



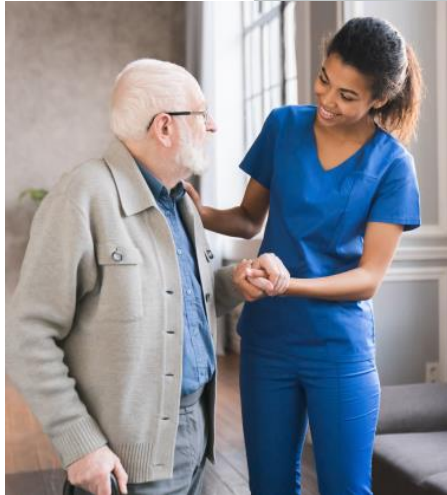
SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA



TALLER DE INSULINIZACION

INSULINA EN EL ADULTO MAYOR: SIMPLIFICAR SIN DESCUIDAR

Dra. Natalia Terwindt
ENDOCRINOLOGA



DIABETES EN ADULTOS MAYORES

- La **diabetes** es una afección de salud muy **prevalente entre la población mayor**.
- Tienen **tasas más altas de discapacidad** funcional, pérdida muscular acelerada, deterioro de la movilidad, fragilidad y enfermedades coexistentes, **que aquellos sin diabetes**.
- Requiere una **evaluación regular** de los aspectos **médico, psicológico, funcional y social**.
- El manejo debe tener como **objetivo lograr una buena calidad de vida y evitar las complicaciones relacionadas con la diabetes**, así como los efectos secundarios del tratamiento, principalmente la hipoglucemia. Además debe promover un envejecimiento saludable con preservación de la capacidad funcional.



MONITOREO

HbA1c measurement

Advantages

- Easy and convenient
- Reflects long-term glycemic control

Limitations

- Does not identify hypoglycemia
- Inaccurate if anemia, advanced CKD, GI bleeding, etc.

SMBG

Advantages

- Allows for early detection of hypoglycemia
- Offers flexibility

Limitations

- Manual, static readings
- Frequent finger pricking can be discomforting and time-consuming

CGM

Advantages

- Dynamic offering real-time information about glucose levels
- Data-sharing feature
- Good overall accuracy, even in presence of comorbidities

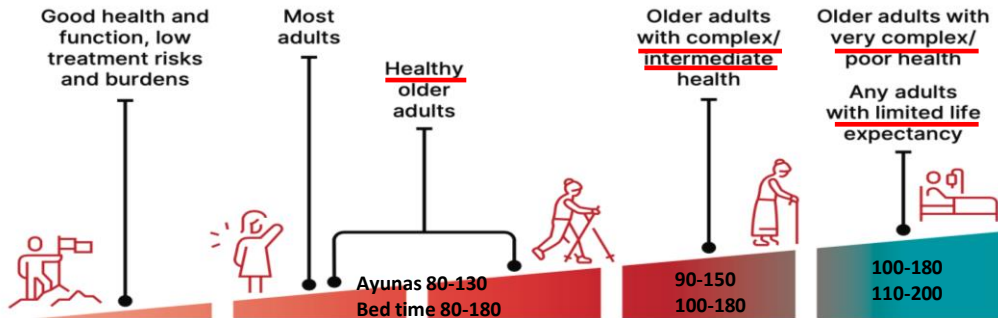
Limitations

- Decreased accuracy with hypoglycemia
- Expensive

DM1
DM2 en terapia con insulina



METAS



A1C goals	<6.5%	<7.0%	<7.5%	<8.0%	No A1C goal
CGM goals TIR:	—	>70%	—	>50%	—
• TBR <70	—	<4%	—	<1%	<1%
• TBR <54	—	<1%	—	<1%	<1%
• TAR >180	—	<25%	—	<50%	Avoid symptomatic hyperglycemia
• TAR >250	—	<5%	—	<10%	

METAS

Modifying Factors

Favor more stringent goal	Favor less stringent goal
Short diabetes duration	Long diabetes duration
Low hypoglycemia risk	High hypoglycemia risk
Low treatment risks and burdens	High treatment risks and burdens
Pharmacotherapy with cardiovascular, kidney, weight, or other benefits	Pharmacotherapy without nonglycemic benefits
No cardiovascular complications	Established cardiovascular complications
Few or minor comorbidities	Severe, life-limiting comorbidities



