

DIABÉTICOS TIPO 1 ADULTOS MAYORES: USO DE TECNOLOGÍA EN SU TRATAMIENTO

Presenta Dr. Marcos Estica Rivas, Diabetes- Medicina Interna.

Discusión Dra. Margarita Rivas Muñoz, Diabetes- Medicina Interna.

Unidad de Diabetes Dr. Manuel García de los Ríos A.

Hospital San Juan de Dios.

Caso 2

La Diabetes Mellitus 1 (DM1) generalmente es una enfermedad de aparición a temprana edad. Gracias a los avances médicos y tecnológicos, muchos pacientes han logrado sobrepasar el umbral de los 65 años. Por otra parte, el uso de esquemas intensificados con insulinas, monitoreo continuo de glicemia y de bombas de insulina son por su complejidad, un gran desafío en los adultos mayores.

No se dispone de suficiente información de las metas óptimas de tratamiento, periodicidad de controles, metodología educativa y esquemas de insulina más adecuados en este grupo etario. Habitualmente se aplican las recomendaciones generales para personas con DM1.

En adultos mayores es necesario considerar tanto las complicaciones crónicas vinculadas a sus años de DM, como las inherentes a la edad: Deterioro cognitivo, fragilidad y otras patologías o condiciones.

Recientemente han aparecido guías clínicas con enfoque en la tercera edad, sin embargo, hacen poca referencia al uso de tecnología.

Presentamos el caso de un adulto mayor con DM1, JLC, mujer, 79 años, con 40 años evolución; sin complicaciones crónicas.

Debut a los 39 años con polidipsia, poliuria y baja de peso no cuantificada, sin cetoacidosis. En consultorio clasificada como DM2, sin embargo, derivada a los meses a la Unidad de Diabetes del Hospital San Juan de Dios por fracaso a tratamiento oral, con glicemias de 400 mg/dl en promedio y glucosuria. Se inicia insulino terapia y se clasifica como DM1 de comienzo en la adultez. Ha permanecido en control hasta la fecha, con HbA1c entre 9 a 14% a lo largo del tiempo. Hay registro de 3 episodios de cetoacidosis diabética moderada, la primera vez asociada a sepsis de foco urinario y los otros 2 sin causa aparente.

Ha usado diversos esquemas y tipos de insulina, sin lograr un control metabólico adecuado. Presenta alta variabilidad glicémica asociada a frecuentes hipoglicemias sintomáticas, al menos 3 episodios semanales, tratados con alta ingesta de carbohidratos. Durante el 2019, 1 episodio de hipoglicemia severa que requirió manejo en el servicio de urgencia por compromiso de conciencia. Durante su vida ha sido hospitalizada en reiteradas ocasiones, para optimizar su tratamiento sin lograr un resultado satisfactorio.

Actualmente con insulina basal Glargina U-300 6 UI/día, insulina aspártica por esquema preprandial, según glicemia capilar 4 veces al día. Al desayuno 8 UI fijas de insulina aspártica, sin ajuste. Dosis total de insulina 16 a 20 UI/día.

El año 2019 se postuló a uso de bomba de insulina con monitoreo integrado de glicemia, sin embargo, abandona el proceso de postulación, argumentando dificultades en el manejo tecnológico y para cálculos aritméticos.

Antecedentes médicos: TBC pulmonar a los 20 años, no secuelada.

Salud mental: Trastorno ansioso depresivo en tratamiento.

Quirúrgicos: Catarata OD operada (2015).

Obstétricos: G2P2A0, sin antecedentes de diabetes en el embarazo. Menopausia 52 años.

Familiares: Sin antecedentes relevantes.

Sociales: Casa propia con todos los servicios básicos, incluyendo internet y telefonía móvil. Pensionada y recibe ingreso de un negocio de abarrotes administrado por su hijo en el domicilio. Viuda hace 7 años.

Es autovalente para las actividades básicas de la vida diaria, índice de Barthel (100 puntos, independiente). Reporta una caída a nivel el año 2019, no asociada a hipoglicemia. Evaluación cognitiva alterada (MMSE abreviado 13 de 19 puntos). Hace un año ingresa en programa de transición para adulto mayor (médico, psicólogo, enfermera universitaria, nutricionista), indicándose entrenamiento cognitivo, suspendido por la contingencia actual. Cuenta con hijo mayor como red de apoyo familiar, quien supervisa la administración de insulina.

Examen físico destaca IMC 19, peso 40 kg, destaca importante disminución de la masa muscular, sensibilidad táctil y propioceptiva conservada. Fondo de Ojos 2019, sin lesiones.

Exámenes (diciembre 2019)

HbA1c 11,8%

Relación Albuminuria/Creatininuria < 3 mg/g

CT 196 / cHDL 72 / cLDL 102 / TG 110 (mg/dl)

Creatinina pl / VFG estimada 0,93 / 58,3 ml/min

En el mes de julio de 2020 se indica monitoreo flash de glicemia (freestyle libre ®) cuyos resultados se presentan a continuación:

Uso 14 días. / 92% datos capturados. / 16 escaneos diarios

Parámetro

GMI (HbA1c estimada) 10,3%

Promedio de glicemia 250 mg/dl

Coefficiente de variación 48%

Tiempo en rango (180-70) 25%

Tiempo sobre rango 75%

Tiempo en Hipoglicemia 0%

Con seguimiento diario a través de videollamadas de 15 minutos, por médico durante 14 días, apoyada por su hijo, se trabaja en optimizar esquema de insulina basal y posteriormente ajustes de insulina prandial, ya que la paciente tiene dificultades para calcular la dosis correcta de insulina según carbohidratos. Se identifica patrones diarios de hipoglicemia, disminuyendo el número de eventos. Se avanza parcialmente en ajustes de dosis de insulina según tendencias de glicemias. A pesar de esto no logra un control óptimo, por lo que se aumenta un 30% la dosis basal de insulina y se sigue trabajando en ajustar tratamiento.

Conclusión: En DM1 adultos mayores autovalentes, con leve o sin deterioro cognitivo y una adecuada red de apoyo, el uso de algunas herramientas tecnológicas podría ser beneficioso, en el marco de un plan integral y personalizado de atención, más aun considerando las dificultades actuales para el control presencial de la diabetes. Se requieren más evidencia relacionada al uso de tecnologías para respaldar su uso en este grupo particular.

Bibliografía

1. Toschi E, Munshi MN. Benefits and Challenges of Diabetes Technology Use in Older Adults. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2020;49(1):57-67. doi:10.1016/j.ecl.2019.10.001
2. Sinclair AJ, Dunning T, Dhatariya K; an International Group of Experts. Clinical guidelines for type 1 diabetes mellitus with an emphasis on older adults: an Executive Summary. *Diabet Med.* 2020;37(1):53-70. doi:10.1111/dme.14135
3. Dhaliwal R, Weinstock RS. Management of Type 1 Diabetes in Older Adults. *Diabetes Spectr.* 2014;27(1):9-20. doi:10.2337/diaspect.27.1.9