Madrid, 2 de Diciembre de 2015

SEXTAS JORNADAS CIENTÍFICAS DEL

CEIPC

LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR A LO LARGO DE LA VIDA

Consenso de tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en mayores de 80 años

Francesc Formiga (Sociedad Española de medicina Interna)

Hospital Universitari de Bellvitge.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología
www.secardiologia.es

SEMI

Med Clin (Barc). 2014;143(3):134.e1–134.e11

ELSEVIER DOYMA

MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica



Conferencia de consenso

Tratamiento de los factores de riesgo vascular en el paciente mayor de 80 años

Ricardo Gómez-Huelgas [a,*], Manuel Martínez-Sellés [b], Francesc Formiga [c], José Juan Alemán Sánchez [d], Miguel Camafort [e], Enrique Galve [b], Pedro Gil [c] y José María Lobos [d]

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

¿PORQUE 80 AÑOS?

- **Existe una clara evidencia científica basada en estudios de intervención en que se objetiva la eficacia del tratamiento de los factores de riego cardiovascular en el anciano más joven.**

- **No obstante la extrapolación de estos resultados y sus objetivos terapéuticos a la población de 80 y más años no es tan evidente debido a la mayor heterogeneidad de estos pacientes y la complejidad de su estado de salud.**

- **Suele ser un grupo de edad que podríamos denominar de "supervivientes", con predominio de mujeres, con características fisiopatológicas y epidemiológicas distintas.**

Problemática de FRCV en >80 años

- Existen **datos "paradójicos"** en HTA y DLP respecto a **mortalidad**,
- Cifras **elevadas** de **PA** y colesterol pueden ser **indicadores de buena salud**.
- Una **PA más elevada** pueda ser **necesaria para superar la rigidez** arterial y asegurar la perfusión en órganos diana.
- Hay estudios que muestran asociación entre **PA baja y mayor mortalidad** en ancianos (incluso después de ajustar por la función y las diversas comorbilidades).
- Existe una **acentuada variabilidad del colesterol sérico** en las últimas décadas de la vida.
- La **relación de causalidad** entre los niveles de **colesterol** plasmático y las enfermedades cardiovasculares **se debilita con la edad**.

Med Clin (Barc). 2014;143(3):134.e1–134.e11

Limitaciones de las GPC en Geriatría

- **Específicas de la Enfermedad: datos limitados para mayores de 80 años**
- **Dificultad y riesgo de extrapolación a población de edad avanzada**

- **No aplicables a pacientes con multimorbilidad:**
  - **No priorizan necesidades del paciente**
  - **Riesgo de Polifarmacia y Ef. adversos**

Boyd et al, JAMA 2005;294:716-24 Hughes et al; Age Ageing 2013; 42: 62-9

Población por grupo de Edad
España 2011-2013

Grupo de Edad	2011	2013
80-84	1.306.271 (2.76%)	1.346.348 (3.24%)
85-89	749.224 (1.59%)	646.301 (1.55%)
90-94	268.097 (0.57%)	305.510 (0.64%)
95-99	70.082 (0.14%)	70.966 (0.17%)
100 y más	10.651 (0.03%)	11.983 (0.03%)
Total > 80 a	2.404.325 (5.09%)	2.381.108 (5.73%)

> 80 años: grupo de mayor y más rápido crecimiento en las sociedades desarrolladas debido al incremento de la esperanza de vida.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística
31 de diciembre de 2013.

ECV Causa de Mortalidad en >80a

TABLE II Causes of Death in Patients Aged 80 to 89 Years

I. Cardiac (n = 195)	
A. Coronary artery disease	127 (65%)
1. Acute myocardial infarction	87
2. Ischemic cardiomyopathy	15
3. Sudden	19
4. Aorto-coronary bypass	6
B. Vascular heart disease	40 (21%)
1. Aortic stenosis	32
2. Aortic regurgitation	2
3. Mitral regurgitation	1
4. Mitral stenosis	1
5. Mitral valve prolapse	4
C. Primary cardiomyopathy	7 (4%)
1. Hypertrophic	4
2. Idiopathic dilated	3
D. Secondary cardiomyopathy	16 (8%)
1. Amyloidosis	14
2. Transfusion hemochromatosis	1
3. Eosinophilic myocarditis	1
E. Cor pulmonale	2 (1%)
F. Pericardial heart disease	3 (2%)
II. Vascular (n = 47)	
A. Cerebrovascular accident	15 (32%)
B. Abdominal aortic aneurysm	14 (30%)
1. Rupture = 10	
C. Peripheral arterial disease	10 (21%)
D. Aortic dissection	3 (6%)
E. Pulmonary embolism	5 (11%)
III. Noncardiovascular (n = 124)	
A. Cancer	47 (38%)
B. Infection	30 (24%)
C. Fall complications	10 (8%)
D. Others	37 (30%)

- Las enfermedades cardiovasculares son la **primera causa de morbimortalidad** en los países industrializados.

- **Mayor** carga de morbimortalidad coronaria y cerebrovascular **en** individuos de **edad avanzada**.

- Además, las enfermedades cardiovasculares son **causa de deterioro funcional y/o cognitivo**, y por ello generadoras de **dependencia**

Am J Cardiol 1995;75:151-156

¿Que escala debemos de usar para el calculo del RV en ancianos?

