

DESINTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO EN LA DM-2: ¿CÓMO LO HACEMOS?



Dr. Rafael Palomares Ortega
UGC de Endocrinología y Nutrición. H.U. "Reina Sofía"
Jefe de Servicio de Hospital "QuirónSalud". Córdoba

AGENDA: Desintensificación en DM tipo 2

- **¿QUÉ es desintensificar?**
- **¿A QUIÉN / CUÁNDO desintensificar?**
- **¿CÓMO desintensificar?**

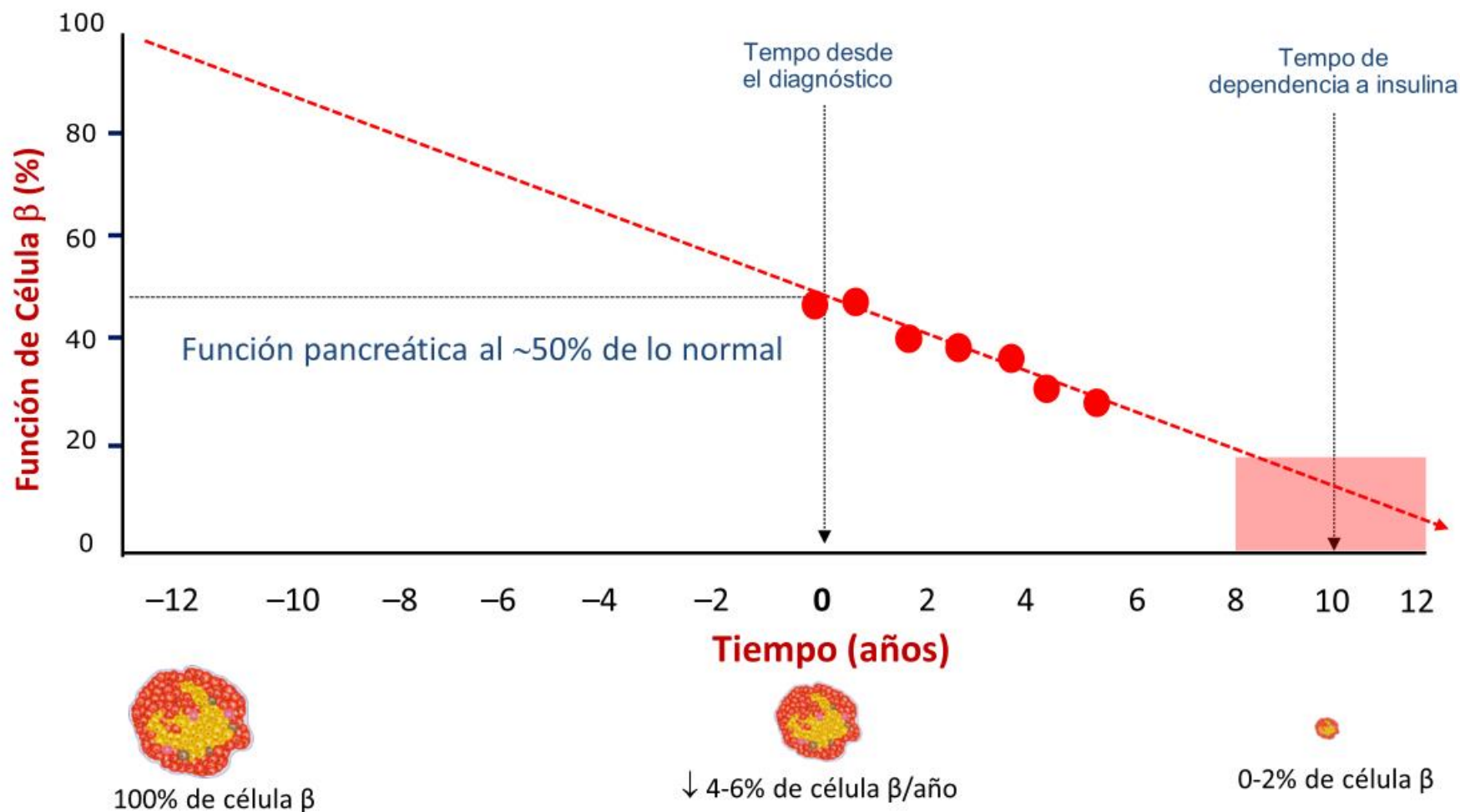


AGENDA: Desintensificación en DM tipo 2

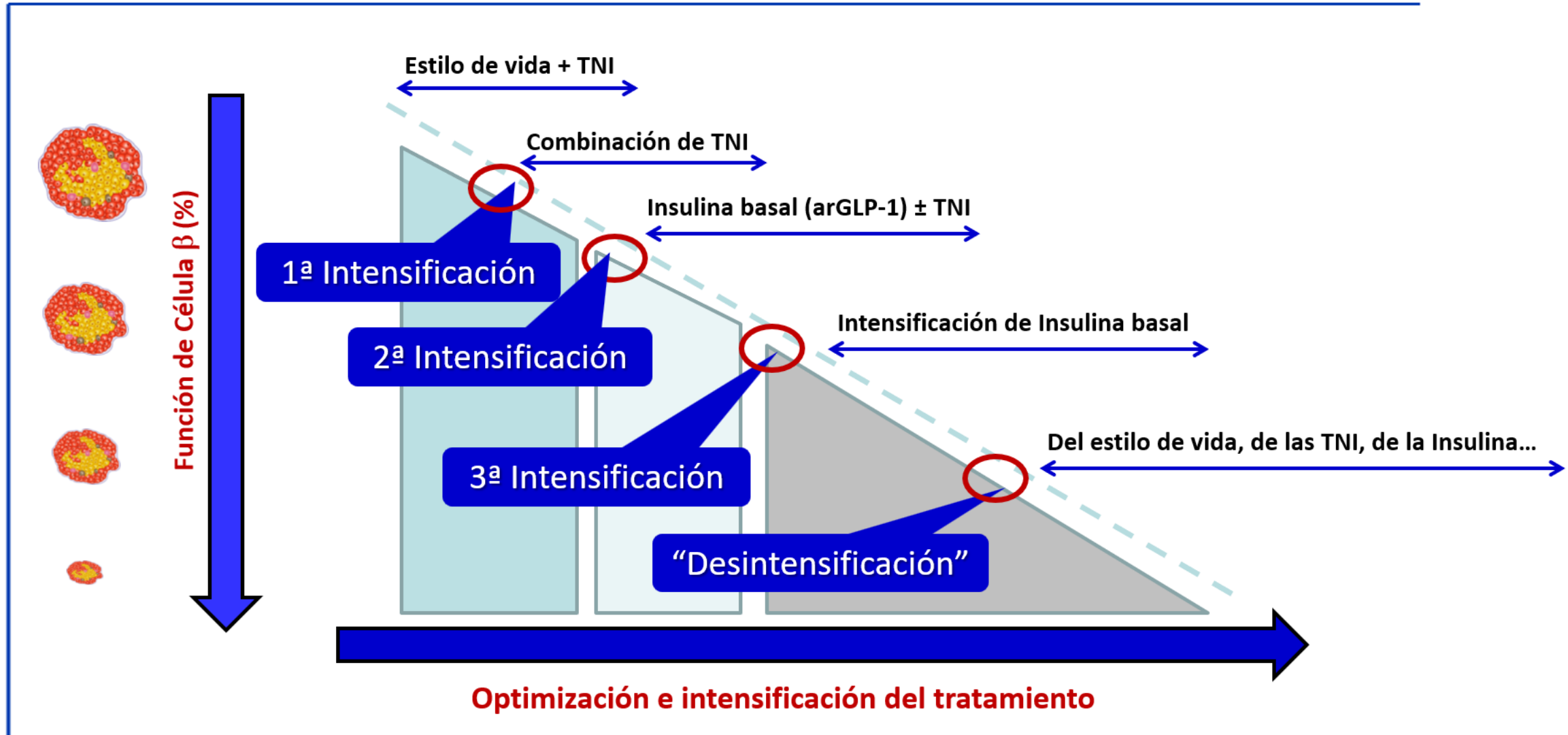
- **¿QUÉ es desintensificar?**
- ¿A QUIÉN / CUÁNDO desintensificar?
- ¿CÓMO desintensificar?



INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO: Enfermedad progresiva



INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO: Escalonado



¿QUÉ ES DESINTENSIFICAR?: CONCEPTO

DES-PRESCRIPCIÓN:

Proceso de **retirada supervisada** de medicamentos por medio de su **revisión**, que **concluye** con la **modificación de dosis**, **eliminación** de unos fármacos o **sustitución** por otros más seguros.



