

El avance desde la insulinización basal añadiendo AIAR prandiales se ha mostrado como la mejor estrategia a largo plazo frente a intensificación de mezclas o añadir basal a pautas con solo AIAR, con una eficacia similar con menos hipoglucemias y ganancia de peso.

En la comparación directa de pautas complejas de premezclas (tres inyecciones) frente a bolo basal con AIAR y análogos de insulina de acción lenta, estas últimas muestran superioridad, aunque menor de la esperada, con el 0,22 % de mayor reducción de  $HbA_{1c}$ , sin diferencias en hipoglucemias ni peso. En el paciente individual en el que la aplicación de la pauta bolo basal sea poco aceptable por la incapacidad

del diabético o de los medios para una suficiente educación, por el aumento del número de inyecciones de insulina, de autoanálisis y del autocontrol necesario o por la adherencia a múltiples tomas de HC, la alternativa de pautas de insulina premezcladas determina un abordaje con escasa desventaja en el control metabólico y sin más riesgo de hipoglucemias y ganancia de peso, especialmente si el paciente realiza comidas y suplementos en horarios relativamente fijos.

### PUNTOS CLAVE

Ver el resumen de indicaciones (tabla 1).

## Deprescribir en diabetes. El flagrante caso de un señor anciano

Nicolás Martínez Velilla

*Servicio de Geriátría. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona*

Cuando hablamos de diabetes en ancianos corremos el riesgo de simplificar una situación clínica que puede ser realmente compleja. El concepto de anciano es heterogéneo y no se ciñe exclusivamente al perfil cronológico. Sea cual sea el punto de partida de dicho envejecimiento, desde ese momento hasta el fallecimiento el perfil clínico se modificará de una forma tan importante que intentar homogeneizar un tratamiento farmacológico para cada entidad clínica será una labor casi imposible, pues el inexorable paso del tiempo modificará tanto las circunstancias individuales como las que rodean al paciente. Es decir, que, tanto para la diabetes como para la mayor parte de enfermedades o síndromes geriátricos, las diferentes guías clínicas deberían amoldarse al contexto individual y no generalizar o transferir las evidencias adquiridas en poblaciones más jóvenes y con menos multimorbilidad. Por ejemplo, es muy diferente plantear un tratamiento en un paciente que vive en su domicilio y que es independiente que en un paciente que está institucionalizado o presenta un deterioro cognitivo grave.

Dentro de este amplio espectro de situaciones clínicas debemos enfocar nuestros objetivos y ser conscientes de que en población mayor de 80 años (que habitualmente ha quedado excluida de los ensayos farmacológicos) no existe una medicina basada en la evidencia tradicional. ¿Debemos aplicar los mismos conocimientos que los adquiridos en poblaciones más jóvenes y menos complejas? Hasta que

podamos obtener una respuesta afirmativa a dicha cuestión, deberemos fijarnos en aquellas guías y algoritmos que diferencien al paciente anciano y adaptarlas a la individualidad de cada uno de ellos.

Nos centraremos en una población especialmente excluida de ensayos y guías clínicas, como son los pacientes ancianos institucionalizados que presentan alta comorbilidad, polifarmacia y prevalencia de deterioro cognitivo y funcional (tabla 1). Además, y aunque tradicionalmente en los tratados de medicina no se tenga en cuenta, la situación social va a marcar unas particularidades, que no necesariamente tienen que ser negativas, pues, por ejemplo, en los medios residenciales se suele disponer de un personal que facilita determinadas decisiones sanitarias. Otro aspecto fundamental a la hora de tomar cualquier decisión es la esperanza de vida, que en muchas ocasiones es inferior a 5-10 años, lo cual limita mucho los potenciales beneficios de determinadas medidas farmacológicas que precisan de su continuidad temporal para conseguirlos.

Además de la dificultad para aplicar las numerosas guías clínicas, de dudosa utilidad en el anciano por ser una mera extrapolación de la evidencia demostrada en poblaciones más jóvenes<sup>1</sup>, nos enfrentamos al manejo de las numerosas enfermedades que de forma concomitante afectan habitualmente al anciano diabético.