Proyectos Framingham y Regicor

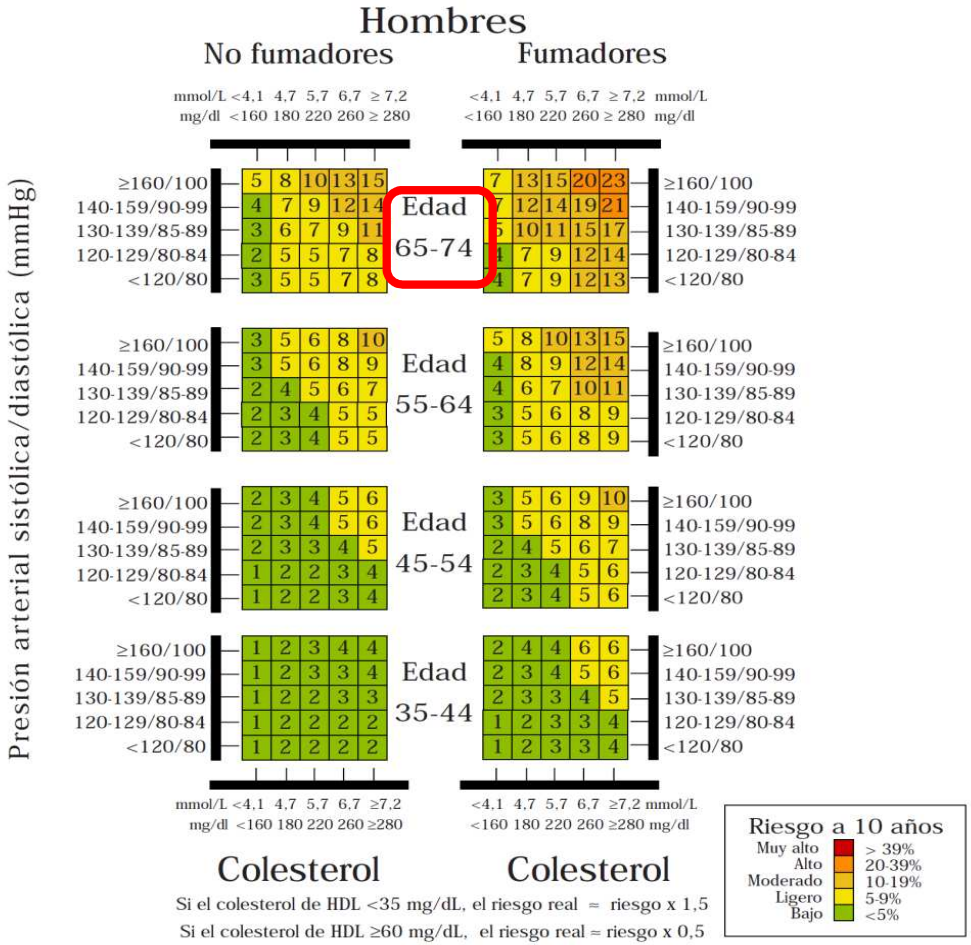


Table 4. — Framingham Risk Scores for MEN

Estimate of 10-y Risk (Framingham Point Scores)

Age	Points	Assess Patient's Risk of Heart Disease
20-34	-9	To find out your patient's risk of heart disease, complete this assessment.
35-39	-4	1. Circle the number of points in each section that relates to the patient's current status.
40-44	0	2. Add up the points in the section provided (next p).
45-49	3	3. Match the total with the numbers in the list to the right of that section. This will tell you your patient's chance of having heart disease in the next 10 years.
50-54	6	
55-59	8	
60-64	10	
65-69	11	
70-74	12	
75-79	13	

Total Cholesterol	Points				
	Age 20-39	Age 40-49	Age 50-59	Age 60-69	Age 70-79
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	7	5	3	1	0
240-279	9	6	4	2	1
≥280	11	8	5	3	1

	Points				
	Age 20-39	Age 40-49	Age 50-59	Age 60-69	Age 70-79
Nonsmoker	0	0	0	0	0
Smoker	8	5	3	1	1

HDL (mg/dL)	Points
≥60	-1
50-59	0
40-49	1
<40	2

https://www.framinghamheartstudy.org/

http://www.regicor.org/

Otros factores a tener en cuenta

- **Esperanza de vida:**
  - Para un varón
    - 70 años: 14,4 años
    - 80 años: 8,2: años
    - 90 años 4,2 años
  - Para una mujer
    - 70 años: 17,6 años
    - 80 años: 9,8 años
    - 90 años 4,6 años

- **Indice de Barthel:**
  - < 20 puntos: dependencia total.
  - 20-35 puntos: dependencia grave.
  - 40-55 puntos: dependencia moderada.
  - ≥ 60 puntos: dependencia leve.
  - 100 puntos: independencia.
- **Deterioro cognitivo**
  - MMSE* < 24 puntos

fragilidad

Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida. Disponible en http://ine.es/ss/

Tipología del paciente

- Pacientes > 80 años **No Frágil:**
  - Expectativa de vida > 3 años;
  - Escasa comorbilidad;
  - Buena capacidad funcional;
  - Ausencia de trastorno cognitivo importante

- Pacientes 80 años **Frágil**:
  - Expectativa de vida < 3 años;
  - Comorbilidad grave,
  - Demencia moderada-grave;
  - Deterioro funcional importante

