, en 2007, un 50% de los pacientes tiene más de 65 años, y el 25%, más de 75 años [3].

Se puede observar un aumento de la prevalencia de la diabetes en los pacientes ancianos, pero también un incremento de la incidencia de los casos nuevos de diabetes en los pacientes ancianos. Por ejemplo, en el estudio Entred [4], se hace el diagnóstico de diabetes desde hace menos de 5 años en el 20% de los pacientes de más de 65 años y en el 15% de los pacientes de más de 80 años.

La gran mayoría de los pacientes ancianos presenta una diabetes de tipo 2. Sin embargo, aunque no es frecuente, puede aparecer una diabetes de tipo 1 en un adulto mayor. Finalmente, la mejora del tratamiento de la enfermedad hace que cada vez más pacientes diabéticos de tipo 1 lleguen a una edad avanzada.

Para terminar, en caso de aparición brusca de una diabetes en una persona anciana, es muy recomendable la búsqueda sistemática por pruebas de imagen de una enfermedad pancreática, en particular de un cáncer.

■ Fragilidad

El envejecimiento es un proceso evolutivo y dinámico en el que el individuo corre el riesgo de pasar de la validez a la dependencia. La fragilidad es una etapa intermedia que definió en 2011 la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie como «un síndrome clínico que refleja una disminución de las capacidades fisiológicas de reserva que altera los mecanismos de adaptación al estrés. Su expresión clínica está modulada por las comorbilidades y los factores psicológicos, sociales, económicos y comportamentales». Por lo tanto, esta fragilidad no depende únicamente de la edad del paciente. Es un marcador de riesgo de morbimortalidad, de institucionalización y de hospitalización.

Existen varias definiciones de la fragilidad, como ha recordado la HAS [5].

La primera se basa en parámetros clínicos definidos por Fried [6], que considera cinco criterios en pacientes mayores de 65 años: pérdida de peso de más de 4,5 kg (o de más del 5% del peso inicial) en el último año, agotamiento percibido por el paciente, velocidad de marcha ralentizada, disminución de la fuerza muscular y sedentarismo. Si el paciente presenta más de tres criterios, se considera como frágil; si presenta un solo criterio, es prefrágil. Si no se encuentra ningún criterio, es vigoroso (Cuadro 1).

Otra definición, de Rockwood [7], es más compleja y más amplia, y tiene en cuenta la cognición, el estado de ánimo, la motivación, la motricidad, el equilibrio, la capacidad para las actividades de la vida cotidiana, la nutrición, la condición social y las comorbilidades. La escala Short Emergency Geriatric Assessment (SEGA), fácil de realizar, permite una evaluación de la fragilidad por todas las personas que intervienen ante el paciente: los médicos, pero también el personal de enfermería, los kinesiterapeutas, etc.

La identificación de esta fragilidad es indispensable para un tratamiento global del paciente, porque permite poner en marcha ayudas e intervenciones que pretenden evitar o retrasar la evolución hacia la dependencia.

Por esta razón la HAS propone una detección de la fragilidad después de los 70 años [5].

Cuadro 2.

Definición de la desnutrición (al menos uno de estos criterios).

	Desnutrición	Desnutrición grave
Pérdida de peso	≥ 5% en 1 mes o ≥ 10% en 6 meses	≥ 10% en 1 mes o ≥ 15% en 6 meses
IMC	≤ 21 kg/m ²	≤ 18 kg/m ²
Albuminemia	< 35 g/l	< 30 g/l
MNA global puntuación máx.: 30	< 17	

IMC: índice de masa corporal; MNA: Mini Nutritional Assessment.

■ Lucha contra la desnutrición

En el estudio Entred, el 80% de los pacientes diabéticos de 65-75 años es obeso o presenta sobrepeso [4]. Sin embargo, en el anciano, el sobrepeso o la obesidad pueden coexistir con una sarcopenia. Por lo tanto, los objetivos no son los mismos que en un paciente más joven, y deben privilegiar la lucha contra la desnutrición.

La Société Francophone du Diabète (SFD) publicó en 2014 un manual de buenas prácticas sobre nutrición y dietética de los pacientes diabéticos de tipo 2 [8]. En este manual, se considera de forma específica la alimentación de los pacientes mayores de 75 años; por ejemplo, se recomienda tener en cuenta la edad fisiológica del paciente, las enfermedades asociadas, las condiciones sociales, el grado de autonomía y el estado bucodental. La prioridad es detectar y tratar una desnutrición y evitar la hipoglucemia. El riesgo de desnutrición es bajo en los pacientes vigorosos, pero aumenta con el grado de fragilidad y de dependencia, y, en este caso, el aporte de proteínas debe reforzarse y situarse entre 1,2-1,6 g/kg/día. En los pacientes desnutridos, se recomienda fraccionar la alimentación y enriquecerla, en particular con complementos nutricionales orales.

La desnutrición puede detectarse gracias a un índice simple, el miníexamen nutricional (MNA, Mini Nutritional Assessment) [9], que permite evaluar el riesgo de desnutrición mediante cinco preguntas.

La desnutrición se define por al menos un criterio entre una pérdida de peso de más del 5% en 6 meses o más del 10% en 1 año, un índice de masa corporal inferior o igual a 21 kg/m², una albuminemia inferior o igual a 35 g/l o un MNA global inferior a 17 sobre 30 (Cuadro 2).

La desnutrición grave se define por al menos un criterio entre una pérdida de peso de más del 10% en 6 meses o más del 15% en 1 año, un índice de masa corporal inferior o igual a 18 kg/m² y una albuminemia inferior o igual a 30 g/l [10].

En la práctica, en la vida cotidiana, hay que recomendar al paciente que haga tres comidas al día con una o dos colaciones, que evite estar más de 12 horas en ayunas, que preste una atención especial a la cena, a menudo demasiado ligera en las personas de edad avanzada y, a veces, causa de hipoglucemias nocturnas, que estimule la toma de bebidas y que, si consume alcohol, lo haga con moderación.

Conviene tener siempre en cuenta las costumbres y el marco de vida, y, sobre todo, no culpabilizar a la persona anciana: no existen prohibiciones, pero deben darse consejos adaptados y personalizados. La implicación del entorno es esencial, cuando es posible, pero en caso de necesidad, puede ser necesario recurrir al envío de comida a domicilio.

■ Definir los objetivos glucémicos

Las últimas recomendaciones internacionales [1, 11] aconsejan individualizar los objetivos glucémicos según el perfil del paciente.

La American Diabetes Association (ADA) y la European Association for Study of Diabetes (EASD) recomiendan también tener en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757796>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757796>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)