8.6. Personas con DM2 institucionalizadas

PUNTOS CLAVE

1. El objetivo no es normalizar la HbA1c, sino preservar la funcionalidad y la cognición, evitar hipoglucemias y mantener el confort y la calidad de vida.
2. La valoración geriátrica integral se hace al ingreso y se repite tras cada caída, hospitalización, hipoglucemia, *delirium* o enfermedad aguda.
3. En la mayoría de residentes el objetivo se sitúa en 7,5-8,5 %, y en los de fragilidad muy grave o esperanza de vida limitada no hay objetivo de HbA1c.
4. La hipoglucemia se presenta con síntomas atípicos —confusión, somnolencia, conducta extraña o caídas—: el centro necesita un protocolo visible y personal entrenado.
5. Simplificar y desprescribir es tratamiento, no dejadez. Evitar las sulfonilureas, las pautas de insulina "según glucemia" como única estrategia y las dietas restrictivas.

En una persona con DM2 que vive en una residencia u otro centro sociosanitario, el objetivo clínico prioritario es preservar la funcionalidad, mantener la seguridad, prevenir hipoglucemias y conservar al máximo la cognición, el confort y la calidad de vida. La atención debe apoyarse en dos pilares: la valoración geriátrica integral y la simplificación terapéutica (Bourdel-Marchasson I, 2023; ADA, 2026, secc. 13).

Véase la Tabla 1.

Tabla 1. Cuando y qué valorar

Valoración geriátrica integral	Contenido
¿Cuándo?	Al ingreso en el centro y siempre que haya caídas, hospitalizaciones, hipoglucemias, *delirium* o enfermedad aguda.
¿Qué debe incluir?	Expectativas del residente y de la familia, y beneficios esperables del tratamiento. Grado de fragilidad y situación funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Cribado cognitivo y del estado de ánimo, y valoración del riesgo de hipoglucemia. Valoración nutricional, función renal y función hepática, que modifican ese riesgo. Revisión de la polifarmacia y de la carga de tratamiento.

Fuente: Elaboración propia a partir de Gómez-Pavón J, 2018; Bourdel-Marchasson I, 2023; Romera Liébana L, 2023; ADA, 2026, secc. 13.

1. Objetivos de control

Los objetivos glucémicos se ajustan a la funcionalidad, la fragilidad, la cognición, las comorbilidades y la esperanza de vida (tabla de objetivos individualizados, Capítulo 3). En una residencia, la mayoría de los residentes se sitúa en las dos categorías de mayor fragilidad de dicha tabla (Romera Liébana L, 2023). Algunos documentos proponen, además, una referencia práctica preprandial de 90-150 mg/dl en perfiles complejos, reduciendo la medicación si se repiten valores inferiores a 90 mg/dl (González-Cabrera A, 2025).

2. Hipoglucemia

En el mayor institucionalizado la hipoglucemia se presenta a menudo con síntomas atípicos: confusión, somnolencia, conducta extraña o caídas. El centro debe disponer de un protocolo visible y de personal entrenado para administrar hidratos de carbono de absorción rápida ante una hipoglucemia en una persona consciente y reevaluar la glucemia a los 15 minutos, repitiendo si persiste baja. Resuelto el episodio, hay que asegurar una ingesta posterior y buscar la causa, porque una hipoglucemia en este contexto casi siempre señala un tratamiento que sobra (Capítulo 7.1).

3. Tratamiento: primero la seguridad

Los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (iDPP-4), solos o con metformina, son una opción efectiva y de bajo riesgo. Si coexisten enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca o enfermedad renal crónica puede añadirse un inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT-2), vigilando estrechamente la presión arterial, el estado de volumen y la deshidratación. Si no basta, la intensificación preferente es con insulina basal, evitando las sulfonilureas (González-Cabrera A, 2025).

Tres prácticas frecuentes en residencias merecen mención expresa, porque hacen daño. La primera es mantener pautas complejas de insulina: simplificarlas y desintensificarlas reduce hipoglucemias, polifarmacia y carga de tratamiento (ADA, 2026, secc. 13, rec. 13.14c). La segunda es usar pautas de insulina rápida «según glucemia» como única estrategia, que debe evitarse. La tercera son las dietas terapéuticas restrictivas: los planes de alimentación liberales mejoran la ingesta de alimentos y bebidas, y las restricciones favorecen la deshidratación y la pérdida de peso no intencionada (Munshi MN, 2016).

4. Transiciones asistenciales y vacunación

Las transiciones asistenciales (residencia-hospital-residencia) son el momento de mayor riesgo de error de medicación: conviene revisar y conciliar el tratamiento antidiabético en cada ingreso y cada alta. La planificación anticipada de decisiones y el manejo al final de la vida se abordan en el Capítulo 8.1 (fragilidad). La vacunación es prioritaria en este entorno; véanse las recomendaciones en el Capítulo 4 (plan de seguimiento).

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. Al ingreso, revisar el tratamiento completo y preguntarse qué fármaco puede retirarse, no cuál puede añadirse.
2. Fijar el objetivo de HbA1c según la fragilidad, no según la edad, y anotarlo en la historia para que el resto del equipo lo conozca.
3. Dejar por escrito y a la vista el protocolo de hipoglucemia y formar al personal para reconocer los síntomas atípicos.
4. Retirar la dieta «de diabético» restrictiva: liberalizar la alimentación mejora la ingesta y previene la desnutrición.
5. Ante cualquier caída, *delirium* u hospitalización, reevalúe el tratamiento antidiabético antes de atribuirlo a la edad.

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 13. Older adults: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S277-96. doi:10.2337/dc26-S013
2. Bourdel-Marchasson I, Maggi S, Abdelhafiz A, Bellary S, Demurtas J, Forbes A, et al. Essential steps in primary care management of older people with type 2 diabetes: an executive summary on behalf of the European Geriatric Medicine Society (EuGMS) and the European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP) collaboration. Aging Clin Exp Res. 2023;35(11):2279-91. doi:10.1007/s40520-023-02519-3
3. Gómez-Pavón J, Alcaraz C, Cristoffori G, Aguado R, Ares-Conde B. Concepto de fragilidad: detección y tratamiento. Tipología del paciente anciano. Valoración geriátrica integral y criterios de calidad asistencial. Medicine. 2018;12(62):3627-36.
4. González-Cabrera A, López-Simarro F, Mediavilla JJ, Miravet S, Turégano M. Abordaje y manejo de las personas con DM2 institucionalizadas. En: Manual SEMERGEN. Madrid: Cuquerella; 2025.
5. Munshi MN, Florez H, Huang ES, Kalyani RR, Mupanomunda M, Pandya N, et al. Management of diabetes in long-term care and skilled nursing facilities: a position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2016;39(2):308-18. doi:10.2337/dc15-2512
6. Romera Liébana L, Urbina A, Álvarez-Guisasola F, Ávila L, Guede C, Hernández-Teixidó C, et al. Recomendaciones en el manejo de la hiperglucemia en pacientes con diabetes mellitus según grado de fragilidad. Diabetes Práctica. 2023;14(3):92-113. doi:10.52102/diabet.pract.2023.2.art3