Recomendaciones: gradación de la evidencia

Nivel de evidencia	Descripción
A	*Evidencia clara basada en ensayos controlados y aleatorizados, bien realizados y generalizables, con la potencia estadística adecuada, que incluye:*
	Evidencia de un ensayo multicéntrico bien realizado
	Evidencia de un metaanálisis que incorpora en el análisis evaluaciones de la calidad
	Evidencia no experimental concluyente, es decir, la regla del «todo o nada» desarrollada por el Centre for Evidence-Based Medicine *de Oxford*
	Evidencia de apoyo basada en ensayos controlados y aleatorizados, bien realizados, con la potencia estadística adecuada, que incluye:
	Evidencia de un ensayo bien realizado en uno o varios centros
	Evidencia de un metaanálisis que incorpora en el análisis evaluaciones de la calidad
B	*Evidencia de apoyo basada en estudios de cohorte bien realizados, que incluye:*
	Evidencia de un estudio de cohorte o registro prospectivo y bien realizado
	Evidencia de un metaanálisis de estudios de cohorte, bien realizado
	Evidencia de apoyo basada en un estudio de casos y controles bien realizado
C	*Evidencia de apoyo basada en estudios no controlados o mal controlados, que incluye:*
	Evidencia de ensayos clínicos controlados, con uno o más defectos metodológicos mayores, o 3 o más menores, que podrían invalidar los resultados
	Evidencia de estudios observacionales con un alto potencial de sesgo (como las series de casos con comparación con controles históricos)
	Evidencia de series de casos o presentaciones de casos
	Evidencia contradictoria respecto a la mayor parte de la evidencia que respalda la recomendación
E	*Consenso de expertos o experiencia clínica*

Tomada de la American Diabetes Association[96].

Med Clin (Barc). 2014;143(3):134.e1–134.e11

Estilo de vida en el anciano con FRCV

Particularidades

- **Abandonar el tabaquismo reduce el riesgo de muerte** por enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer de pulmón, a cualquier edad.

- **No hay evidencias** de que la **pérdida de peso** sea beneficiosa en pacientes ancianos con sobrepeso

- Una **pérdida** de peso **del 5%** estaría indicada en ancianos con obesidad, **si hay comorbilidad asociada** a la misma (SAOS, limitación de la movilidad, etc)

- La **restricción dietética del sodio** produce descensos en la presión arterial generalmente mayores que en los adultos jóvenes

- Se ha de **planificar**, un **programa de actividad física** que incluya ejercicios de resistencia cardiovascular, flexibilidad, fortalecimiento y equilibrio, de acuerdo a lo que sus capacidades les permita

Med Clin (Barc). 2014;143(3):134.e1–134.e11

Recomendaciones

- **No Frágil**
  - **Indicar cambios en el estilo de vida (eliminar el consumo de tabaco, incluir recomendaciones individualizadas sobre dieta y ejercicio físico) (C)**

- **Frágil**
  - **Valorar el impacto de la modificación del estilo de vida (tabaquismo, dieta, ejercicio) en la calidad de vida (E)**

