

**Objetivos en
el abordaje
integral del
paciente DM2
mayor y/o frágil**



Datos clave del paciente DM2 mayor y/o frágil en la consulta de AP

El paciente mayor en la consulta de AP



- El **20 %** de las consultas de AP corresponden a **personas mayores de 75 años**¹.
- Estas **personas mayores de 75 años** frecuentan la consulta de AP **1,8 veces más** que la población en general¹.
- En España existen **583.000 personas** entre **90-99 años** y **16.902 personas >100 años**².

Prevalencia de la DM2 en el paciente mayor³



- El **63 %** de los pacientes con diabetes (de los que más del 90 % presentan DM2) tienen **más de 65 años**.
- En el **10 %** de los casos de pacientes mayores **>75 años** se **desconocía el diagnóstico de DM2**.

Fisiopatología de la DM2 en el paciente mayor⁴



- La DM2 es una enfermedad **estrechamente ligada al envejecimiento** debido a:
 - **deficiencia en la secreción de insulina**.
 - **resistencia a la insulina** (relacionada con el aumento de adiposidad visceral, intermuscular e intramuscular).
 - **sarcopenia e inactividad física** propias de los sujetos de edad avanzada.

Complicaciones de la DM2 del paciente mayor⁴



- Los **adultos mayores con DM2** corren un **mayor riesgo** que **otros adultos mayores** de sufrir:
 - **Sarcopenia, pérdida ósea, fragilidad, incontinencia urinaria, depresión, deterioro cognitivo y caídas** que provocan lesiones.
 - **Desnutrición** como resultado de cambios en el gusto y el olfato, disfagia, salud dental inadecuada, problemas gastrointestinales, anorexia, deterioro cognitivo y/o depresión.
 - **Hipoglucemias** debido a la **disminución gradual** relacionada con la edad en la **función del receptor androgénico** y la **falta de síntomas de alarma** como la sudoración, palpitaciones y temblores.
 - **Hipoglucemias** asociadas a la **demenia** y el **deterioro cognitivo** debido a su incapacidad para identificar o informar los síntomas a los cuidadores.

Objetivos por perfil de paciente DM2 mayor y/o frágil: Estándares ADA 2024⁵

Características/ estado de salud del paciente	Fundamento	Objetivo razonable de HbA _{1c} †	Glucosa en ayunas o preprandial	Glucosa al acostarse	Presión arterial	Lípidos
Sano (pocas enfermedades crónicas coexistentes, estado cognitivo y funcional intacto)	Esperanza de vida más prolongada	<7,0-7,5% (53-58 mmol/mol)	80-130 mg/dl (4,4-7,2 mmol/l)	80-180 mg/dl (4,4-10,0 mmol/l)	<130/80 mmHg	Estatina, a menos que esté contraindicada o no se tolere
Complejo/intermedio (múltiples enfermedades crónicas coexistentes* o dos o más problemas instrumentales con AVC o deterioro cognitivo de leve a moderado)	Esperanza de vida variable. Individualizar objetivos según: <ul style="list-style-type: none"> • Severidad comorbilidades • Limitaciones cognitivas/ funcionales • Fragilidad • Ratio beneficio/riesgo de las terapias • Preferencias 	<8,0% (64 mmol/mol)	90-150 mg/dl (5,0-8,3 mmol/l)	100-180 mg/dl (5,6-10,0 mmol/l)	<130/80 mmHg	Estatina, a menos que esté contraindicada o no se tolere
Muy complejo/mala salud (ALP, enfermedades crónicas en fase terminal** o deterioro cognitivo de moderado a grave o dos o más deterioros de las AVC)	La esperanza de vida limitada vuelve inciertos los beneficios	No depender de la HbA _{1c} ; las decisiones sobre el control de la glucosa se deben basar en evitar la hipoglucemia y la hiperglucemia sintomática	100-180 mg/dl (5,6-10,0 mmol/l)	110-200 mg/dl (6,1-11,1 mmol/l)	<140/90 mmHg	Considerar la probabilidad de un beneficio con estatinas

†Se puede fijar un objetivo más bajo de HbA_{1c} para un paciente si esto es factible sin hipoglucemia recurrente o grave, o sin una carga indebida del tratamiento.