INSULINOTERAPIA

Habilidades visuales,
motoras y cognitivas para
administración de insulina

Evitar hipoglucemia

Simplificar complejidad

Insulina basal, análogos
de acción prolongada



SIMPLIFICAR LA COMPLEJIDAD DE INSULINOTERAPIA

INDICACIONES

- Hipoglucemias recurrentes
- Deterioro funcional
- Expectativa de vida limitada
- Pérdida de autonomía

ESTRATEGIA

- Reducir insulina prandial 25-50%
- Mantener insulina basal
- Transición a antidiabéticos orales si es posible
- Monitoreo estrecho



SIMPLIFICAR LA COMPLEJIDAD DE INSULINOTERAPIA

Paciente con insulina basal y/o prandial

Insulina basal

Insulina prandial

Administrar preferentemente por vía subcutánea

Ajustar dosis según GC en ayunas
Objetivo: glucemia en ayunas entre 80-130 mg/dl

Si el 50% de los valores de GC > 130 mg/dl
Si 2 valores de GC < 80 mg/dl

Considerando las comorbilidades individuales (ERC, ASCVD, bajo peso y riesgo de deshidratación), seleccione fármacos adicionales según sea necesario:

- Cada 2 semanas, ajustar la dosis de insulina o añadir medicamentos hipoglucemiantes s/ GC pre almuerzo-cena
- Objetivo: 90-150 mg/dl pre prandial
- Si el 50 % supera el objetivo, aumente la dosis o añada otro fármaco.
- Si más de 2 valores <90 mg/dl, reducir la dosis del fármaco.

Agregar agentes no insulínicos:

- Si $\text{ClCr} \geq 45 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, iniciar metformina 500 mg al día y aumentar la dosis cada 2 semanas, según tolerancia.
- Si $\text{ClCr} < 45 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, proceder a un fármaco de segunda línea

SIMPLIFICAR LA COMPLEJIDAD DE INSULINOTERAPIA

Paciente con insulina premezclada

Utilizar el 70% de la dosis total como basal
solo por la mañana



TIPS

- ***NO*** usar insulina de ***acción rápida, ni corta al acostarse***
- Al ajustar la insulina prandial, usar una ***escala móvil simplificada***:
Glc preprandial > 250 = 2 UI
Glc preprandial > 350 = 4 UI
- ***Suspender la escala móvil cuando no sea necesaria diariamente.***

ADULTO MAYOR CON DM1

- Debido al éxito del manejo de la diabetes, las ***personas con DM1 viven más tiempo*** y la población de estas personas mayores de 65 años está creciendo.
- La insulina es una terapia esencial para la supervivencia pacientes con DM1.
- Para ***evitar la cetoacidosis diabética***, los ***adultos mayores con DM1 necesitan algún tipo de insulina basal*** incluso cuando no pueden ingerir alimentos.

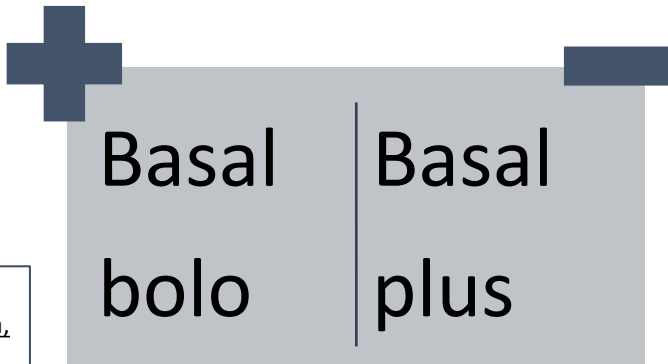


MANEJO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

- Las personas con **diabetes** tienen más probabilidades de padecer **comorbilidades** que conducen a tasas **más altas de admisiones hospitalarias**.
- Se han recomendado enfoques de reducción de la glucemia **individualizados y centrados en el paciente**, con énfasis en los **daños potenciales del control glucémico intensivo** y el **tratamiento excesivo en adultos mayores**.
- La terapia con **insulina sigue siendo un pilar del tratamiento** de la diabetes en el **entorno hospitalario**.