¿QUÉ ES DESINTENSIFICAR?: CONCEPTO

- **OBJETIVO...** ↓ la carga de tratamiento.
- **DIRIGIDO A...**
 - Personas con **dificultades de adherencia**.
 - Que están sufriendo **reacciones adversas** asociadas a la polimedicación.
 - Con **deterioro cognitivo/funcional** o que están recibiendo **cuidados paliativos**.
- **MODO...**
 - Utilizando **regímenes posológicos más favorables** (administración única diaria o semanal, formulaciones de liberación modificada).
 - Revisando la **idoneidad del tratamiento**.
 - **Interrumpiendo tratamientos** si la esperanza de vida es corta o el paciente manifiesta su preferencia por aligerar el tto.



¿QUÉ ES DESINTENSIFICAR?: En DIABETES...

- Los beneficios de la desintensificación superan el daño en las personas con diabetes **mayores, frágiles o con múltiples comorbilidades** (especialmente ERC avanzada o deterioro cognitivo).
- **Coeficiente beneficio/daño** del tratamiento antidiabético continúe siendo **favorable**.



AGENDA: Desintensificación en DM tipo 2

- ¿QUÉ es desintensificar?
- **¿A QUIÉN / CUÁNDO desintensificar?**
- ¿CÓMO desintensificar?



¿A QUIÉN DESINTENSIFICAR?: En DIABETES...

DEINTENSIFY:

D	Dementia	Demencia , especialmente con patrones erráticos de alimentación
E	Elderly	Edad avanzada , especialmente > de 80 años o frágiles
I	Impaired renal function	Insuficiencia renal , particularmente enfermedad renal terminal
N	Numerous comorbidities	Numerosas comorbilidades , especialmente 5 o más
T	Tight glycaemic control	Control glucémico estricto, especialmente si HbA1c < 7%
E	End of life	Fin de vida , especialmente con esperanza de vida < a 1 año
N	Nursing home residents	Pacientes institucionalizados con multimorbilidad
S	Significant weigh loss	Pérdida de peso significativa, no intencionada, indicativa de fragilidad
I	Inappropriate medications	Medicación inapropiada , especialmente hipoglucemiante (insulina o SU) o compleja
F	Frequent hypoglycaemia	Hipoglucemias frecuentes , especialmente que requieren asistencia médica
Y	Years long of diabetes	Años de evolución de la diabetes , especialmente si > de 20 años de evolución

¿A QUIÉN DESINTENSIFICAR?: FRAGILIDAD

¿QUÉ ES LA FRAGILIDAD?:

- **Síndrome** caracterizado por una **↓ de la reserva biológica** que ocurre durante el **envejecimiento**.
 - Deja a la persona en una situación de **especial vulnerabilidad** frente a cualquier estrés.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?:

- Los individuos con fragilidad tienen **peores resultados clínicos**:
 - > N° de caídas, pérdida funcional, > riesgo de hospitalización y mortalidad...



¿A QUIÉN DESINTENSIFICAR?: FRAGILIDAD

¿CÓMO EVALUAR LA FRAGILIDAD?:

Frailty Clinical Scale (Escala de Fragilidad Clínica)



1. **En muy buena forma.** Personas que están fuertes, activas, vigorosas y motivadas. Son personas que suelen practicar ejercicio con regularidad. Son de los que están en mejor forma para su edad.
2. **En forma.** Personas **sin síntomas de enfermedad activa**, pero que están menos en forma que las de la categoría 1. Suele ocurrir que se ejercitan o están **muy activas por temporadas**, por ejemplo, según la estación.
3. **En buen estado.** Personas que tienen **bien controlados sus problemas médicos**, pero que **no llevan actividad física regular** más allá de los paseos habituales.
4. **Vulnerables.** Aunque **no dependen de otros** que les ayuden en la vida diaria, a menudo **los síntomas limitan sus actividades**. Suelen quejarse de estar «lentos» o cansados durante el día.
5. **Levemente frágiles.** Estas personas a menudo tienen un **enlentecimiento más evidente** y necesitan ayuda para las **actividades de la vida diaria importantes** (economía, transporte, labores domésticas, medicación). Es típico que la fragilidad leve vaya dificultando salir solos de compras o a pasear y hacer la comida o las tareas del hogar.
6. **Moderadamente frágiles.** Personas que necesitan ayuda para **todas las actividades en el exterior** y para realizar las **tareas domésticas**. En casa, suelen tener problemas con las escaleras y necesitan **ayuda con el baño**, y pueden requerir alguna asistencia para vestirse (guía y acompañamiento).
7. **Con fragilidad grave.** **Dependen totalmente para el cuidado personal**, sea cual fuere la causa (física o cognitiva). Aun así, parecen estables y sin riesgo de muerte (en los siguientes ~6 meses).
8. **Con fragilidad muy grave.** Totalmente dependientes, se acercan al final de la vida. Es típico que ni siquiera se recuperen de afecciones menores.
9. **Enfermo terminal.** Se aproximan al final de la vida. Esta categoría se aplica a personas con **esperanza de vida < 6 meses y sin otros signos de fragilidad**.



SCORING FRAILTY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in mild dementia include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In moderate dementia, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In severe dementia, they cannot do personal care without help.

In very severe dementia they are often bedfast. Many are virtually mute.



Clinical Frailty Scale ©2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

¿A QUIÉN DESINTENSIFICAR?: FRAGILIDAD

¿CÓMO EVALUAR LA FRAGILIDAD?:

Escala FRAIL

Pre-frágil: 1-2

Frágil: ≥ 3



FATIGABILIDAD



DEAMBULACIÓN



PÉRDIDA DE PESO

Respuesta afirmativa: 1 a 2 = prefrágil; 3 o más = frágil

¿Está usted cansado?

¿Es incapaz de subir un piso de escaleras?

¿Es incapaz de caminar una manzana?

¿Tiene más de cinco enfermedades?

¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?

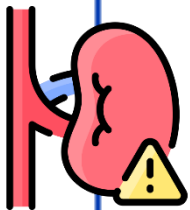


RESISTENCIA



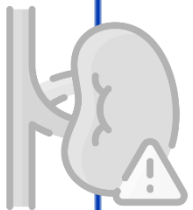
COMORBILIDAD

¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?: PUNTOS CRÍTICOS EN DM



1. ¿El **OBJETIVO DE CONTROL GLUCÉMICO** (HbA_{1c}...) del paciente es el adecuado a sus características y enfermedades concomitantes?
2. ¿El paciente (fármaco) **tiene** (provoca) **HIPOGLUCEMIAS**?
3. ¿Existe algún grado de **INSUFICIENCIA RENAL** (cardíaca, hepática...) que limite el uso de algún tratamiento en particular?

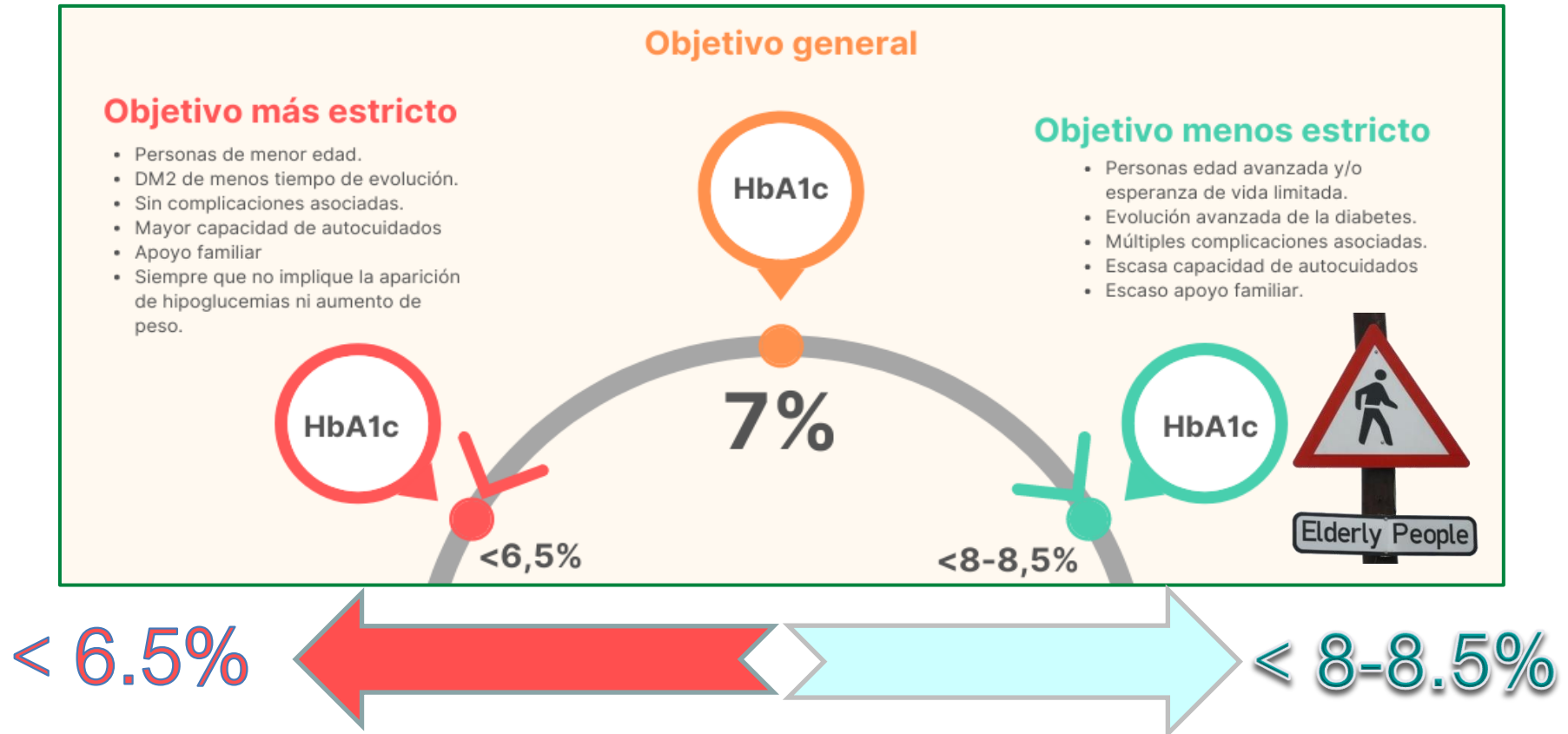
¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?: PUNTOS CRÍTICOS EN DM



