

Insulinoterapia en el PPP y EA



**Dr. Ignacio Vallejo Maroto. Servicio de Medicina.
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla**



Diabetes

Joven

Diabetes

PPP y EA

Diabetes y Paciente Pluripatológico y EA

PP y EA

- Comorbilidad; Funcionalidad; Fragilidad; Polimedicación; Consumo de recursos.

Diabetes

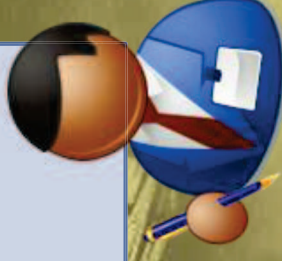
- Complicaciones micro/macro; pobreza de síntomas; mayor grado de dependencia en cuidados.

Síndromes

- Caídas; Depresión; Deterioro cognitivo; Incontinencia urinaria; Malnutrición; Inmovilidad y sarcopenia.

Carencia de práctica basada en evidencia en el tratamiento de los PP y EA con Diabetes

- Ausencia de grandes estudios de intervención.
- Ausencia de evidencia sustancial sobre el beneficio del control glucémico y lipídico.
- Mayor evidencia sobre el beneficio de controlar la HTA.
- Ausencia de evidencia que fundamente el tipo de cuidados a PP y EA con diabetes institucionalizados.
- Ausencia de evidencia respecto a algún modelo concreto de organización y dispensación de los cuidados.



Dependientes del paciente:

- Expectativas de vida
- Situación funcional y cognitiva
- Expectativas de vida activa
- Riesgo de yatrogenia
- Soporte social



Dependientes de las posibilidades terapéuticas:

- Efecto del tratamiento
- Yatrogenia
- Dispositivos asistenciales
- Capacidad de acceso a los dispositivos asistenciales



Dependientes de la enfermedad:

- Tiempo de evolución de la DM
- Tiempo de evolución de las complicaciones
- Impacto de la complicación sobre mortalidad
- Impacto de la complicación sobre la función



Errores

Aceptar con resignación la irreversibilidad del deterioro del PPP y de EA.

Infratrar al PPP y de EA por considerar poco eficiente el consumo de recursos

Asumir que la EA excluye el uso de insulina



Objetivos del tratamiento



Control de los síntomas por hiperglucemia/evitar hipoglucemias:

- Adecuando los objetivos de control metabólico.

Individualización de los cuidados:

- Esperanza de vida.
- Presencia de complicaciones de la DM.
- Presencia de trastornos médicos o neuropsiquiátricos coexistentes.
- Capacidad y disposición del paciente para cumplir el programa de tratamiento propuesto/funcionalidad.
- Cuidador principal.

Control de los factores de riesgo vascular asociados:

- Que pueden contribuir a la mortalidad cardiovascular.

Objetivos de control metabólico

PP y EA con buena situación global

- HbA1c en torno a 7%

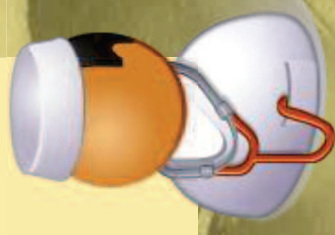
Edad muy avanzada (>85 a), frágiles,
esperanza de vida previsible <5 años

- HbA1c en torno a 8%



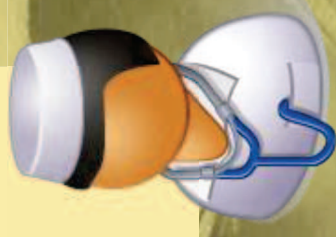
Insulina en el PPP y EA

- ¿Se beneficiará realmente el paciente del nuevo tratamiento?
- ¿Interferirá en su calidad de vida?
- ¿Será capaz de aprender la técnica de autoinyección o puede garantizarse que se le administre?
- ¿En que medio es preferible comenzar la terapia?
- ¿Qué pauta utilizar?



Insulina en el PPP y EA

- ¿Qué preparados y que sistemas de inyección son los más adecuados?
- ¿Son asumibles los riesgos?
- ¿Podrá ajustar el paciente la dosis según necesidades?
- ¿Es posible la realización de autocontroles de glucemia?
- ¿Está el paciente adiestrado en reconocer y tratar una hipoglucemia?
- ¿Existe un cuidador principal?