**Tabla 1.** Características diferenciales que modifican el tratamiento de la diabetes mellitus en los pacientes ancianos

- Situación funcional/fragilidad
- Situación cognitiva
- Situación social (apoyo familiar); nivel cultural y económico
- Comorbilidad secundaria a diabetes (retinopatía, nefropatía, polineuropatía, patología cardiovascular, etc.) y comorbilidad independiente de diabetes (síndromes geriátricos)
- Polifarmacia
- Esperanza de vida
- Presentación atípica o paucisintomática de numerosas situaciones clínicas
- Horarios de comida variables
- Esquemas farmacológicos complejos
- Déficits sensoriales
- Temblor o disminución de movilidad en la mano
- Depresión
- Problemas de coordinación
- Trayectoria temporal del control metabólico
- Prioridad a disminución de episodios de hipoglucemia
- Preferencias del propio paciente o los cuidadores

No hay muchos estudios dirigidos específicamente a establecer los objetivos glucémicos óptimos en pacientes ancianos. Los objetivos terapéuticos en los ancianos con diabetes con buena situación funcional y cognitiva y moderada expectativa de vida no deberían diferir de forma considerable de los de la población joven. Sin embargo, en el paciente anciano frágil, evitar los episodios de hipoglucemia, hipotensión, las interacciones farmacológicas y mejorar la calidad de vida pueden convertirse en nuestros objetivos prioritarios. Tras los últimos estudios (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes [ACCORD], Action in Diabetes and Vascular disease: preterAx and diamicroN MR Controlled Evaluation [ADVANCE] y Veterans Affairs Diabetes Trial [VADT]), en los que se ha puesto de manifiesto que un control metabólico estricto no es garantía de mejoría cardiovascular y en los que, además, se sugiere que los episodios hipoglucémicos podrían estar relacionados con complicaciones cardiovasculares, los objetivos metabólicos de mantener la hemoglobina glucosilada por debajo del 7 % se han hecho mucho más laxos en el anciano diabético<sup>2-4</sup>.

Más allá del tradicional objetivo terapéutico de curación de la enfermedad, el paciente anciano hace gala de

una diversidad de factores que, cuantitativa y cualitativamente, son más importantes que la mortalidad y que el control de los factores de riesgo cardiovascular o de las complicaciones micro y macroscópicas a largo plazo. En nuestra población, habitualmente con una expectativa de vida reducida, los conceptos de calidad de vida, independencia o función son los más útiles cuando intentamos desarrollar estrategias terapéuticas.

El acto de deprescripción puede ser una medida farmacológica de especial relevancia en esta población. Existen diversas sistemáticas para realizarla, con diferentes grados de evidencia, que podemos intentar trasladar a la realidad de los ancianos diabéticos institucionalizados.

### PUNTOS CLAVE

- La gestión eficaz del paciente anciano institucionalizado con diabetes es un desafío. Además de la dificultad para aplicar las numerosas guías clínicas, de dudosa utilidad en el anciano por ser una mera extrapolación de la evidencia demostrada en poblaciones más jóvenes, nos enfrentamos al manejo de las numerosas enfermedades que de forma concomitante afectan habitualmente al anciano diabético y que implican numerosas consecuencias.
- El anciano diabético institucionalizado presenta unas características propias debidas a la alta prevalencia de fragilidad, deterioro funcional/cognitivo y su situación social, y es susceptible de presentar complicaciones y errores al inicio del tratamiento con insulina.
- Las decisiones terapéuticas y farmacológicas del anciano diabético institucionalizado deben circunscribirse a las distintas situaciones individuales, pues la aplicación de guías clínicas tradicionales puede favorecer episodios de hipoglucemia y deterioro de la calidad de vida.
- Es fundamental realizar en las residencias de ancianos adecuadas valoraciones geriátricas integrales en un contexto de complejidad clínica inherente que permitan priorizar las intervenciones diagnósticas y terapéuticas, eviten la iatrogenia y fomenten la preservación de la situación funcional.
- La deprescripción es una herramienta real a nuestro alcance que debemos conocer y poner en práctica cuando las características de nuestros pacientes nos lo permitan.