1. ¿El **OBJETIVO DE CONTROL GLUCÉMICO** (HbA_{1c}...) del paciente es el adecuado a sus características y enfermedades concomitantes?
2. ¿El paciente (fármaco) tiene (provoca) **HIPOGLUCEMIAS**?
3. ¿Existe algún grado de **INSUFICIENCIA RENAL** (cardíaca, hepática...) que limite el uso de algún tratamiento en particular?

¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?: PUNTOS CRÍTICOS EN DM

OBJETIVOS DE CONTROL GLUCÉMICO:

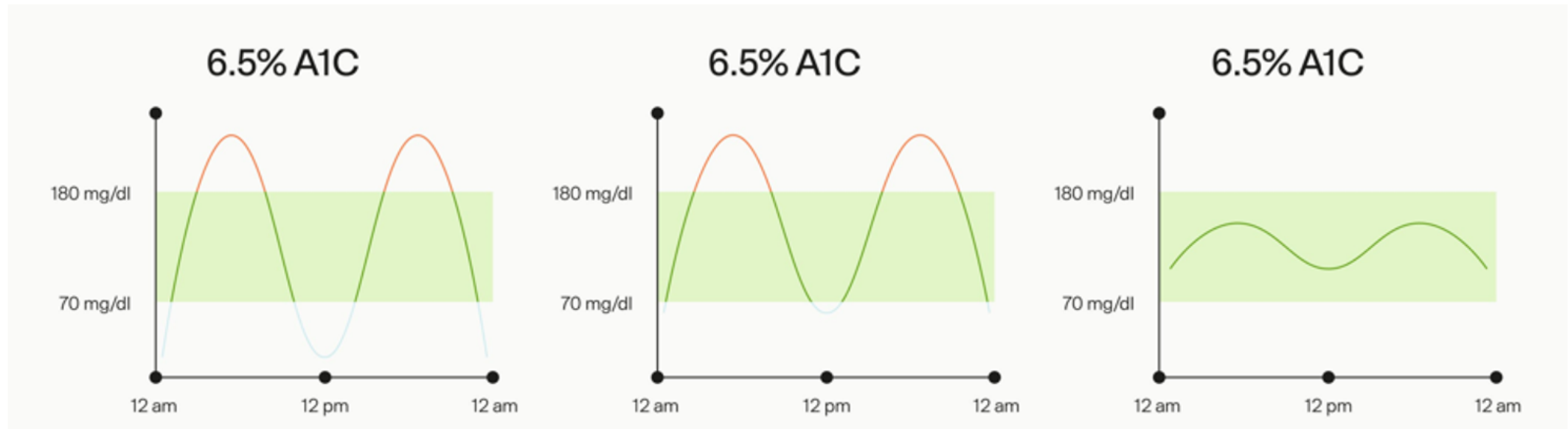


Objetivo **dinámico** durante la evolución de la DM

Individualizar, considerando las preferencias y características del paciente

¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?: PUNTOS CRÍTICOS EN DM

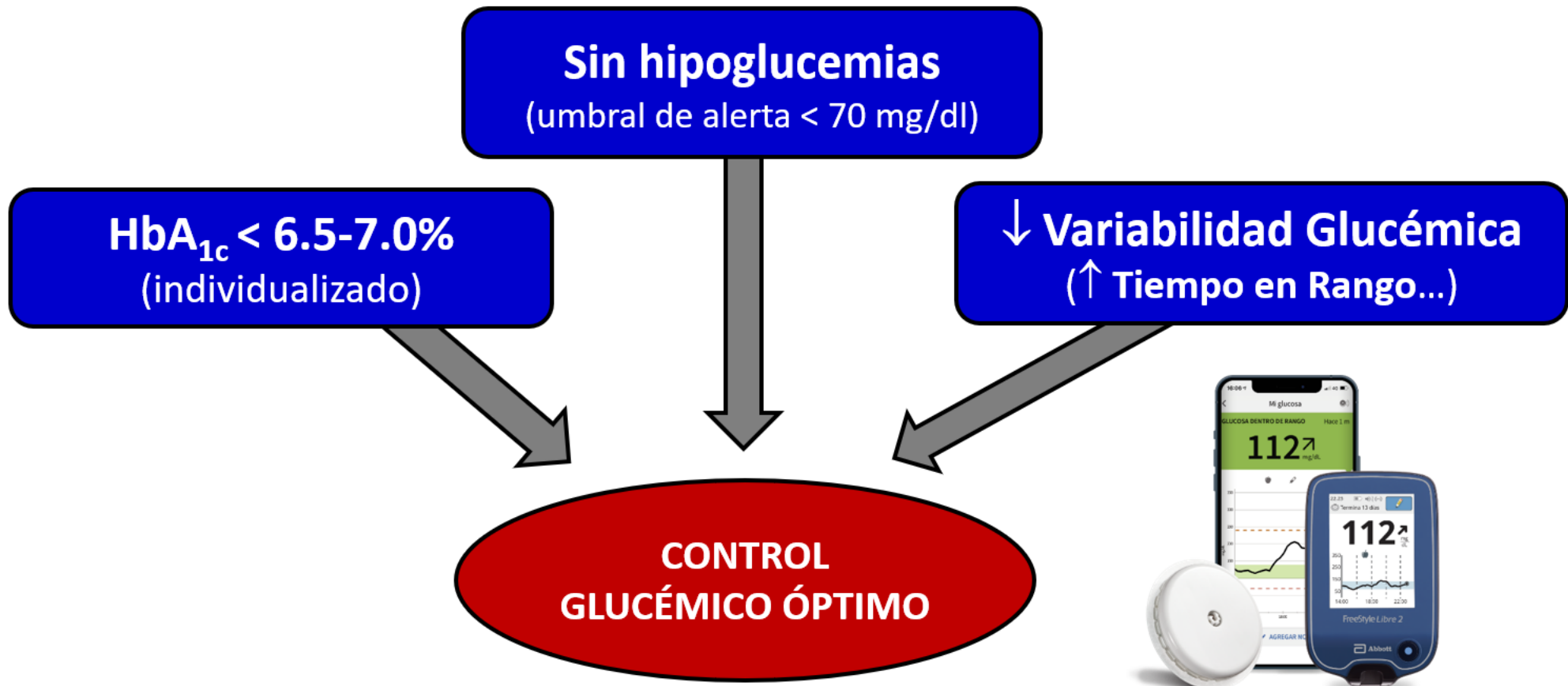
OBJETIVOS DE CONTROL GLUCÉMICO: Limitaciones de la HbA_{1c}