Indicaciones



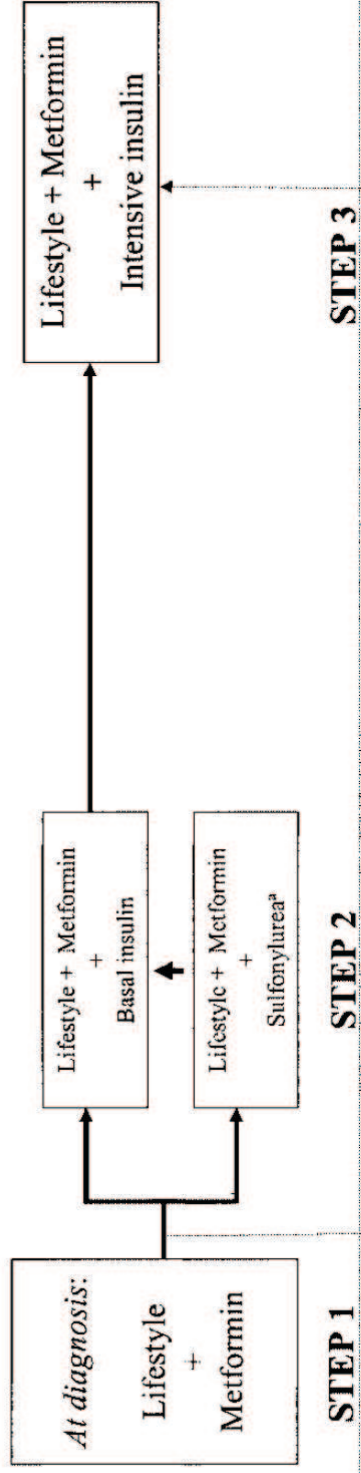
TEMPORAL

- Al diagnóstico: glucemia basal > 250 mg/dl; clínica cardinal; deshidratación; cetonuria.
- En complicaciones intercurrentes: enfermedad grave, cirugía, tratamiento esteroideo.

