

Diabetes tipo 2 en paciente anciano

Almudena López-Sampalo, Lidia Cobos-Palacios, Clara Costo-Muriel, Sergio Jansen-Chaparro, Ricardo Gómez-Huelgas
Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España

Recibido: 20/11/2017
Aceptado: 28/11/2017
En línea: 31/01/2018

Citar como: López-Sampalo A, Cobos-Palacios L, Costo-Muriel C, Jansen-Chaparro S, Gómez-Huelgas R. Diabetes tipo 2 en paciente anciano. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2018 (Ene); 3(Supl 1): 17-18.

Autor para correspondencia: Almudena López-Sampalo. almu_540@hotmail.com

Palabras clave

- ▷ Diabetes mellitus
- ▷ Ancianos
- ▷ Comorbilidad
- ▷ Sitagliptina
- ▷ Inhibidores de la proteasa

Keywords

- ▷ Diabetes mellitus
- ▷ Elderly
- ▷ Comorbidity
- ▷ Sitagliptin
- ▷ Protease inhibitors

Resumen

La diabetes mellitus (DM) es la quinta enfermedad más frecuente en el anciano, tras la artrosis, la hipertensión arterial (HTA), las cataratas y las enfermedades cardiovasculares. El número de ancianos con DM está creciendo por el aumento de la expectativa de vida y la mayor prevalencia de DM en esta población. Presentamos un caso habitual en nuestra práctica clínica, una mujer de 82 años diabética de larga data con importante comorbilidad asociada, que presenta un cuadro de descompensación cardíaca secundaria a una infección de orina y descompensación glucémica; y detallamos el manejo de la misma.

Abstract

Diabetes mellitus (DM) is the fifth more frequent disease in the elder, after degenerative osteoarthritis, arterial hypertension, cataracts and cardiovascular diseases. The number of elders with DM is growing because of the increase of life expectation and higher prevalence of DM in this population. Let's sense beforehand a habitual case in our clinical practice, an 82-year-old woman with long term DM dates with important comorbidity associated that presents cardiac decompensation secondary to urine infection and diabetic decompensation. We detail the management we followed in this case.

Puntos destacados

- ▷ Presentamos un caso muy habitual en nuestra práctica clínica diaria, el manejo de un paciente anciano diabético con una descompensación glucémica.
- ▷ Cabe destacar la poca atención y escasez de ensayos clínicos que recibe el tratamiento de la diabetes tipo 2 en esta población.

Introducción

La prevalencia de la diabetes se incrementa con la edad. En España, casi un tercio de los sujetos mayores de 75 años presentan diabetes, y dado el envejecimiento poblacional, es previsible que en el próximo futuro se observe un marcado incremento de los casos de diabetes en edades avanzadas.

Los pacientes de edad avanzada con diabetes presentan una serie de peculiaridades que condicionan su diagnóstico y tratamiento: a) elevada comorbilidad; b) presencia de síndromes geriátricos; c) alta prevalencia de polifarmacia; d) frecuentes situaciones de dependencia y aislamiento social; e) alto riesgo de hipoglucemia; f) marcada heterogeneidad clínica en cuanto a duración de la

diabetes, comorbilidad, estado funcional y esperanza de vida; y g) problemas nutricionales y cambios en su composición corporal¹.

A pesar de que el tratamiento de la diabetes en el paciente anciano representa un importante problema de salud pública, resulta sorprendente la escasa atención que ha recibido el tratamiento de la diabetes en esta población y la escasez de ensayos clínicos específicos en pacientes ancianos, especialmente con varias enfermedades o deterioro funcional, que analicen la relación riesgo-beneficio del tratamiento antidiabético intensivo a largo plazo en esta población.

Antecedentes personales

Mujer de 82 años, vive acompañada de su familia. Parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos.

- Hipertensión arterial de larga data. Diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace más de 20 años con afectación microvascular y macrovascular en tratamiento actualmente con insulina.

- Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) con necesidad de CPAP nocturna.
- Cardiopatía isquémica tipo infarto agudo de miocardio hace 5 años sin necesidad de colocación de *stent*. Insuficiencia cardíaca clase funcional NYHA II en seguimiento por Cardiología anualmente.
- Insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía diabética con cifras de creatinina basal en torno a 1.4 mg/dl.
- Anemia microcítica hipocroma desde hace 3 años estudiada por Digestivo sin evidenciar causa aparente.
- Hernias discales lumbares L3-L4 y L4-L5.
- Trastorno ansioso-depresivo.
- Intervenciones quirúrgicas: colecistectomía, amigdalectomía.

Tratamiento domiciliario habitual: insulina NPH 8-0-10 u/día; enalapril 20/HCTZ 12.5 mg cada 24 h; AAS 100 mg en almuerzo; NTG parche de 10 mg/día; bisoprolol 2.5 mg/día; atorvastatina 40 mg/24 h; paracetamol y metamizol a demanda.