Al ser una media, una misma HbA_{1c} puede significar muchas cosas diferentes

¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?: PUNTOS CRÍTICOS EN DM

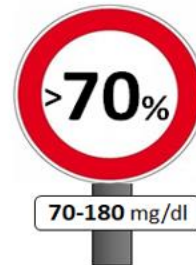
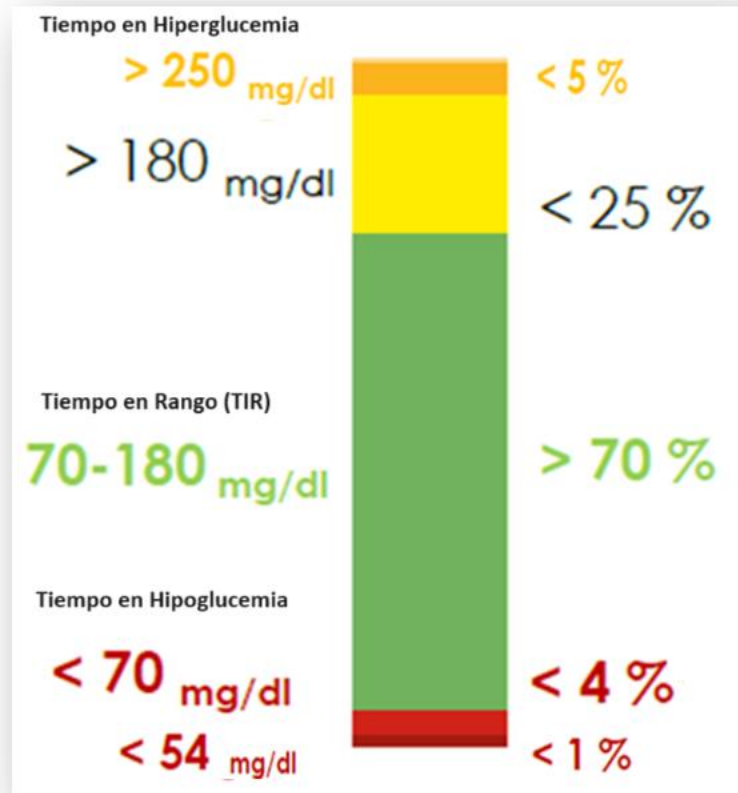
OBJETIVOS DE CONTROL GLUCÉMICO: **Triunvirato glucémico**



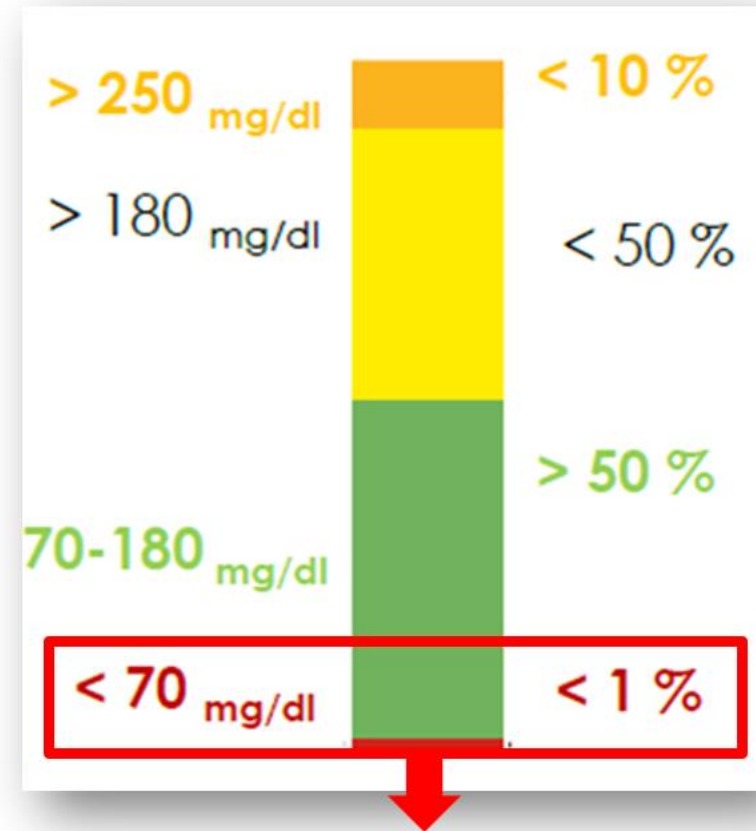
¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?: PUNTOS CRÍTICOS EN DM

OBJETIVOS DE CONTROL GLUCÉMICO: Tiempos en RANGO

Población general

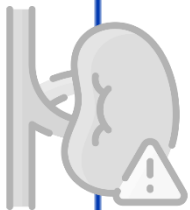


Fragilidad / Alto riesgo hipoglucemia



Evitar la hipoglucemia a toda costa

¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?: PUNTOS CRÍTICOS EN DM



1. ¿El OBJETIVO DE CONTROL GLUCÉMICO (HbA_{1c}...) del paciente es el adecuado a sus características y enfermedades concomitantes?
2. ¿El paciente (fármaco) **tiene** (provoca) **HIPOGLUCEMIAS**?
3. ¿Existe algún grado de INSUFICIENCIA RENAL (cardíaca, hepática...) que limite el uso de algún tratamiento en particular?

¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?: PUNTOS CRÍTICOS EN DM

HIPOGLUCEMIA

Accidentes
trabajo,
caídas...

Coste
(ingresos...)

