

SEFAC

Sociedad
Española
de Farmacia
Familiar
y Comunitaria

Streaming

Miércoles, 27 de mayo de 2020

18:00 h

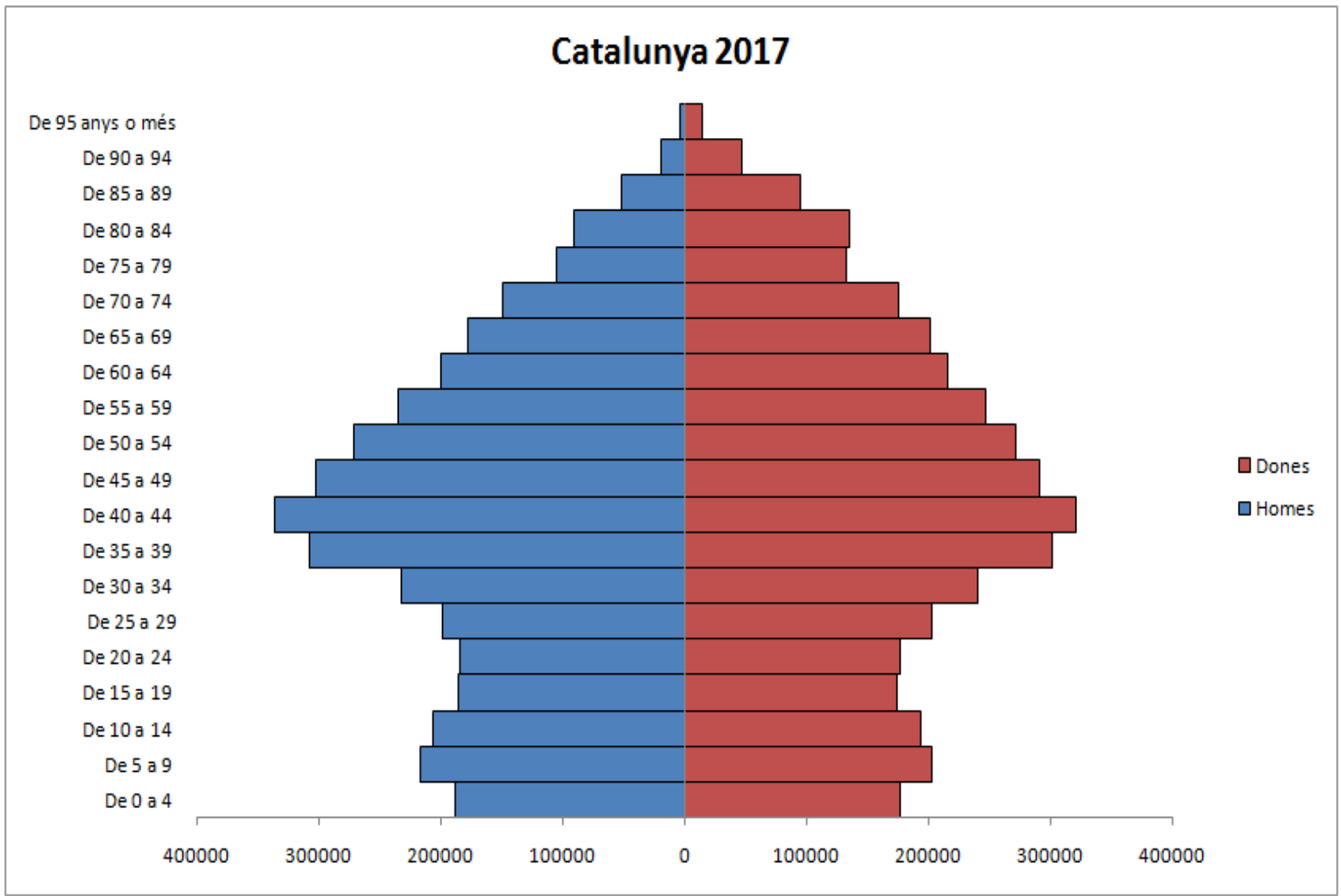


EL PACIENTE MAYOR CON DM2

¿Es diferente el paciente mayor con diabetes?