*Las enfermedades crónicas simultáneas son cuadros lo bastante graves como para requerir medicación o intervenciones sobre los hábitos de vida, y pueden incluir artritis, cáncer, insuficiencia cardíaca, depresión, enfisema, caídas, hipertensión, incontinencia, enfermedad renal crónica estadio 3 o peor, infarto de miocardio y ACV. Con 'múltiples' nos referimos a por lo menos 3, pero muchos pacientes pueden sufrir 5 o más. **La presencia de una sola enfermedad crónica en fase terminal, como insuficiencia cardíaca estadio 3-4 o enfermedad pulmonar oxigenodependiente, enfermedad renal crónica que requiere diálisis o cáncer metastásico sin controlar, puede causar síntomas significativos o deterioro del estado funcional, y reducir significativamente la esperanza de vida.

AVC: actividades de la vida cotidiana, **ALP:** atención a largo plazo.

1. La elección del fármaco según el condicionante clínico predominante prevalece sobre la elección respecto a los valores de HbA1c. En color verde opciones con evidencias en reducción de eventos.
2. Si antecedentes de ictus, preferiblemente pioglitazona o arGLP1.
3. Se considera elevado RCV si ≥ 3 FRCV: Obesidad, HTA, hipercolesterolemia, tabaquismo, albuminuria, FG < 60 ml/min o antecedentes familiares de ECV precoz.
4. iSGLT2 y/o arGLP1 con evidencias en reducción de eventos.
5. Actualmente en España, los arGLP1 solamente están financiados si IMC ≥ 30 kg/m² al inicio del tratamiento.
6. Titular la dosis de Metformina para mejorar la tolerancia digestiva.
7. Si FG < 15 ml/min preferible iDPP4, repaglinida o pioglitazona.
8. Cana, Dapa o Empagliflozina si FG ≥ 20 ml/min.
9. Reducir dosis metformina a la mitad si FG < 45 ml/min y suspender si FG < 30 ml/min.
10. Liraglutida, Dulaglutida y Semaglutida se pueden prescribir si FG ≥ 15 ml/min.
11. Se recomienda desintensificar o simplificar los regimenes terapéuticos complejos. En pacientes con ECV, elevado RCV, IC o ERC utilizar iSGLT2 o arGLP1, si no hay contraindicación.
12. Si IMC > 35kg/m2 de elección arGLP1 y considerar cirugía bariátrica. Si esteatosis hepática pioglitazona, arGLP1 y/o iSGLT2.
13. No asociar iDPP4 con arGLP1 ni SU con repaglinida. Considerar el perfil del paciente y su función renal a la hora de la elección del tercer y cuarto fármaco.
14. Considerar un objetivo de HbA1c < 6,5% en pacientes jóvenes, de reciente diagnóstico, en monoterapia o tratamiento no farmacológico.
15. Reevaluar HbA1c a los 3 meses tras inicio o después de cambio terapéutico. Intensificar tratamiento en caso de no conseguir el objetivo personalizado. Cuando se ha conseguido el objetivo, control de HbA1c cada 6 meses.
16. Gliclazida o glimepirida son las de elección.
17. Clínica cardinal: poliuria, polidipsia y pérdida de peso.