Deterioro
Cognitivo

Calidad de
vida

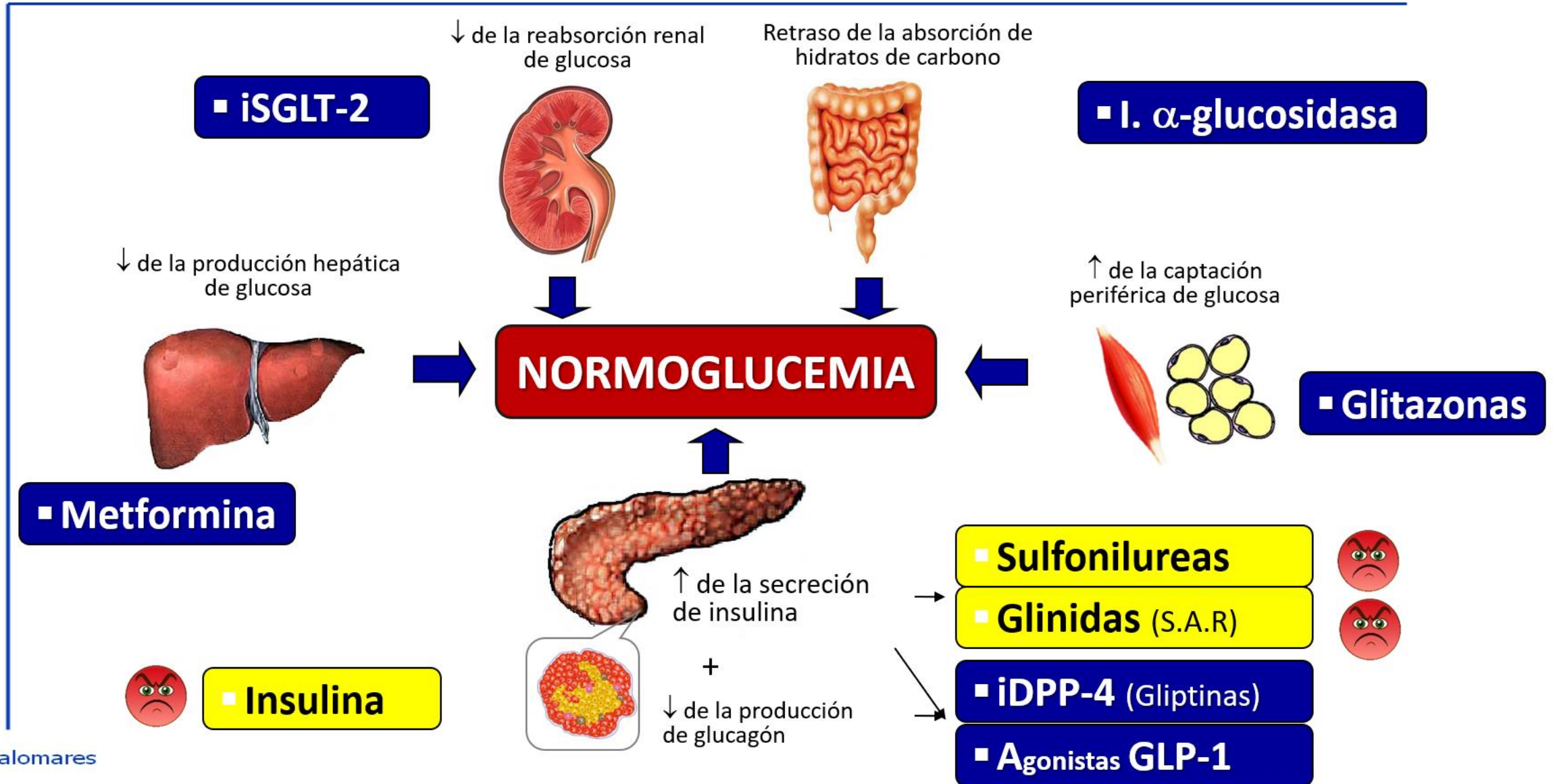
Convulsiones
Coma

Riesgo CV

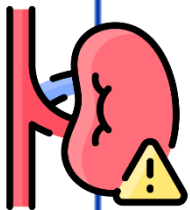
Evita cumplimiento
objetivos de control



¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?: PUNTOS CRÍTICOS EN DM



¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?: PUNTOS CRÍTICOS EN DM

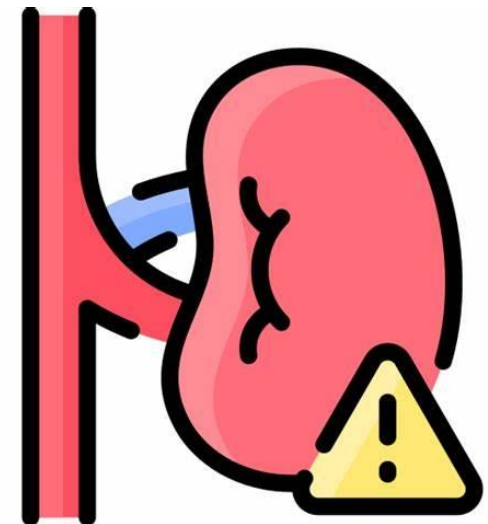


1. ¿El OBJETIVO DE CONTROL GLUCÉMICO (HbA_{1c}...) del paciente es el adecuado a sus características y enfermedades concomitantes?
2. ¿El paciente (fármaco) tiene (provoca) HIPOGLUCEMIAS?
3. ¿Existe algún grado de **INSUFICIENCIA RENAL** (cardíaca, hepática...) que limite el uso de algún tratamiento en particular?

¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?: PUNTOS CRÍTICOS EN DM

INSUFICIENCIA RENAL:

- Las **personas frágiles** tienen **mayor riesgo** de ERC.
- **Revisar** siempre, de forma periódica, la **función renal** en los pacientes con DM.
- **Modificar** el tratamiento antidiabético **según la misma**.
- Ante un **deterioro de la función renal**, suele **mejorar el control metabólico** (menor aclaramiento de insulina... por parte del riñón).



¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?: PUNTOS CRÍTICOS EN DM

INSUFICIENCIA RENAL:

Estadio de ERC (FG en ml/min/1,73m ²)	LEVE		MODERADA		GRAVE	TERMINAL	
	1	2	3a	3b	4	5	
	FG ≥ 90 (Dosis inicial)	FG ≥ 60 - 89	FG ≥ 45 - 59	FG ≥ 30 - 44	FG ≥ 15 - 29	FG < 15	
iDPP-4	LINAGLIPTINA	5 mg/24h	No ajuste*				
	SITAGLIPTINA	100 mg/24h	No ajuste*		Máximo 50 mg/24h	Máximo 25 mg/24h	
	VILDAGLIPTINA	50 mg/12h	No ajuste*	50 mg/24h			
	SAXAGLIPTINA	5 mg/24h	No ajuste*	Máximo 2,5 mg/24h si FG <45			No recomendada
	ALOGLIPTINA	25 mg/24h	No ajuste*	Si FG <50 dosis 12,5 mg/24h	Máximo 12,5 mg/24h	Máximo 6,25 mg/24h	Máximo 6,25 mg/24h. Experiencia en diálisis renal limitada. No estudiada en diálisis peritoneal.
iSGLT-2	CANAGLIFLOZINA	100 mg/24h	No ajuste* Se puede aumentar hasta 300 mg si se requiere un control adicional de la glucemia.	Máximo 100 mg, continuar si hay tratamiento previo		No iniciar. Máximo 100 mg, continuar si hay tratamiento previo	
	EMPAGLIFLOZINA	10 mg/24h	No ajuste* Dosis máxima 25mg	Iniciar con 10 mg. Continuar si hay tratamiento previo		No recomendada en FG <30 [‡]	
	ERTUGLIFLOZINA	5 mg/24h	No ajuste*	Iniciar con 5 mg y aumentar a 15 mg según sea necesario	No recomendada en FG <45		
	DAPAGLIFLOZINA	10 mg/24h	No ajuste*		No ajuste* Eficacia hipoglucemiante limitada	No recomendada en FG <25	

¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?: PUNTOS CRÍTICOS EN DM

	BENEFICIOS	EFFECTOS ADVERSOS	RESTRICCIONES DE USO
METFORMINA	<ul style="list-style-type: none"> Eficacia elevada. No hipoglucemias. Reducción ligera de peso. Mejoría perfil lipídico. Reducción de eventos CV. Bajo coste. 	<ul style="list-style-type: none"> Gastrointestinales (diarrea). Déficit de vitamina B12 	<ul style="list-style-type: none"> FG < 30. Reducir dosis a la mitad si FG <45.
SULFONILUREAS	<ul style="list-style-type: none"> Eficacia elevada. Bajo coste. 	<ul style="list-style-type: none"> Hipoglucemias. Aumento de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de hipoglucemia. FG < 45.
GLINIDAS	<ul style="list-style-type: none"> Eficacia elevada. Bajo coste. 	<ul style="list-style-type: none"> Hipoglucemias. Aumento de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de hipoglucemia.
PIOGLITAZONA	<ul style="list-style-type: none"> Eficacia elevada. No hipoglucemias. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de peso. Edemas. Aumento del riesgo de fracturas. 	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiencia Cardíaca. Antecedentes de edemas. Hematuria no diagnosticada.
iDPP-4	<ul style="list-style-type: none"> No hipoglucemias. No incremento de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de riesgo de IC (saxagliptina). 	<ul style="list-style-type: none"> IC (saxagliptina). Ajuste de dosis en IR (excepto linagliptina). No asociar con arGLP-1 (redundancia terapéutica). Pancreatitis.
iSGLT-2	<ul style="list-style-type: none"> No hipoglucemias. ↓ de peso, TA y ácido úrico. Beneficios CV, IC y renales. 	<ul style="list-style-type: none"> Candidiasis genitales. Hipotensión. Cetoacidosis euglucémica. 	<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes de amputación. Hipotensión (precaución).
arGLP-1	<ul style="list-style-type: none"> Eficacia elevada. No hipoglucemias. ↓ de peso, TA y lípidos. Beneficios CV 	<ul style="list-style-type: none"> Gastrointestinales (diarrea, náuseas, vómitos). 	<ul style="list-style-type: none"> No financiado para IMC < 30 Pancreatitis. No asociar con iDPP-4 (redundancia terapéutica).

AGENDA: Desintensificación en DM tipo 2

- ¿QUÉ es desintensificar?
- ¿A QUIÉN / CUÁNDO desintensificar?
- **¿CÓMO desintensificar?**



¿CÓMO DESINTENSIFICAR?: RECOMENDACIONES GENERALES

- Evitar a toda costa el **sobret ratamiento**.
- En personas polimedicadas y/o frágiles: **revisar** el **tratamiento** y sus interacciones.
- **Simplificar** los regímenes de tratamiento:
 - Utilizar **combinaciones** de fármacos orales.
 - Con **insulina**, la **pauta más sencilla**.
- **Valorar** periódicamente la **función renal** para ajustar los tratamientos:
 - ↓ **dosis** en aquellos **eliminados por vía renal**.
- En **prevención de morbi-mortalidad**, el adecuado **control de la presión arterial** es más beneficioso que el control de la glucemia.