HTA en el anciano

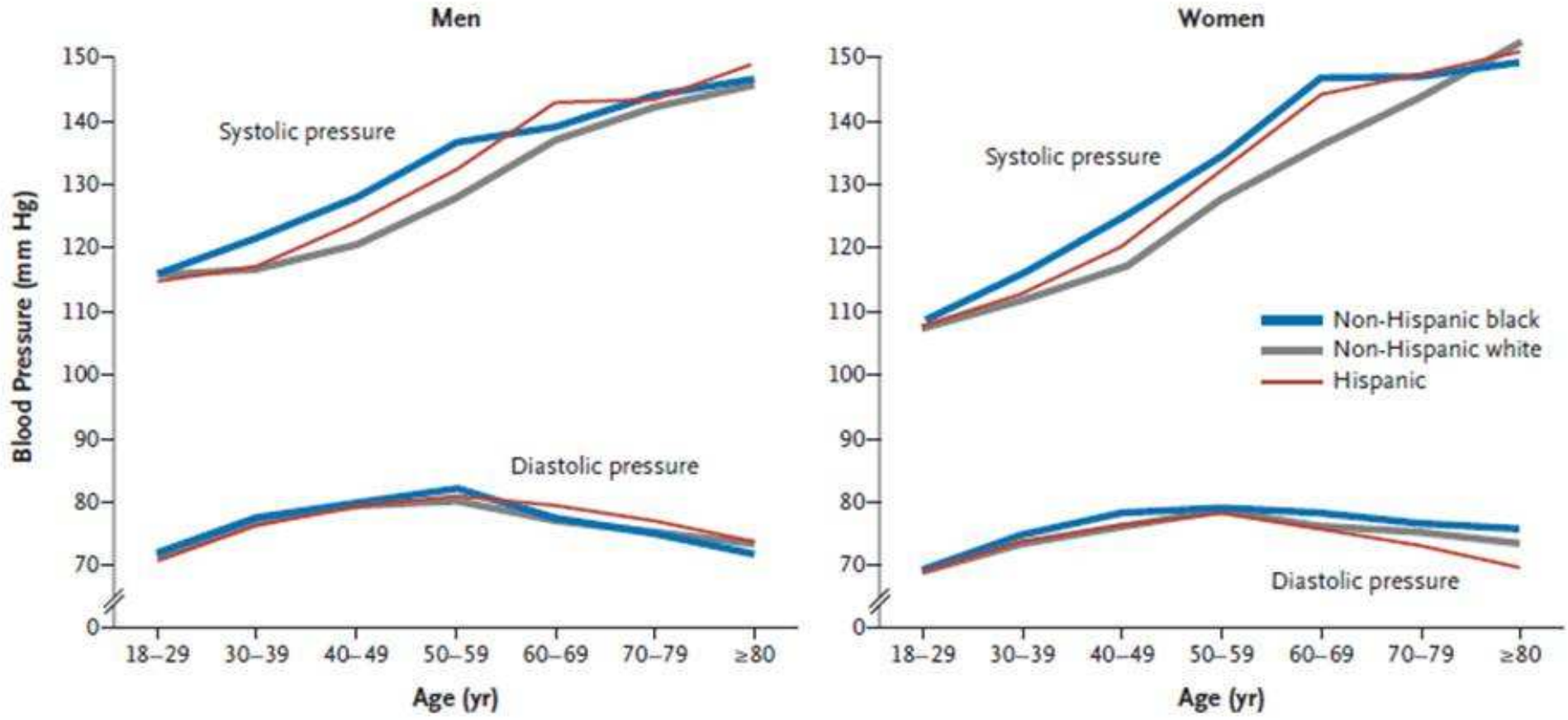


Figure 1. **Mean Blood Pressure According to Age and Race or Ethnic Group in U.S. Adults.**

Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial (HTA) en ancianos en España

Edad	Sexo	Prevalencia	HTA conocida	HTA tratada	HTA controlada
70-79 años	Total	71.7%	65.9%	85.3%	30.2%
	Hombres	69.6%	61.3%	81.3%	30.0%
	Mujeres	73.5%	69.2%	88.1%	30.3%
≥80 años	Total	70.8%	59.8%	88.3%	25.7%
	Hombres	68.1%	51.8%	88.6%	20.0%
	Mujeres	72.2%	63.9%	87.7%	27.9%

J Hypertens. 2002;20: 2157-2164.

HTA: Medición y evaluación de la PA

- Debe **valorarse** sistemáticamente la existencia de **ortostatismo**
- El **inicio de un tratamiento antihipertensivo** se asocia a un **mayor riesgo de fractura de cadera**
- La **pseudohipertensión** es **más frecuente** y debe sospecharse en ancianos con hipertensión arterial resistente al tratamiento, sin daño orgánico. Pueden desarrollar hipotensión con el tratamiento.
- Debido a la alta prevalencia de **hipertensión clínica aislada** es importante descartarla mediante **MAPA o AMPA**

Med Clin (Barc). 2014;143(3):134.e1–134.e11

Recomendaciones

Pacientes > 80 años No Frágil

- **Objetivo general de presión arterial 150/90 mmHg (A)**
- **Objetivo de presión arterial en pacientes con intolerancia a la medicación antihipertensiva 160/90 mmHg (E)**
- **El tratamiento antihipertensivo estaría indicado si no se consiguen alcanzar los objetivos con modificación del estilo de vida (dieta sin sal, ejercicio, pérdida de peso), siempre que sea bien tolerado (vigilar ortostatismo, insuficiencia renal y alteraciones electrolíticas) (A)**

Med Clin (Barc). 2014;143(3):134.e1–134.e11

Recomendaciones

Pacientes > 80 años No Frágil

- **No hay evidencias de la superioridad de diureticos, inhibidores del eje renina-angiotensina o antagonistas del calcio en esta poblacion (E)**
- **Evitar descensos de la presión arterial sistolica y diastolica < 120 mmHg y < 80 mmHg, respectivamente (C)**
- **Valorar siempre la presencia de ortostatismo (A)**
- **Valorar la comorbilidad asociada y los posibles efectos secundarios del tratamiento antihipertensivo (E)**

Med Clin (Barc). 2014;143(3):134.e1–134.e11

Recomendaciones

Pacientes 80 años Frágil:

- **Objetivo general de presión arterial 160/90 mmHg (E)**
- **Evitar presión arterial sistólica < 120 mmHg y presión arterial diastólica < 80 mmHg (C)**
- **Si se indica medicación antihipertensiva, es prioritario evitar los efectos adversos (ortostatismo, insuficiencia renal, alteraciones hidroelectrolíticas, incontinencia urinaria) (E)**

Med Clin (Barc). 2014;143(3):134.e1–134.e11

Defining Thresholds for Home Blood Pressure Monitoring in Octogenarians

Lucas S. Aparicio, Lutgarde Thijs, José Boggia, Lotte Jacobs, Jessica Barochiner,

What Is New?

- In octogenarians, the optimal self-measured blood pressure (BP) has not yet been established. Guidelines only provide recommendations for office BP based on clinical trials not representative for the general population and with short follow-up. We, therefore, analyzed 375 octogenarians enrolled in the International Database on HOme blood pressure in relation to Cardiovascular Outcome, who were followed up for 5.5 years (median).

What Is Relevant?