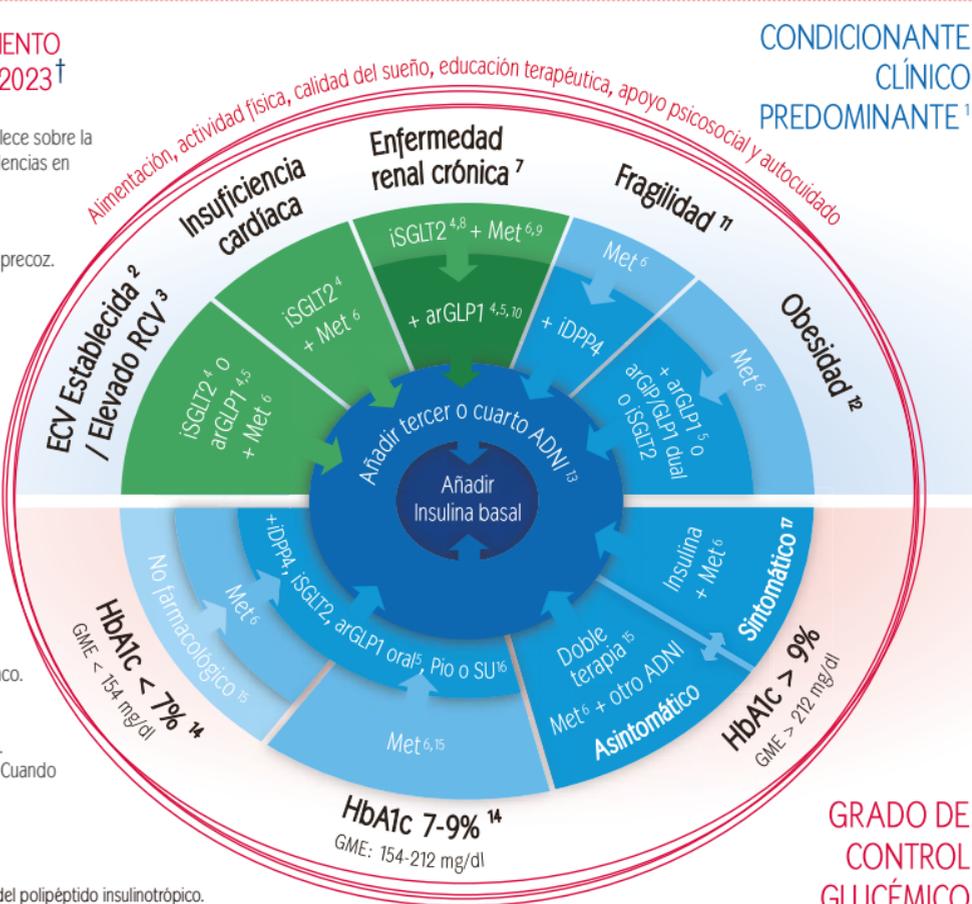
Abreviaturas: ADNI: antidiabético no insulínico. arGP: análogo de los receptores del polipéptido insulínico.

arGLP1: análogo del receptor del péptido similar al glucagón. CAC: Cociente albúmina/creatinina. ECV: Enfermedad cardiovascular.

ERC: enfermedad renal crónica. FG: filtrado glomerular. FRCV: factores de riesgo cardiovascular. GME: glucemia media estimada.

HbA1c: hemoglobina glucosilada. IC: insuficiencia cardiaca. iDPP4: inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4.

iSGLT2: inhibidor del co-transportador de sodio y glucosa tipo 2. MET: metformina. PIO: pioglitazona. RCV: riesgo cardiovascular.



Objetivo personalizado. Reevaluar cada 3 a 6 meses¹⁵

GRADO DE
CONTROL
GLUCÉMICO

1. Portal estadístico: Área de Inteligencia de gestión. Sistema de información de Atención Primaria (SIAP) Actividad Ordinaria 2022. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://peestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/PUBLICOSNS>. Último acceso Enero 2025.
2. INE. Instituto Nacional de Estadística Disponible en: <https://www.ine.es> › jaxiT3 › Tabla.
3. A. Igotz. El paciente frágil y el paciente anciano con diabetes tipo 2. *Diabetes Práctica* 2020;11(Supl Extr 2):1-20. doi: 10.26322/2013.7923.1505400521.03.
4. Doucet J, Gourdy P, Meyer L, Benabdelmoumene N, Bourdel-Marchasson I. Management of glucose-lowering therapy in older adults with type 2 diabetes: Challenges and opportunities. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2023;18:1687-703. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S423122>.
5. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S1-S321.

Fecha de elaboración del material: Febrero 2025.