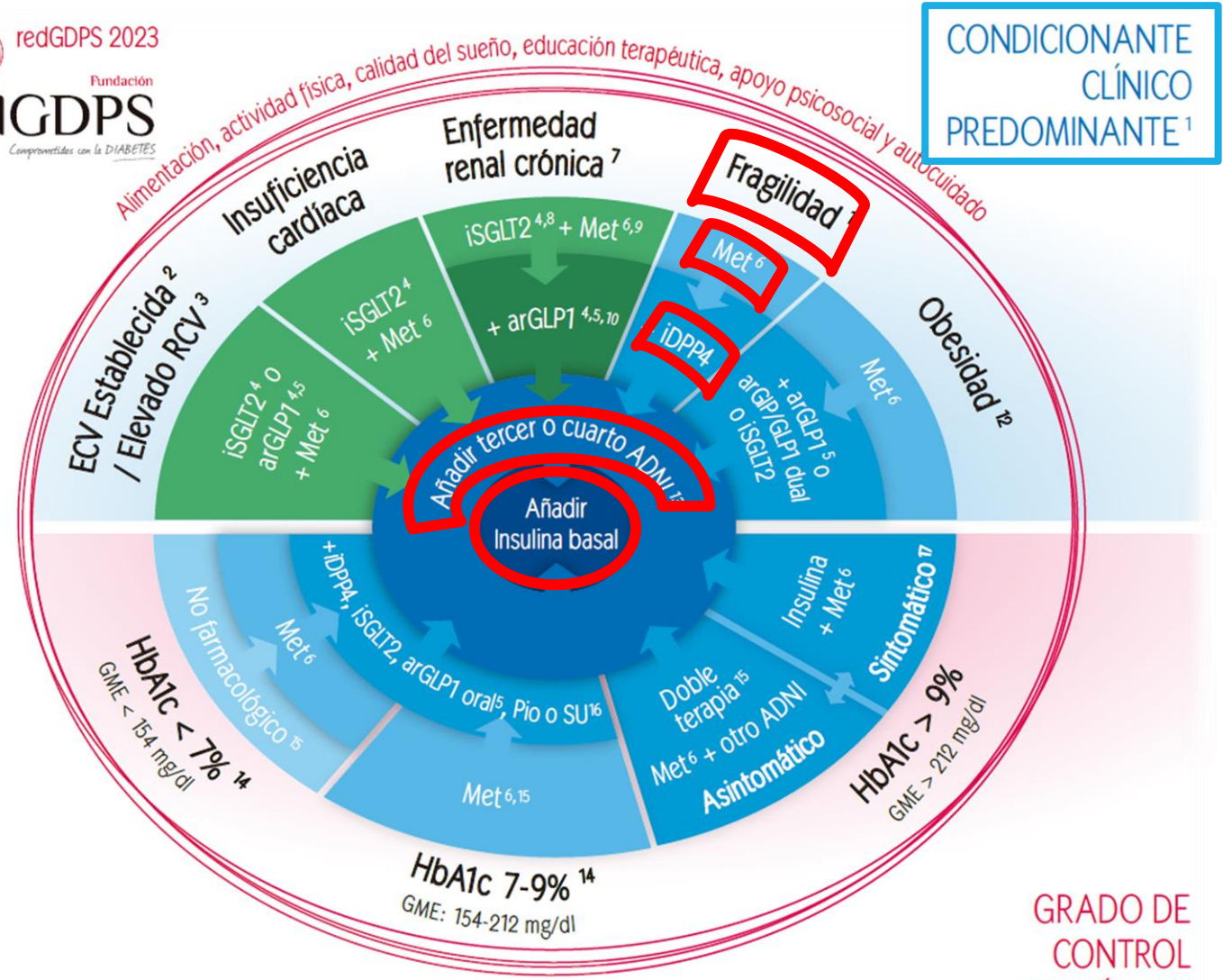


¿CÓMO DESINTENSIFICAR?: RECOMENDACIONES GENERALES

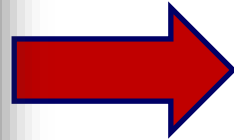
- Evitar siempre las **hipoglucemias**:
 - Interrumpir / ↓ dosis de los fármacos (insulina y SU).
 - Si no es posible, cambiar al que tenga < riesgo (gliclazida/glimepirida por glibenclamida).
- La **sarcopenia** es un factor muy importante:
 - Evitar dietas restrictivas y con escasa ingesta proteica.
 - Sin obesidad: evitar fármacos que produzcan ↓ de peso (arGLP-1 y iSGLT-2).
- La **metformina** ± **iDPP-4**, son de elección
(no producen hipoglucemias y neutros respecto al peso)..



¿CÓMO DESINTENSIFICAR?: FÁRMACOS



¿CÓMO DESINTENSIFICAR?: METFORMINA



1. Dosis idónea: no más de **2000** mg/día
2. Evaluar función renal:
 - Si **FGe > 45**: dosis habitual
 - Si **FGe 30 - 44**: ½ de dosis
 - Si **FGe < 30**: suspender.

¿CÓMO DESINTENSIFICAR?: iDPP-4

Criterios clínicos para seleccionar un iDPP-4:

- Con **riesgo de hipoglucemia**.
- Con **criterios de fragilidad** en tratamiento con metformina o con CI a la misma.
- **Valorar la retirada** de iDPP-4 en pacientes que pasan a **insulinización intensiva**.

Criterios clínicos para NO seleccionar un iDPP-4:

- Con **antecedentes de pancreatitis**.
- Con **DM de larga evolución** y sospecha de **insulinopenia**.

Criterios clínicos para seleccionar un iDPP-4 frente a otro:

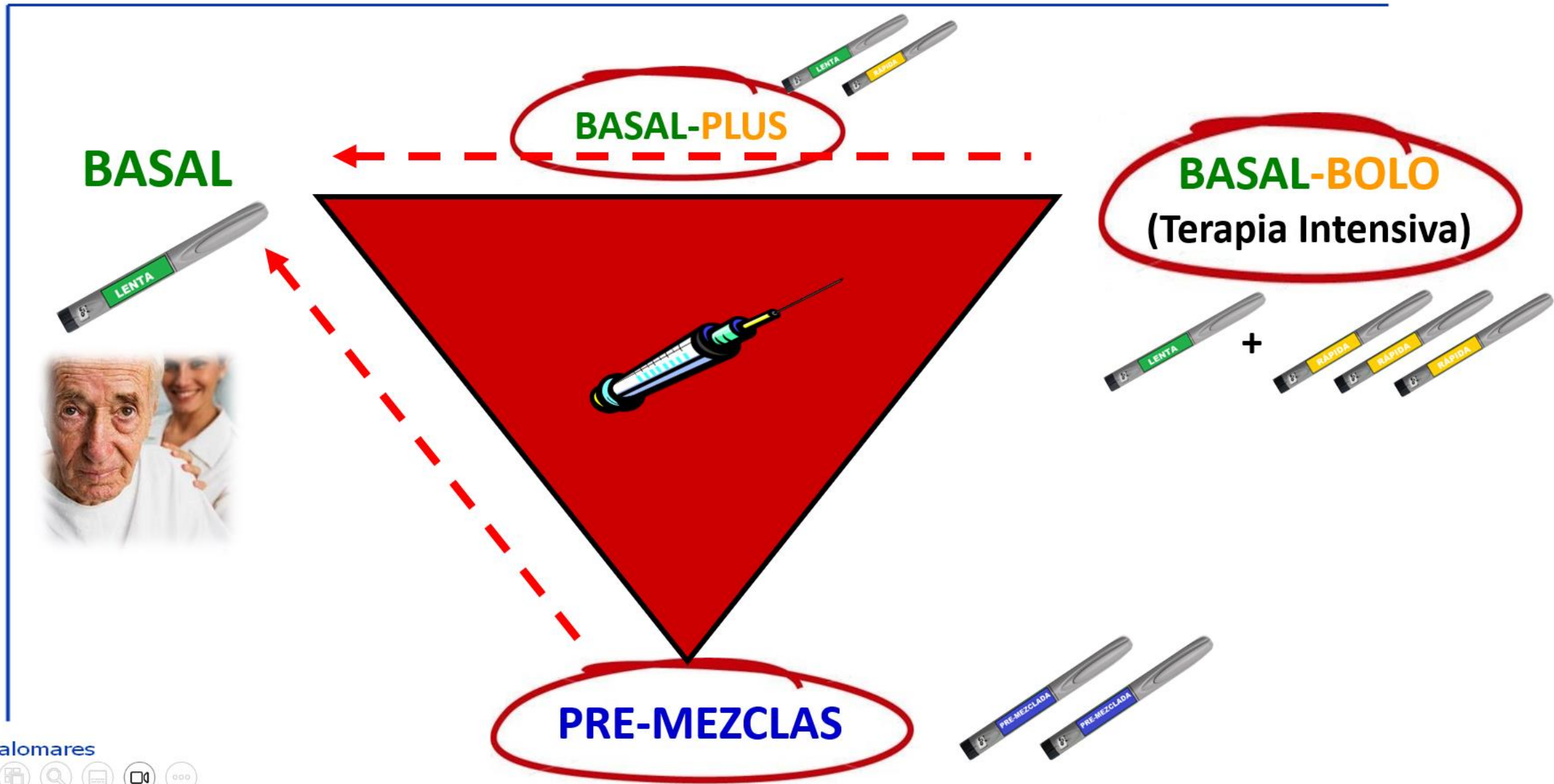
- Se recomienda **Sitagliptina y Linagliptina**.



Tratamiento de
la diabetes
mellitus tipo 2
(DM2)

Coordinación: Plan Integral de Diabetes de Andalucía.
Subdirección de Prestaciones. Servicio de Promoción del Uso
Racional del Medicamento. Servicio Andaluz de Salud.
Junta de Andalucía.