- In untreated octogenarians, a home diastolic BP of <65 mm Hg predicted increased cardiovascular events.
- In untreated octogenarians, a home systolic pressure exceeding 150 mm Hg worsened cardiovascular risk.
- In treated octogenarians, a home systolic BP <125 mm Hg was associated with increased total mortality.
- In treated octogenarians, home systolic pressure showed a U-shaped pattern for cardiovascular events with nadir ≈150 mm Hg.

Summary

In untreated octogenarians, low home diastolic pressure should be considered before antihypertensive therapy is initiated. In treated octogenarians, overtreatment should be avoided by not lowering the home systolic pressure to <125 mm Hg.

Hypertension. 2015;66:865-873.

VIGILAR TA SISTOLICA < 125 si reciben tto
O DIASTOLICA < 65 en no tto

Age and Ageing 2015; 44: 932–937
doi: 10.1093/ageing/afv141
© The Author 2015. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.
All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oup.com

Blood pressure and 10-year mortality risk in the Milan Geriatrics 75+ Cohort Study: role of functional and cognitive status

- The association of systolic and diastolic blood pressure with mortality risk is U-shaped in geriatric outpatients.
- The association of SBP with mortality risk varies by functional and cognitive status.
- Higher SBP is associated with increased survival in geriatric patients with functional/cognitive impairment.
- ADL and MMSE may be used as markers of biological age to identify old subjects who benefit from higher blood pressure.

165/85 son las cifras asociadas con menor mortalidad

A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control

The SPRINT Research Group*

DOI: 10.1056/NEJMoa1511939

METHODS

We randomly assigned 9361 persons with a systolic blood pressure of 130 mm Hg or higher and an increased cardiovascular risk, but without diabetes, to a systolic blood-pressure target of less than 120 mm Hg (intensive treatment) or a target of less than 140 mm Hg (standard treatment). The primary composite outcome was myocardial infarction, other acute coronary syndromes, stroke, heart failure, or death from cardiovascular causes.

RESULTS

At 1 year, the mean systolic blood pressure was 121.4 mm Hg in the intensive-treatment group and 136.2 mm Hg in the standard-treatment group. The intervention was stopped early after a median follow-up of 3.26 years owing to a significantly lower rate of the primary composite outcome in the intensive-treatment group than in the standard-treatment group (1.65% per year vs. 2.19% per year; hazard ratio with intensive treatment, 0.75; 95% confidence interval [CI], 0.64 to 0.89; $P<0.001$). All-cause mortality was also significantly lower in the intensive-treatment group (hazard ratio, 0.73; 95% CI, 0.60 to 0.90; $P=0.003$). Rates of serious adverse events of hypotension, syncope, electrolyte abnormalities, and acute kidney injury or failure, but not of injurious falls, were higher in the intensive-treatment group than in the standard-treatment group.

CONCLUSIONS

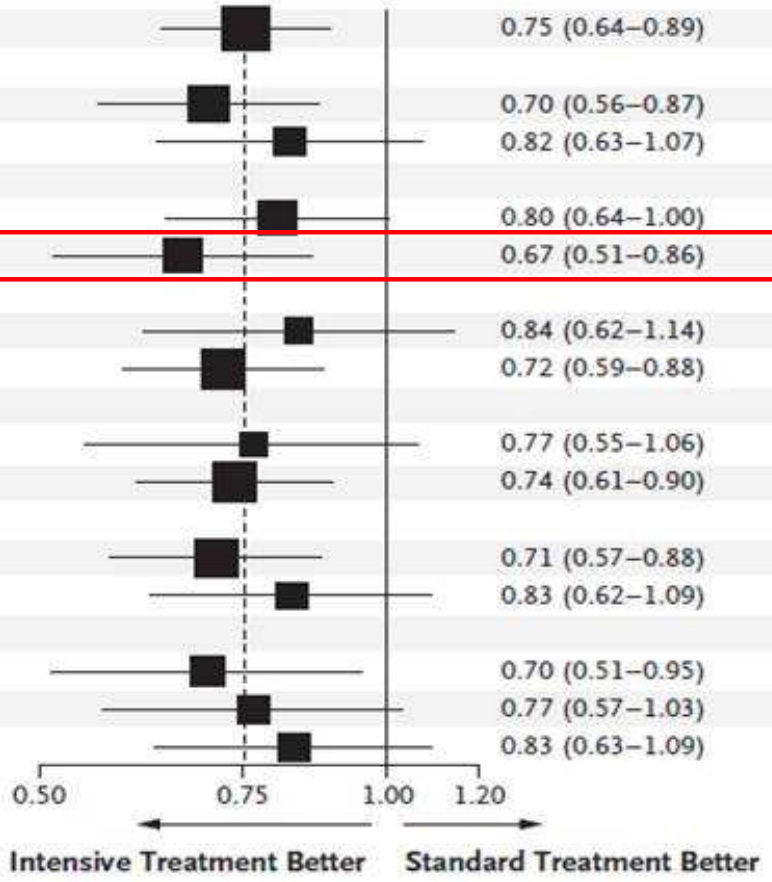
Among patients at high risk for cardiovascular events but without diabetes, targeting a systolic blood pressure of less than 120 mm Hg, as compared with less than 140 mm Hg, resulted in lower rates of fatal and nonfatal major cardiovascular events and death from any cause, although significantly higher rates of some adverse events were observed in the intensive-treatment group. (Funded by the National Institutes of Health; ClinicalTrials.gov number, NCT01206062.)

