Pacientes diabéticos ancianos en España (ESCADIANE)

Luis Ávila Lachica[1], Francisco Javier Sangrós González[2]
[1] *Médico de familia. Consultorio de Almachar. Málaga*
[2] *Médico de familia. Centro de Salud Torrero La Paz. Zaragoza*

ANTECEDENTES

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye un serio problema de salud en la mayor parte del mundo. Además, el número de diabéticos está aumentado de manera continua en las últimas décadas[1-3].

Las guías para el tratamiento de la diabetes mellitus (DM) están mayoritariamente basadas en estudios clínicos de personas de edad media y las recomendaciones tienden a ser similares para todo el mundo: tanto para el paciente joven y fuerte como para el anciano frágil[4,5].

La edad está asociada con una disminución de la función de la célula β y unos niveles de insulina más bajos, independientemente de la resistencia a la insulina.

En el estudio sobre la prevalencia de la DM en España de la Sociedad Española de Diabetes, la prevalencia de la DM en pacientes mayores de 65 años varía entre el 25 y el 35 %, con dependencia de los grupos etarios. En menores de 75 años la prevalencia es un 10 % mayor en hombres, mientras que en mayores de 75 años es un 7 % mayor en mujeres[6].

Datos locales sobre DM conocida y registrada en la cartera de servicios de las historias clínicas informáticas nos indican que hasta el 80 % de los pacientes diabéticos conocidos son mayores de 60 años (datos del Área II de Aragón)[7].

Los datos analizados por la redGDPS en el año 2007 mostraban que la edad media de los pacientes diabéticos en España era de 68,2 años. El 63 % era mayor de 65 años[8].

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos estimó que la prevalencia de DM en personas de 65 a 74 años de edad en el año 2005 era del 18,5 % (12 veces mayor que en los menores de 45 años)[9].

Podríamos concluir de lo anteriormente expuesto que la DM2 es una enfermedad que afecta fundamentalmente a personas mayores, pero, a pesar de ello, la mayoría de los estudios realizados y las guías de práctica clínica se dirigen a personas de menor edad.

PARTICULARIDADES DE LA DIABETES MELLITUS EN ANCIANOS

El cuidado de los pacientes ancianos diabéticos debe ser individualizado, pues se ha de tener en cuenta la comorbilidad en estos pacientes, la medicación habitual, las capacidades cognitivas, la situación en el hogar y la esperanza de vida, entre otros factores[10].

De forma especial, en los pacientes frágiles **se debe insistir menos en el control estricto de la glucemia.** Es prioritario evitar la malnutrición y la hipoglucemia, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible (tabla 1).

En líneas generales, se puede afirmar que, aunque la mejora que conseguimos reduciendo la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) es lineal, la reducción del riesgo absoluto es lineal de forma logarítmica, es decir, se consigue mayor beneficio bajando del 9 al 8 % que del 8 al 7 %[11].

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En España no existen estudios poblacionales de ámbito nacional que describan las características de la población anciana diabética. Un estudio con 98 pacientes con una edad media de 72,9 ± 9,9 años mostraba que el 50 % presentaba una HbA_{1c} < 7 %; el 68,4 %, colesterol total < 200 mg/dl; el 26,5 %, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad < 100 mg/dl; el 69,4 %, colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad > 40 mg/dl; el 86,7 %, triglicéridos < 150 mg/dl; el 51 %, presión arterial < 130/80 mmHg,

Tabla 1. Objetivos de control en la diabetes mellitus tipo 2

	Asociación Americana de Diabetes	Sociedad Americana de Geriatría	Departamento de Asuntos de los Veteranos
Hemoglobina A_{1c}	< 7,0 %	< 7,0 % en adultos con buen estado funcional	< 7,0 % si la esperanza de vida es > 15 años (sin tener comorbilidades mayores)
		8,0 % si frágil o si la esperanza de vida es < 5 años	8 % si la esperanza de vida es de 5-15 años (o con comorbilidades moderadas)
			9 % si la esperanza de vida es < 5 años (o con comorbilidades mayores)
Nivel de glucemia preprandial	90-13 mg/dl (5,0-7,2 mmol/l)		
Pico de glucemia posprandial	< 180 mg/dl (< 10,0 mmol/l)		
Glucemia al acostarse	110-150 mg/dl (6,1-8,3 mmol/l)		

y el 90,8 % no fumaba. Solo el 9,1 % cumplía simultáneamente los objetivos en presión arterial, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad y HbA_{1c} [12].