¿CÓMO DESINTENSIFICAR?: INSULINIZACIÓN



¿CÓMO DESINTENSIFICAR?: INSULINIZACIÓN

Recomendaciones para la selección de INSULINA BASAL:

- Utilizar **GLARGINA U-100** (Lantus, Abasaglar o Semglee®) o **U-300** (Toujeo®).
- Los **ANÁLOGOS vs NPH**: < riesgo de hipoglucemia, ~ control glucémico y > duración de acción.
- Tras el **INICIO de basal**: **suspender o reducir** la dosis de **fármacos secretagogos**.



Coordinación: Plan Integral de Diabetes de Andalucía.
Subdirección de Prestaciones. Servicio de Promoción del Uso
Racional del Medicamento. Servicio Andaluz de Salud.
Junta de Andalucía.

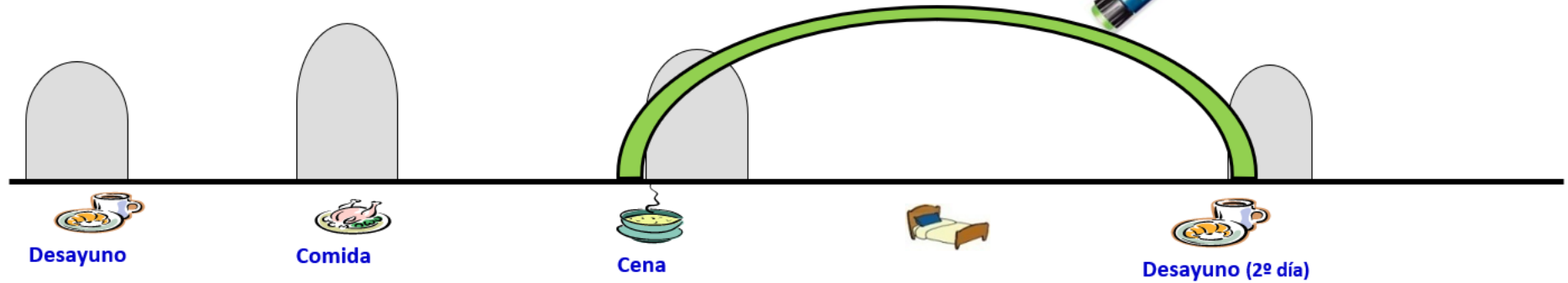
¿CÓMO DESINTENSIFICAR?: INSULINA BASAL

INTERMEDIAS (HUMANAS)	ANÁLOGOS BASALES	ANÁLOGOS SUPERBASALES
INSULATARD® (NPH)	LANTUS® (Glargina U-100)	TOUJEO® (Glargina U-300)
HUMULINA NPH® (NPH)	ABASAGLAR / SEMGLEE® (Biosimilar U-100)	TRESIBA U-100 y U-200® (Degludec)
	LEVEMIR® (DeteMir)	

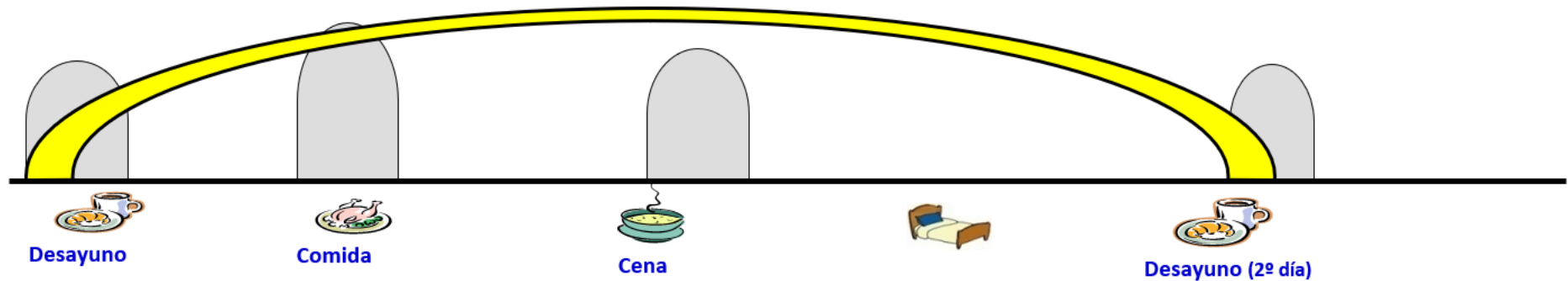


¿CÓMO DESINTENSIFICAR?: CAMBIOS

Paciente con **UNA** dosis de NPH



Paciente con **UNA** dosis de ANÁLOGO



¿CÓMO DESINTENSIFICAR?: CAMBIOS

Paciente con UNA dosis de NPH



Glargina U-300
(Toujeo®)



46 U

Glargina U-100
(Lantus, Abasaglar, Semglee®)



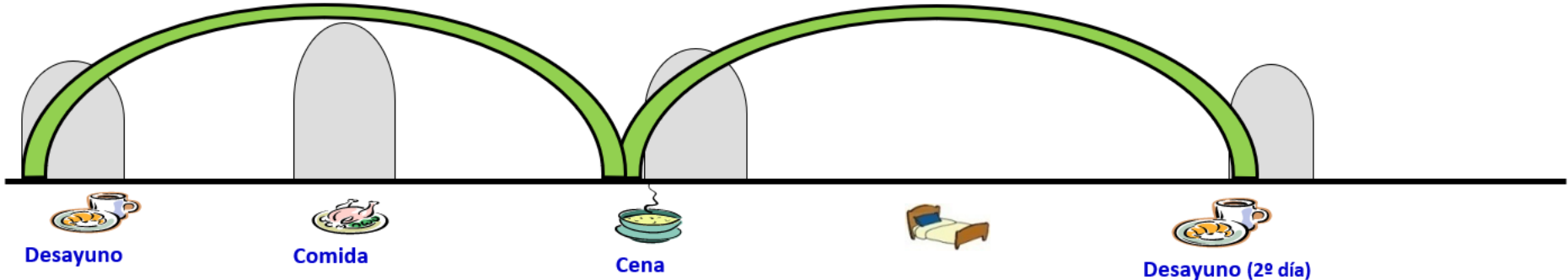
40 U

Degludec
(Tresiba®)

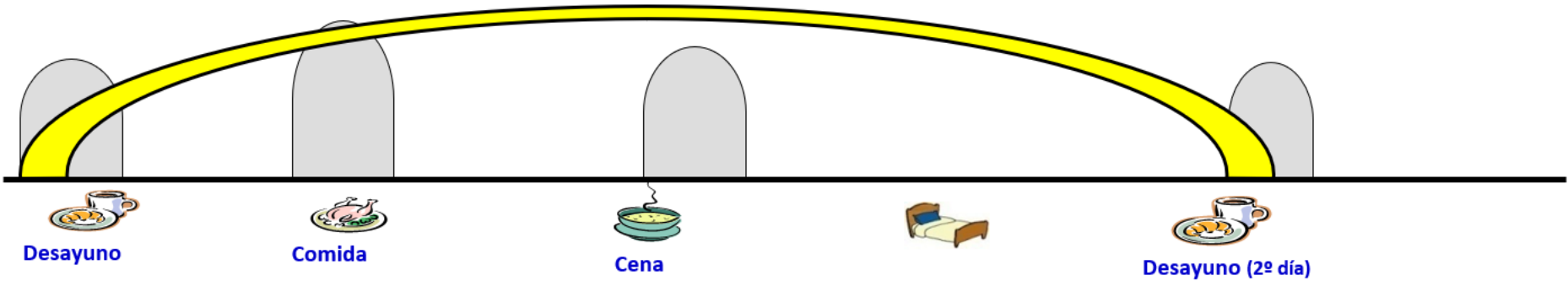


¿CÓMO DESINTENSIFICAR?: CAMBIOS

Paciente con **DOS** dosis de NPH



Paciente con **UNA** dosis de ANÁLOGO



¿CÓMO DESINTENSIFICAR?: CAMBIOS

Paciente con **DOS** dosis de NPH



Sumar dosis

$$24 - 0 - 16 = 40 \text{ U}$$

Glargina U-300
(Toujeo®)



-10%

$$40 \text{ U} - 10\% = 36 \text{ U}$$

Glargina U-100
(Lantus, Abasaglar, Semglee®)



-20%

$$40 \text{ U} - 20\% = 32 \text{ U}$$

Degludec
(Tresiba®)