A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control

The SPRINT Research Group*

DOI: 10.1056/NEJMoa1511939

Subgroup	Intensive Treatment	Standard Treatment	Hazard Ratio (95% CI)	P Value for Interaction
	no. of patients with primary outcome/total no. (%)			
Overall	243/4678 (5.2)	319/4683 (6.8)	0.75 (0.64–0.89)	
Previous CKD				0.36
No	135/3348 (4.0)	193/3367 (5.7)	0.70 (0.56–0.87)	
Yes	108/1330 (8.1)	126/1316 (9.6)	0.82 (0.63–1.07)	
Age				0.32
<75 yr	142/3361 (4.2)	175/3364 (5.2)	0.80 (0.64–1.00)	
≥75 yr	101/1317 (7.7)	144/1319 (10.9)	0.67 (0.51–0.86)	
Sex				0.45
Female	77/1684 (4.6)	89/1648 (5.4)	0.84 (0.62–1.14)	
Male	166/2994 (5.5)	230/3035 (7.6)	0.72 (0.59–0.88)	
Race				0.83
Black	62/1454 (4.3)	85/1493 (5.7)	0.77 (0.55–1.06)	
Nonblack	181/3224 (5.6)	234/3190 (7.3)	0.74 (0.61–0.90)	
Previous cardiovascular disease				0.39
No	149/3738 (4.0)	208/3746 (5.6)	0.71 (0.57–0.88)	
Yes	94/940 (10.0)	111/937 (11.8)	0.83 (0.62–1.09)	
Systolic blood pressure				0.77
≤132 mm Hg	71/1583 (4.5)	98/1553 (6.3)	0.70 (0.51–0.95)	
>132 to <145 mm Hg	77/1489 (5.2)	106/1549 (6.8)	0.77 (0.57–1.03)	
≥145 mm Hg	95/1606 (5.9)	115/1581 (7.3)	0.83 (0.63–1.09)	



DISLIPEMIA: Particularidades

- **La información disponible respecto al tratamiento de la dislipemia en pacientes mayores de 80 años es escasa**

- **No existen estudios aleatorizados con estatinas específicos en sujetos de más de 80 años.**
- **Es cuestionable si los resultados de los ensayos clínicos con fármacos hipolipemiantes efectuados en sujetos más jóvenes pueden extrapolarse a los ancianos.**

- **Los ancianos tienen un mayor riesgo de presentar reacciones adversas con el tratamiento hipolipemiante.**

Med Clin (Barc). 2014;143(3):134.e1–134.e11

Recomendaciones

Pacientes > 80 años No Frágil

- **Objetivo de colesterol de lipoproteínas de baja densidad:**
  - **prevención primaria < 130 mg/dl;**
  - **prevención secundaria < 100 mg/dl**
  - **pacientes de muy alto riesgo < 70 mg/dl (A)**

- **El tratamiento con estatinas estaría indicado en todos los casos de prevención secundaria si la tolerancia es buena (vigilar síntomas de miopatía) (A)**

- **El tratamiento con estatinas estaría indicado como prevención primaria en sujetos de muy alto o alto riesgo (diabetes o > 2 factores de riesgo) si la tolerancia es buena (vigilar síntomas de miopatía) y no se consiguen objetivos con modificación del estilo de vida (dieta, ejercicio) (C)**

Med Clin (Barc). 2014;143(3):134.e1–134.e11

Recomendaciones

Pacientes > 80 años Frágil

- En general, el uso de estatinas no está indicado y debe valorarse su retirada (E)

Med Clin (Barc). 2014;143(3):134.e1–134.e11

Primary Risk Prevention in the Elderly: Use Clinician-Patient Discussions, Not Automatic Statin Prescribing

The American Journal of Medicine, Vol 128, No 8, August 2015

Discuss before initiating statin therapy in primary prevention at any level of ASCVD risk (excludes those with primary elevation of LDL-C ≥190 mg/dL or those with diabetes aged 40-75 years with LDL-C ≥70 mg/dL):

1. Potential for ASCVD risk-reduction benefits of statin therapy*
2. Potential for adverse effects and drug-drug interactions with statin therapy†
3. Heart-healthy lifestyle
4. Management of other risk factors
5. Patient preferences
6. If decision unclear, consider primary LDL-C ≥160 mg/dL, family history of premature ASCVD, lifetime ASCVD risk, abnormal coronary artery calcium score of ≥300 Agatston units or ≥75th age, sex, race percentile, hs-CRP ≥ 2 mg/L, or ABI <0.9



Antiagregación plaquetaria: Prevención primaria

- **Debido a la ausencia de evidencia científica, no hay directrices**
- **AAS estaría indicado en los pacientes en los que el beneficio potencial supere al riesgo hemorrágico.**
- **En sujetos con riesgo cardiovascular particularmente alto puede ser razonable plantear el uso de AAS (75-100 mg/día) si el riesgo de hemorragia no es alto, especialmente si el control de otros FRCV no es satisfactorio (con la excepción de la hipertensión arterial no bien controlada).**
- **Según las guías clínicas vigentes el uso de AAS debería acompañarse de un IBP**

Med Clin (Barc). 2014;143(3):134.e1–134.e11

Antiagregación plaquetaria
Prevención secundaria

Pacientes > 80 años no Frágil:

- **La antiagregación con AAS a dosis bajas (75-100 mg) está indicada en todos los casos de prevención secundaria, siempre que el riesgo hemorrágico no sea elevado (A)**
- **La doble antiagregación (AAS más clopidogrel) estaría indicada durante 6-12 meses en pacientes con síndrome coronario agudo y/o intervención coronaria percutánea (A)**
- **Clopidogrel solo estaría indicado en pacientes con intolerancia o contraindicación al AAS (C)**

Med Clin (Barc). 2014;143(3):134.e1–134.e11

Antiagregación plaquetaria
Prevención secundaria

PACIENTE > 80 AÑOS FRÁGIL:

- En general, los antiagregantes no están indicados (E)

Med Clin (Barc). 2014;143(3):134.e1–134.e11

Med Clin (Barc). 2013;140(3):134.e1–134.e12

ELSEVIER DOYMA

MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica



Conferencia de consenso

Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano

Ricardo Gómez Huelgas [a,*], Javier Díez-Espino [b], Francesc Formiga [c], Javier Lafita Tejedor [d], Leocadio Rodríguez Mañas [e], Enrique González-Sarmiento [a], Edelmiro Menéndez [d] y Javier Sangrós [b], en nombre del Grupo de Trabajo para el Documento de Consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el anciano [◇]

[a] *Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)*
[b] *Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS)*
[c] *Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)*
[d] *Sociedad Española de Diabetes (SED)*
[e] *Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG)*

Los pacientes ancianos presentan una serie de peculiaridades que condicionan su diagnóstico y tratamiento

1) **Elevada comorbilidad.**

2) **Alta prevalencia de polifarmacia (aumento riesgo interacciones farmacológicas).**

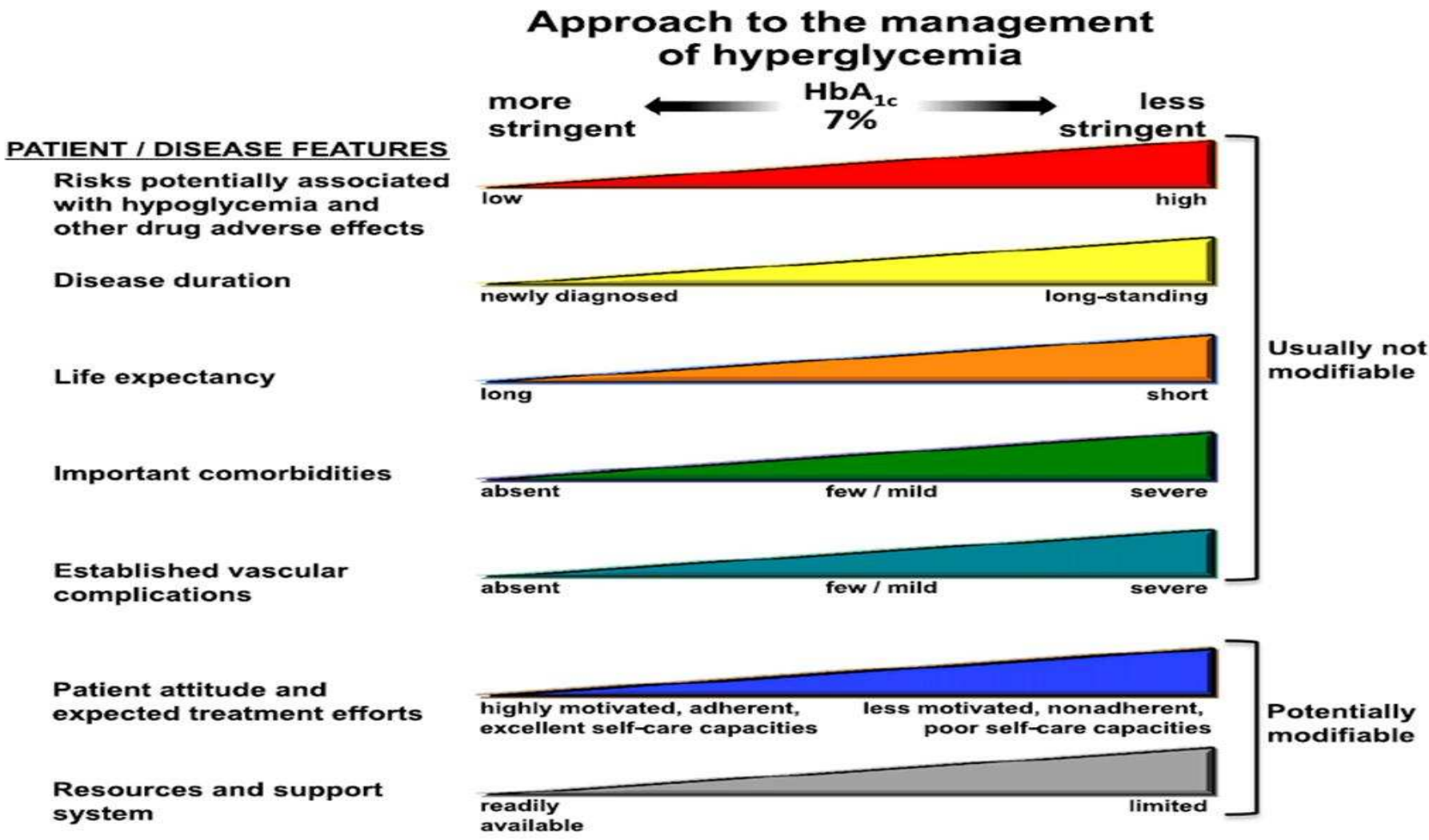
3) **Presencia de síndromes geriátricos (fragilidad, deterioro cognitivo, depresión, caídas).**