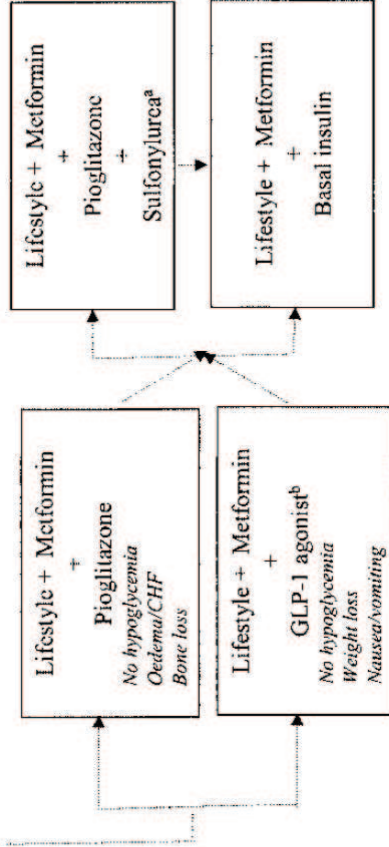
DEFINITIVA

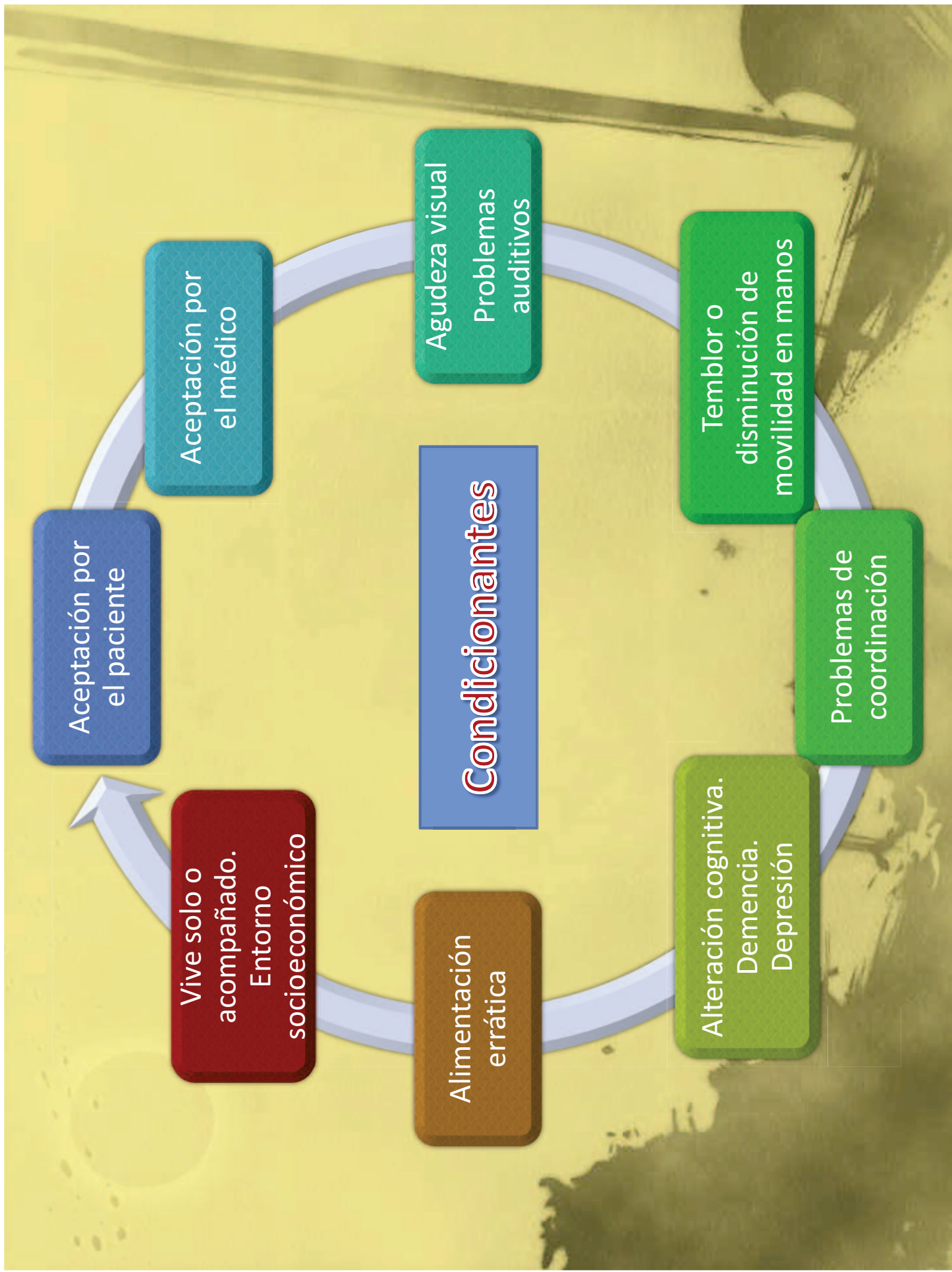
- Contraindicación de ADOs.
- Tendencia a cetosis.
- Fracaso primario o secundario a ADOs
- Intolerancia a fármacos orales.
- Complejidad del tratamiento en polimedicados.