OBJETIVOS

Objetivos principales

- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos mayores de 65 años en España.
- Conocer la prevalencia de las complicaciones crónicas macro y microvasculares: cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, arteriopatía periférica, enfermedad renal, retinopatía diabética, neuropatía diabética, pie diabético, amputaciones, etc., en estos pacientes.

Objetivos secundarios

- Conocer el tratamiento de los diabéticos ancianos en España: dieta, ejercicio, antidiabéticos orales e insulina.
- Valorar el número de hipoglucemias sintomáticas y bioquímicas en los últimos 12 meses y si se ha precisado ayuda de otra persona para superar el episodio.
- Conocer el número de pacientes diabéticos mayores de 65 años con comorbilidades asociadas: demencia, incontinencia urinaria, caídas en el último año, deterioro intelectual, inmovilidad o problemas de movilidad, inestabilidad, etc.
- Conocer la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular asociados: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, etc.
- Conocer el nivel asistencial en el que se atiende al paciente diabético anciano.

DISEÑO

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo transversal y multicéntrico a fin de conocer la situación de los diabéticos mayores de 65 años en España.

El presente estudio se realizará en las condiciones habituales de la práctica clínica. A los pacientes incluidos no se les aplicará ninguna intervención, ya sea diagnóstica o de seguimiento, que no sea la habitual de la práctica clínica.

POBLACIÓN EN ESTUDIO Y NÚMERO TOTAL DE SUJETOS

La población de estudio estará compuesta por todos los diabéticos conocidos mayores de 65 años que pertenezcan a la consulta de los médicos investigadores que realizarán el estudio.

La población que se va a estudiar se dividirá en tres grupos etarios: 65-74 años, 75-84 años y ≥ 85 años. En total se van a estudiar 1200 sujetos.

DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS MEDICIONES

Las variables de análisis primarias serán las características demográficas habituales (edad, sexo, peso, talla, índice de

masa corporal, etc.), y las variables secundarias, las de apoyo social y los antecedentes de enfermedades o aparición de eventos.

Los datos de laboratorio que se estudiarán serán: HbA_{1c}, glucemia basal, perfil lipídico, perfil hepático, creatinina plasmática, método de cálculo del filtrado glomerular e índice de albúmina/creatinina.

PUNTOS CLAVE

- La mayoría de las guías clínicas de DM2 se basan en estudios de pacientes jóvenes.
- La mayoría de los pacientes con DM2 son ancianos.
- En España no existen estudios poblacionales de ámbito nacional que describan las características de la población anciana diabética.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO Consultation. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneve: WHO; 1999.
2. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta Nacional de Salud. Disponible en: URL: http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx.
4. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes, 2011. Diabetes Care 2011;34(Suppl 1):S11-61.
5. Hornick T, Aron DC. Managing diabetes in the elderly: go easy, individualize. Cleve Clin J Med 2008;75(1):70-8.
6. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. Diabetologia 2012;55(1):88-93.
7. Datos de prevalencia de diabetes mellitus conocida del Área II de Aragón. Salud. Zaragoza. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/13_SaludPublica/INFORME_OMIAP_T90_DMII_2012.pdf
8. Franch Nadal J, Artola Menéndez S, Díez Espino J, Mata Cases M; en representación de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996-2007). Med Clin (Barc) 2010;135(13):600-7.
9. Harris MI, Flegal KM, Cowie CC, Eberhardt MS, Goldstein DE, Little RR, et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. Diabetes Care 1998;21:518-24.
10. Brown AF, Mangione CM, Saliba D, Sarkisian CA; California Healthcare Foundation/American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with Diabetes. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. J Am Geriatr Soc 2003;51(5 Suppl Guidelines):S265-80.
11. Pogach LM, Brietzke SA, Cowan CL Jr, Conlin P, Walder DJ, Sawin CT; VA/DoD Diabetes Guideline Development Group. Development of evidence-based clinical practice guidelines for diabetes: the Department of Veterans Affairs/Department of Defense guidelines initiative. Diabetes Care 2004;27(Suppl 2):B82-9.
12. Gómez-Navarro R, Albiñana-Tarragó J, Belenguer-Andrés N, Navarro-Julián MJ. Calidad de vida y grado de control en diabéticos tipo 2 atendidos en atención primaria. Revista de Calidad Asistencial 2009;24(2):51-9.