4) **Frecuentes situaciones de dependencia y de aislamiento social.**

5) **Alto riesgo de hipoglucemia.**

Los pacientes ancianos presentan una serie de peculiaridades que condicionan su diagnóstico y tratamiento

INDIVIDUALIZAR



Diabetes Care Volume 38, January 2015

Consenso de la DM tipo 2 en el anciano

1º) Establecer objetivo terapéutico

Esperanza de vida ≥5 años
Buena capacidad funcional
Comorbilidad limitada

↓

HbA1c 7-7,5%

Esperanza de vida corta
Incapacidad funcional
Comorbilidad severa

↓

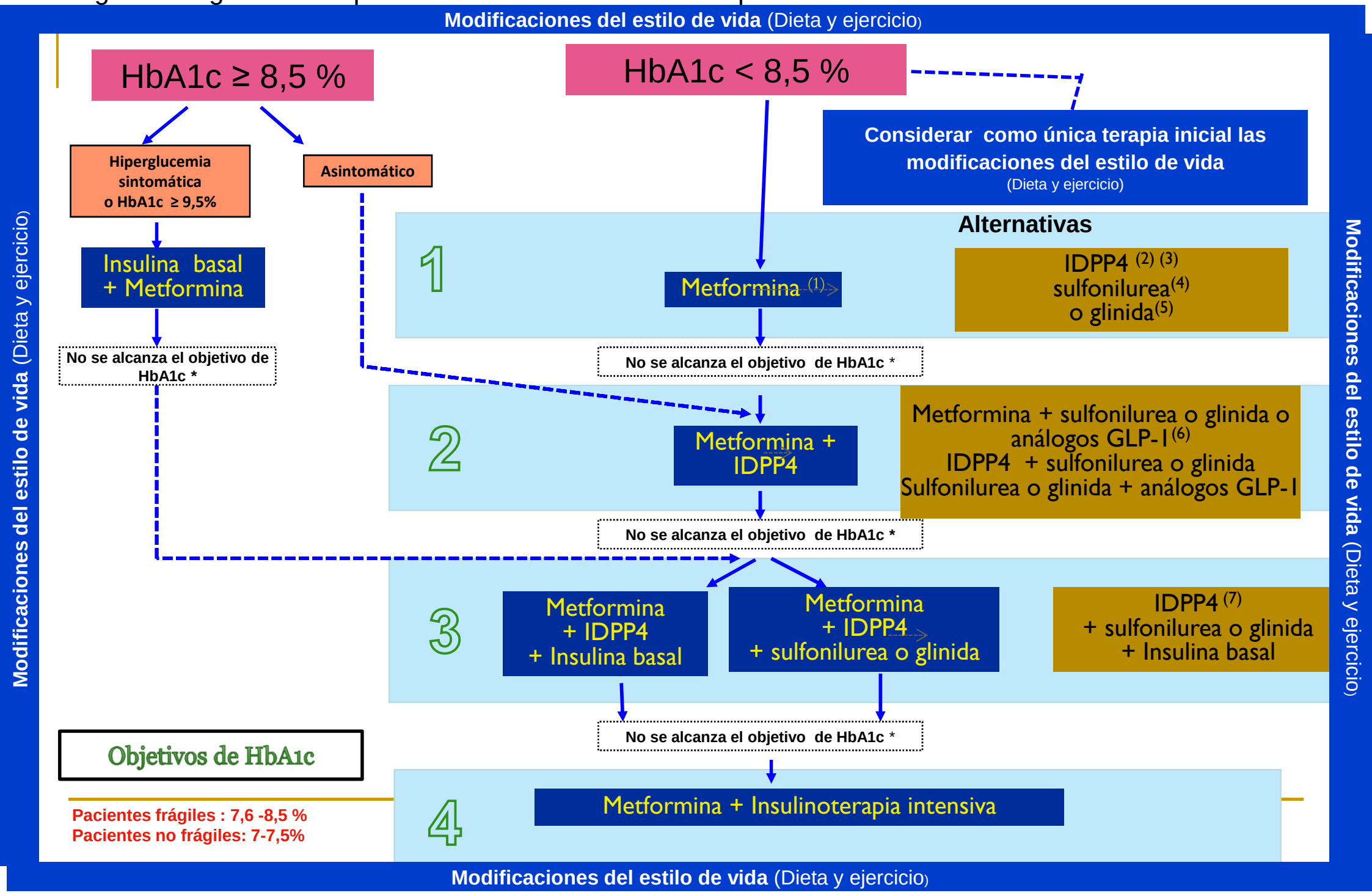
HbA1c 7,6-8,5%

2º) Considerar las preferencias del paciente y/o cuidador

3º) Elegir la pauta terapéutica individualizada
(sin olvidar dieta y ejercicio)

4º) Abordar integralmente los factores de riesgo vascular

Figura 2. Algoritmo terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2 en el anciano




Muchas gracias ¡¡¡