Tier 1: Well-validated core therapies



Tier 2: Less well validated therapies



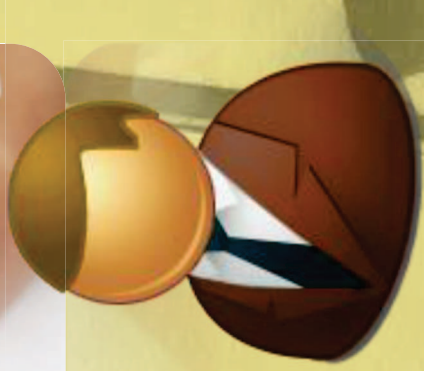
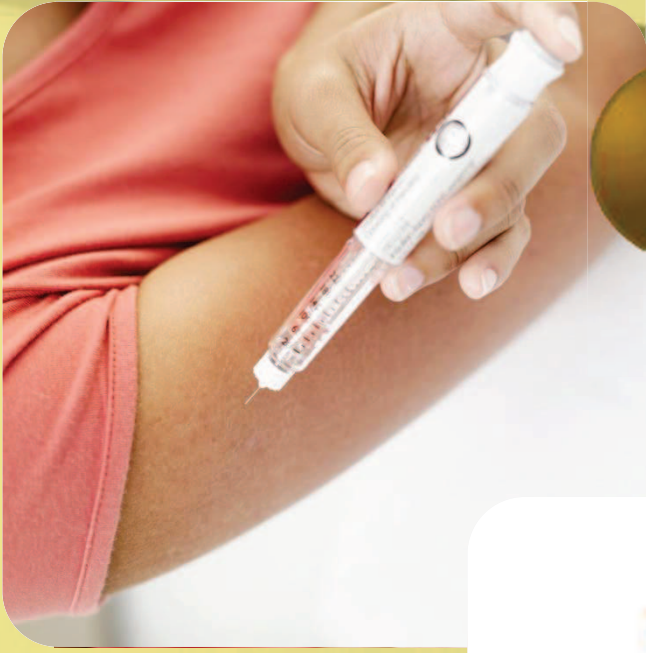


Inconvenientes



- Incremento del riesgo de hipoglucemia
- Aumento de la complejidad del tratamiento.
- Necesidad de implementar autocontroles de glucemia.
- Ganancia ponderal.

Acción	Insulina	Insulina	Vial	Plumas
Rápida	Humana	Regular	Actrapid	Actrapid Innolet
		Análogos	Humulina regular	---
	Lispro		Humalog	Humalog Pen
Intermedia	Humana	Aspart	---	NovoRapid FlexPen
		Isofánica (NPH)	Humulina NPH vial	Humulina NPH Pen
			Insulatard vial	Insulatard NPH Innolet
	Análogos	Lispro Protamina		---
	Prolongada	Análogos	Glargina	Lantus vial
Determir			---	Lantus Opticlick
			---	Levermir FlexPen
Mezclas	Humana	Regular/NPH	Humulina 30:70	Humulina 30:70 Pen
			Humulina 50:50	
			Mixtard 30:70 vial	Mixtard 30:70 Innolet
	Análogos	Lispro/Lispro Protamina	---	Humalog Mix 25 Pen
			Aspart/Aspart Protamina	Humalog Mix 50 Pen
				NovoMix 30 FlexPen



Pautas

Insulina basal (NPH, Glargina, Detemir) + ADOs.

- Metformina: siempre (si no está contraindicada.)
- Sulfonilureas de acción corta/glinidas.
- Glitazonas (con sus condicionantes.)