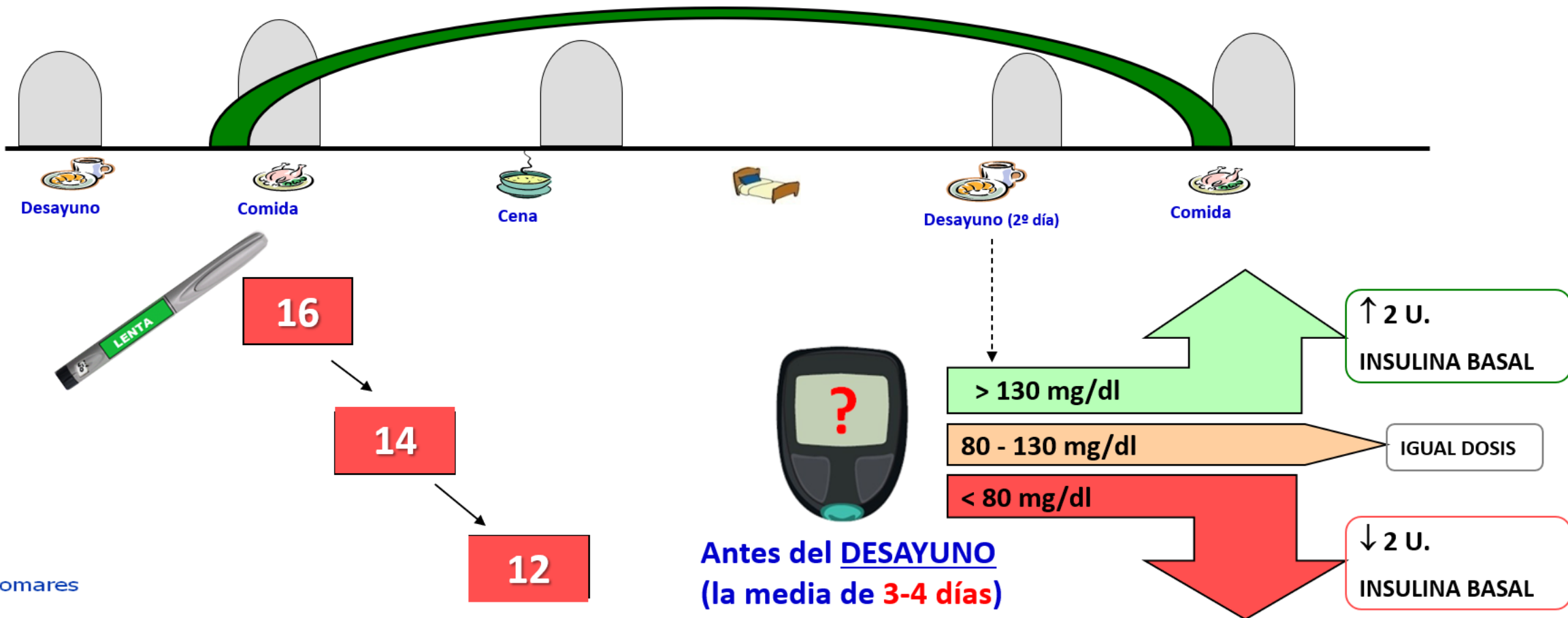


-30%

$$40 \text{ U} - 30\% = 28 \text{ U}$$

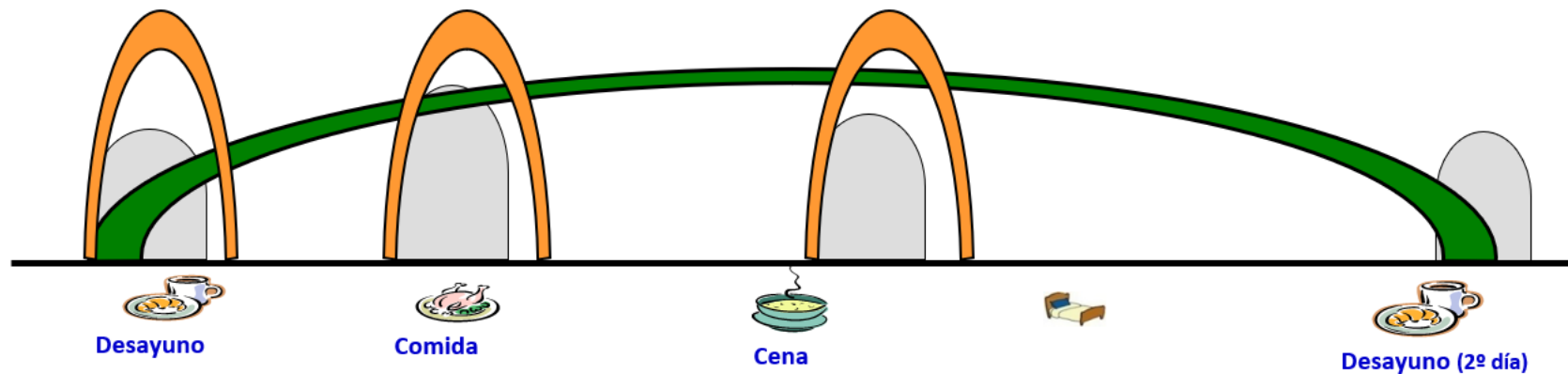
¿CÓMO DESINTENSIFICAR?: AJUSTE DE DOSIS DE BASAL

- Cuando la **dosis de insulina basal** sea **< 6-8 U/día**, plantear **suspensión**.
- En caso de **empeoramiento** claro de las glucemias, **reiniciar insulina**.



¿CÓMO DESINTENSIFICAR?: AJUSTE DE BASAL-BOLO

- Intentar **suspender la insulina rápida** siempre que sea posible, ya que es la insulina que más se asocia a la aparición de hipoglucemia: **Cena** → **desayuno** → **comida**
- Explicar la **importancia de la ingesta** si se administra insulina rápida:
 - **No poner** insulina rápida **hasta comprobar la ingesta**.
- **Mejor una “hiperglucemia moderada” a una “hipoglucemia severa”**.



QUIERO SABER MÁS

Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2

DIABETES MELLITUS TIPO 2

DIABETES



2022



Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento
Subdirección de Farmacia y Prestaciones
Servicio Andaluz de Salud

Preguntas Clínicas redGDPS
Análisis crítico de las últimas evidencias en DM2

¿CUÁNDO DEBEMOS DEPRESCRIBIR EN LAS PERSONAS POLIMEDICADAS CON DM2?

AUTORES

- Ane Urbina Juez *Unidad de atención primaria Sopela. Bizkaia*
- Igotz Aranbarri Osoro *Unidad de atención primaria Arrasate. Gipuzkoa*

Marzo 2021 (Última revisión)

INTRODUCCIÓN

La deprescripción se describe como el proceso de retirada supervisada de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, eliminación de unos fármacos o sustitución por otros más seguros^{1,2}.

Se trata de un proceso continuo (prescripción-deprescripción), que debe realizarse de manera gradual siendo estas las etapas a seguir de manera consecutiva: revisión, análisis, actuación, acuerdo y monitorización. Para llevarlo a cabo de forma segura es conveniente la revisión fármaco a fármaco y adaptado a la idiosincrasia y situación vital de cada persona².

Aunque la deprescripción puede aplicarse en cualquier paciente independientemente del número de fármacos que toma, esta adquiere especial relevancia en los pacientes polimedicados y en los frágiles, ambas condiciones habitualmente relacionadas con el envejecimiento.

La polimedicación se puede definir en términos cuantitativos, atendiendo al uso de más de un número determinado de fármacos (habitualmente, cuatro o cinco), o en términos cualitativos, teniendo en cuenta la utilización de fármacos inadecuados o simplemente el consumo de algún medicamento clínicamente no indicado².

Ambos conceptos: polimedicación y deprescripción, están intrínsecamente relacionados con el envejecimiento. Por ello, es importante recordar que, en este grupo de edad, la valoración geriátrica integral es clave para realizar una detección lo más precoz posible de la fragilidad y la sarcopenia, aspectos que resultan clave en el manejo del paciente anciano con diabetes. En este grupo etario, además, los objetivos de control glucémico deberían personalizarse según el estado funcional del paciente, ya que ni los ancianos frágiles ni aquellos con deterioro funcional establecido se benefician de un control glucémico estricto, a la vez que aumenta el riesgo de hipoglucemias⁶, evento adverso a eludir en cualquier persona con diabetes mellitus.

La población anciana con diabetes es muy heterogénea, lo que hace imprescindible una valoración integral para plantear unos objetivos terapéuticos individualizados. En todos los casos resulta prioritario evitar las hipoglucemias, así como la hiperglucemia sintomática⁷.

VOLUMEN DE LA EVIDENCIA

Diversos estudios han dejado patente que los pacientes mayores, especialmente aquellos con más de 70 años que presentan comorbilidades como enfermedad renal crónica o demencia, las cuales ya suponen un mayor riesgo de hipoglucemia, presentan a menudo sobret ratamiento farmacológico, especialmente con