Enfermedad actual

Es traída al Servicio de Urgencias por cuadro de mayor disnea de lo habitual en los últimos 4 días hasta hacerse de reposo, ortopnea de dos almohadas junto con síndrome febril de hasta 38.5°C en los últimos 2 días acompañado de escalofríos y tiritonas; asocia poliuria, disuria y tenesmo sin náuseas, ni vómitos ni dolor abdominal acompañante. Disminución de la ingesta en los últimos días y descompensación de cifras glucémicas en torno a 350 mg/dl.

Exploración física

- Tensión arterial 150/ 90 mmHg. FC 90. Temperatura 38°C. BMT 420 mg/dl. IMC 29. Pfeiffer abreviado 0 errores. Regular estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo.
- Cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos. Crepitantes bibasales.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible no doloroso. Puñopercusión renal bilateral negativa.
- Extremidades inferiores: edemas en tercio inferior con fóvea positiva.

Pruebas complementarias

- Analítica. Hemograma normal. Glucosa 450 mg/dl (70-110), HbA1c 9%, creatinina 1.7 mg/dl (0.63-1.19), filtrado glomerular (CKD-EPI) 40 ml/min/1.73 m² (> 60), colesterol total 205 mg/dl (117.00-262.00), LDL colesterol 115 mg/dl (63.00-170.00), HDL 42 mg/dl (26.00-66.00), triglicéridos 102 mg/dl (30.00-200.00); perfil hepático normal. PCR 40 (< 5). Gasometría venosa: pH 7.38; pCO₂ 35; HcO₂ 22 mEq/L. Analítica orina: leucocitos ++; nitritos +.
- Hemocultivos: negativos. Urocultivo: positivo para *Klebsiella pneumoniae* multisensible.
- Ecografía abdomen: sin hallazgos

Evolución

La paciente ingresó en área de Observación para inicio de tratamiento deplectivo, antibioterapia empírica con ceftriaxona 2 g/24 h a la espera

de resultados de cultivos y manejo del síndrome hiperosmótico hiperosmolar con hidratación abundante e insulino terapia. Una vez estabilizada, continuó tratamiento en planta de Medicina Interna con buena respuesta; mejoría de la función renal con creatinina de 1.3 mg/dl y FG en 48 ml/min, buenos controles glucémicos y control de los parámetros de infección.

Modificación del tratamiento al alta: se introdujo metformina 1000 + sitagliptina 50/12 h e insulino terapia en pauta basal-bolo (insulina glargina 18 unidades + insulina aspart según controles).

A los 6 meses del alta fue revisada en nuestras consultas, destacando HbA1c 7.6 mg/dl e IMC de 27 por pérdida de 5 kg de peso.

Diagnóstico

Insuficiencia cardíaca descompensada por ITU vías altas y descompensación hiperosmótica hiperosmolar. ERC reanudada.

Discusión y conclusiones

El tratamiento de la diabetes tipo 2 en el anciano representa un importante reto tanto desde el punto de vista clínico como del de salud pública. El envejecimiento poblacional está condicionando un marcado incremento de la pandemia de diabetes en las personas de edad avanzada. Sin embargo, existen pocas evidencias científicas que apoyen el tratamiento más adecuado de la diabetes en los ancianos. Dada la gran heterogeneidad de la población anciana, que incluye a sujetos con muy diferente capacidad funcional y cognitiva, diversa comorbilidad y con muy diferente expectativa de vida, resulta crucial realizar una valoración global del anciano desde una perspectiva biopsicosocial (valorar estado funcional, cognitivo, nutricional y comorbilidades asociadas) y abordar integralmente los factores de riesgo vascular, planteando unos objetivos personalizados de control glucémico¹.

En ancianos frágiles o con corta expectativa de vida, puede ser razonable mantener un objetivo de HbA1c de 7.6-8.5%². La estrategia terapéutica en el anciano con diabetes tipo 2 debe individualizarse y consensuarse con el paciente y sus cuidadores, en función del objetivo planteado. Mejorar la calidad de vida, preservar la seguridad del paciente y evitar los efectos adversos del tratamiento antidiabético deben ser objetivos básicos. Dada la mayor predisposición en los ancianos a las hipoglucemias y sus graves consecuencias en esta población, deberían priorizarse las terapias antidiabéticas que minimicen el riesgo de episodios hipoglucémicos.

Bibliografía

1. Gómez Huelgas R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita Tejedor J, Rodríguez Mañas L, et al. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2013 Feb 2; 140(3): 134.e1-134.e12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.003>.
2. Durso SC. Using clinical guidelines designed for older adults with diabetes mellitus and complex health status. *JAMA*. 2006; 295(16): 1935-1940.