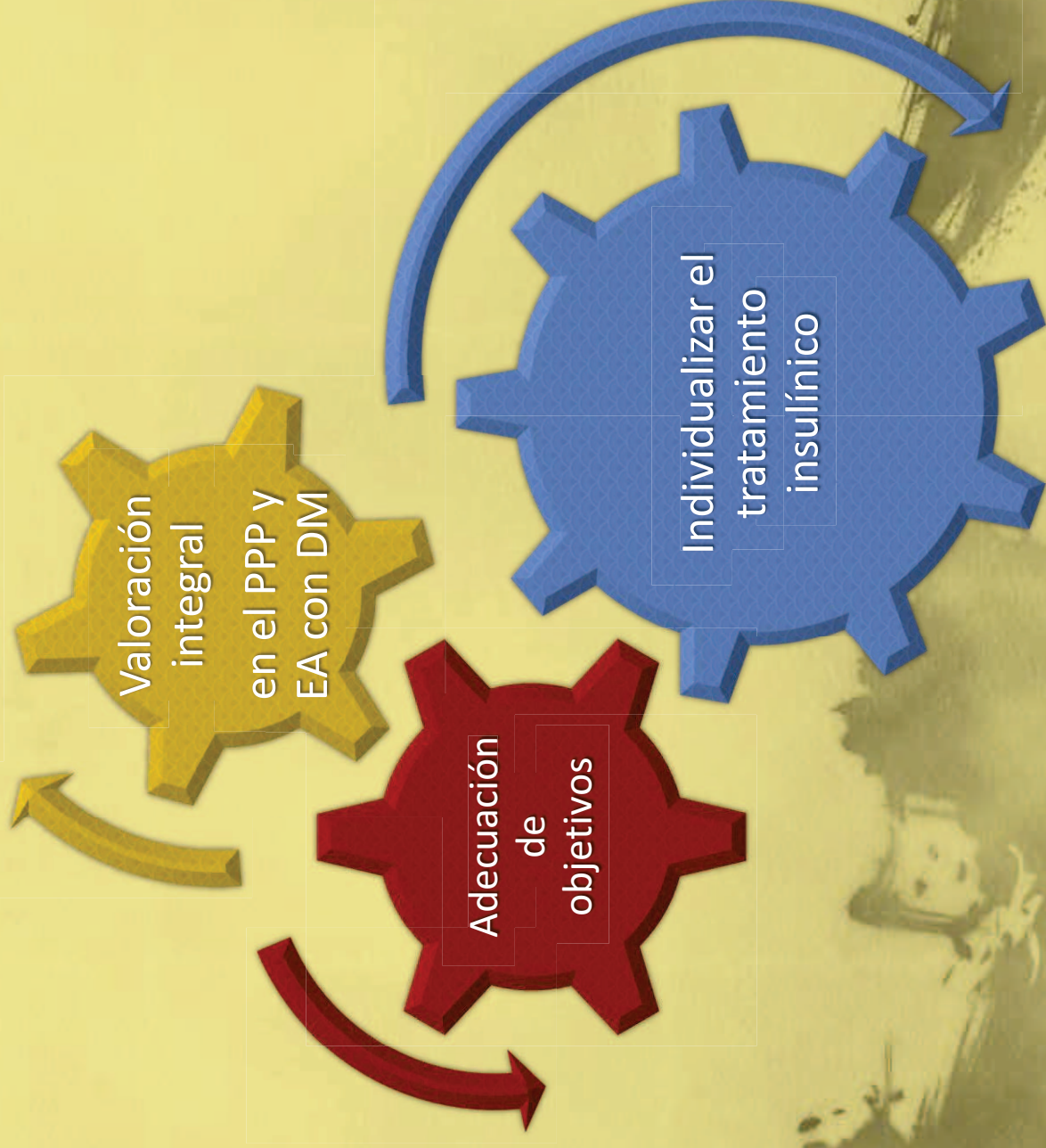
Pauta intensiva de insulina

- Bolo basal.
- Mezclas.

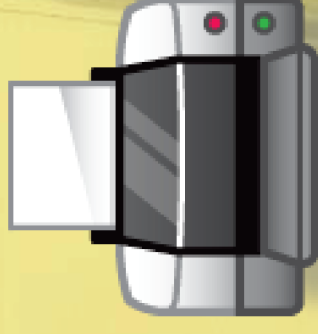
ISCI



Conclusiones



Bibliografía



- 📄 Clinical Guidelines for type 2 Diabetes Mellitus. European Diabetes Working Party for Older People 2001-2002.
- 📄 Mota et al. A review on the actual trends of insulin treatment in elderly with diabetes. Archives of Gerontology and Geriatrics 47 (2008) 151-161.
- 📄 Graydon S, et al. Diabetes in the Elderly. Med Clin N Am 90 (2006) 909-923.
- 📄 Ali A Rizvi. Management of Diabetes in Older Adults. Am J Med Sci 2007; 333(1):35-47.
- 📄 Mathieu. Antihyperglycaemic therapy in elderly patients with type 2 diabetes: potential role of incretin mimetics and DDP-4 inhibitors. Int J Clin Pract, 2007, 61(Suppl. 154.), 29-37.
- 📄 Oiknine. Drug therapy of Diabetes in the elderly. Biomedicine Pharmacotherapy 57(2003) 231-239.
- 📄 Guía de Actualización en el tratamiento de la DM tipo 2 y sus complicaciones. Endocrinología y Nutrición. Volumen 55. Enero 2008.
- 📄 Tratado SED de Diabetes Mellitus. Ed Panamericana. 2007.
- 📄 Medina J. Diabetes Mellitus. Curso de Formación Continuada no presencial en Paciente de edad avanzada y Pluripatológico.