Francesc Formiga Pérez

Hospital Universitari de Bellvitge



Prevalence and Incidence Trends for Diagnosed Diabetes Among Adults Aged 20 to 79 Years, United States, 1980-2012

Gran prevalencia, pero también aumenta la incidencia

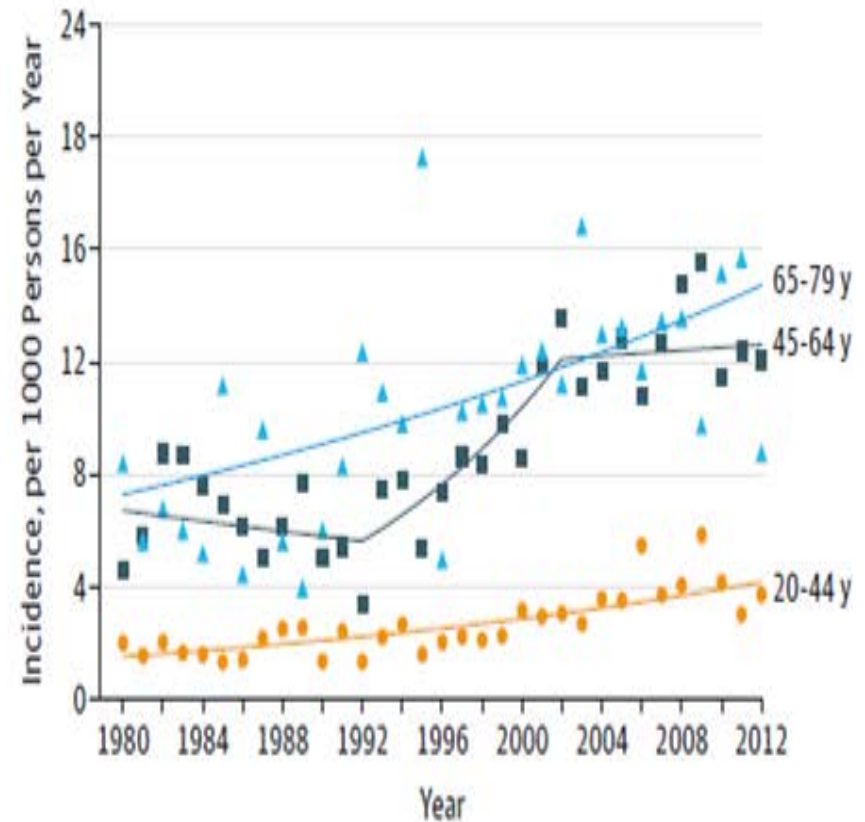
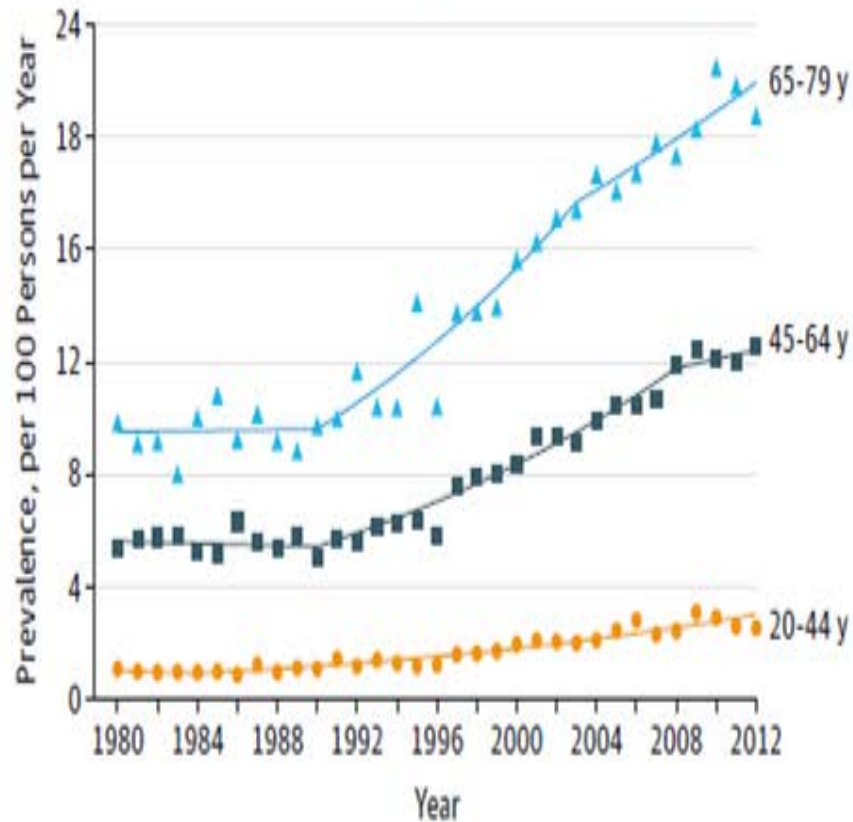
JAMA September 24, 2014 Volume 312, Number 12