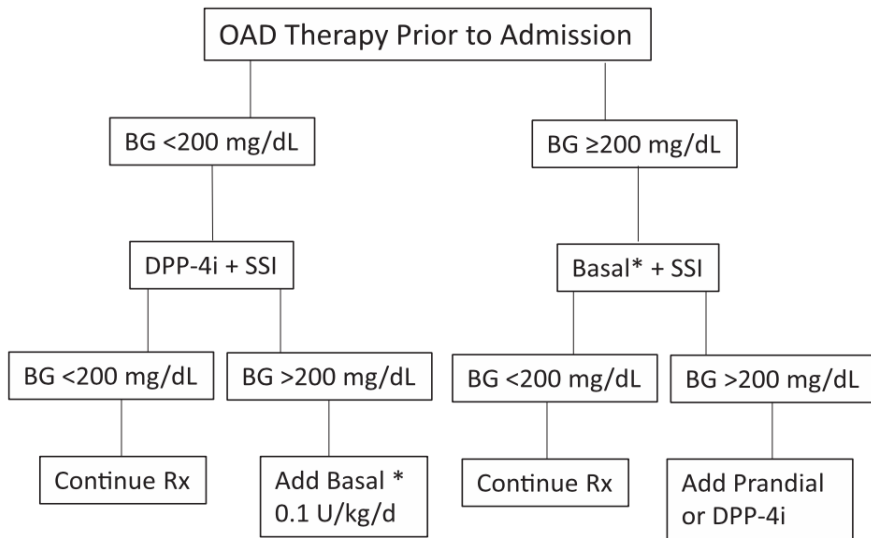


ESQUEMAS EN PACIENTES NO CRITICOS

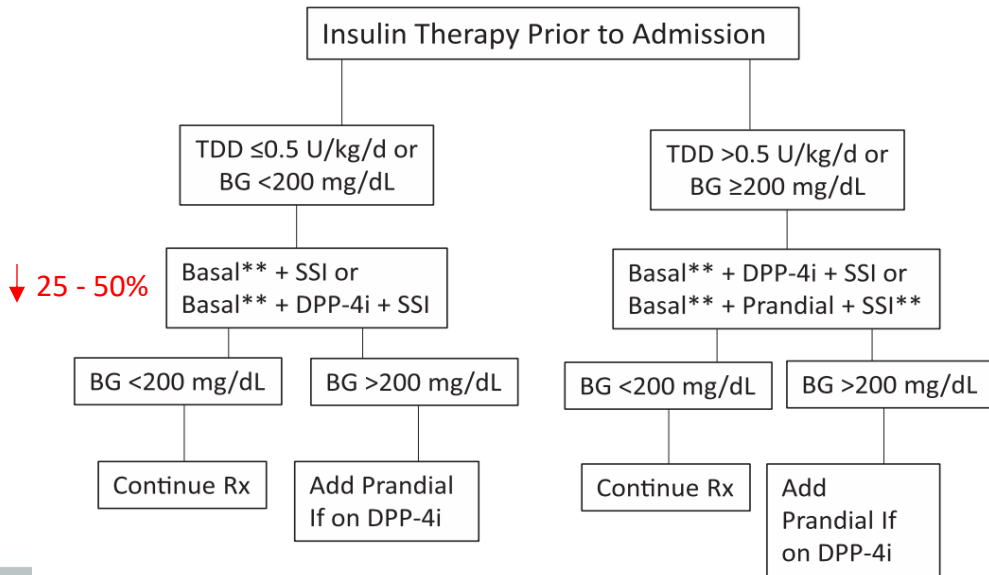


DDT: 0,15-0,3 UI/kg
Falla renal, hipoglucemia,
ingesta reducida:
0,1-0,15 UI/kg





CON INSULINA PREVIAMENTE



CONCLUSIONES

- El uso de insulina representa un desafío en estos pacientes.
- Los adultos mayores con diabetes suelen presentar fragilidad, deterioro funcional, cognitivo y síndromes geriátricos; por lo tanto se deben establecer metas del tratamiento dependiendo del perfil del paciente.
- La insulina se puede usar de forma segura, con esquemas simples y evitando la hipoglucemia.



GRACIAS