Prevalence

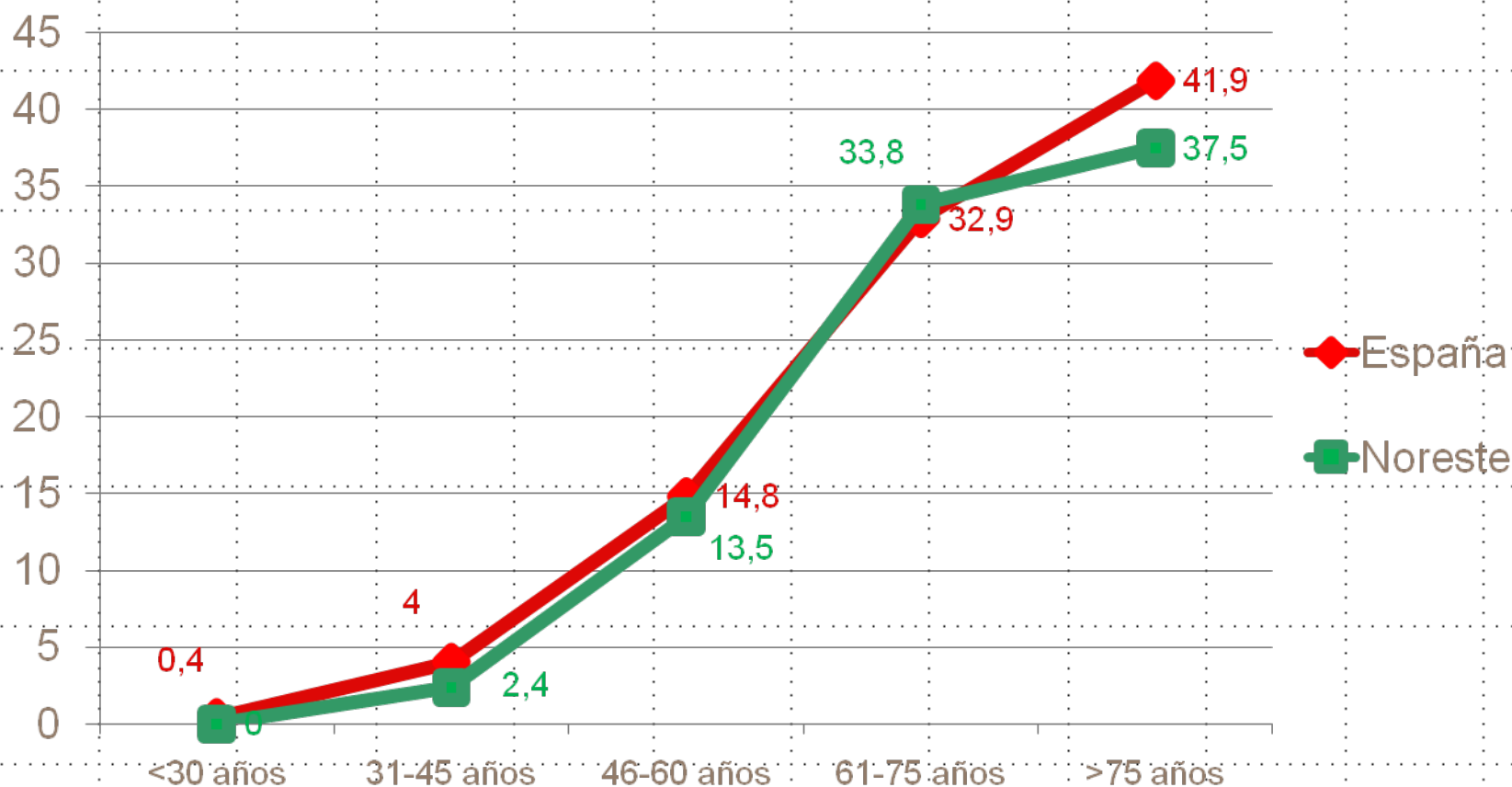
Incidence

Age, y

Age, y



Prevalencia total de diabetes ajustada por edad y sexo: 13,8%



Estudio de cohortes prospectivo para determinar en la población adulta la prevalencia e incidencia de la diabetes tipo 2 en toda España

Características fisiopatológicas de la DM del anciano

CONCLUSION: The relative contribution of BHG was lower, and that of PPHG was greater in older than in younger participants, suggesting that different therapeutic approaches may be required to treat hyperglycemia effectively in these different age groups. J Am Geriatr Soc 61:535–541, 2013.

Menor contribución de la *glucemia basal* y mayor de la posprandial en el paciente anciano con DM2

- **Cohorte de 100,606 individuos** recientemente diagnosticada de DM2 inscritos en el Registro Nacional Sueco de Diabetes de 2002 a 2012.
- El tiempo medio de seguimiento fue de **2,8 años**.
- Los individuos que desarrollan DM2 a una edad más temprana son con más frecuencia **obesos**, presentan un peor perfil lipídico, tienen una mayor HbA1c y **un deterioro más rápido en el control glucémico** comparado con los individuos que desarrollan diabetes más tarde en la vida. Estas diferencias permanecen en gran medida durante varios años después del diagnóstico.

Diabetes Mellitus: Prevalence and Effect of Morbidities in the Oldest Old. The Octabaix Study

Assumpta Ferrer, MD, PhD, Glòria Padrós, PhD,† Francesc Formiga, MD, PhD,‡§*

J Am Geriatr Soc 60:462–467, 2012.

Eighty-five (25.9%) participants had DM. It had been previously diagnosed in 79, whereas a new diagnosis was made in the remaining six (7.1%). The median duration of DM was 5.8 years (IQR: 3.5–10.6), with 62 (72.9%) participants having had the disease for less than 10 years. Median HbA1c was 6.4% (IQR: 5.60–7.38). Sixty-eight participants used oral antidiabetic agents, and 45.9% of these took metformin and 20.0% sulfonylureas. In the group with DM, 21.2% were receiving insulin therapy, and 16.6% were untreated. Table 1 summarizes the socio-

Uno de cada cuatro habitantes > 85 años eran diabéticos

Solo 1 de cada 4 de los habitantes con DM2 era diabético ya a los 75 años.

Age at Diagnosis of Type 2 Diabetes Mellitus and Associations With Cardiovascular and Mortality Risks

Findings From the Swedish National Diabetes Registry

Circulation. 2019;139:

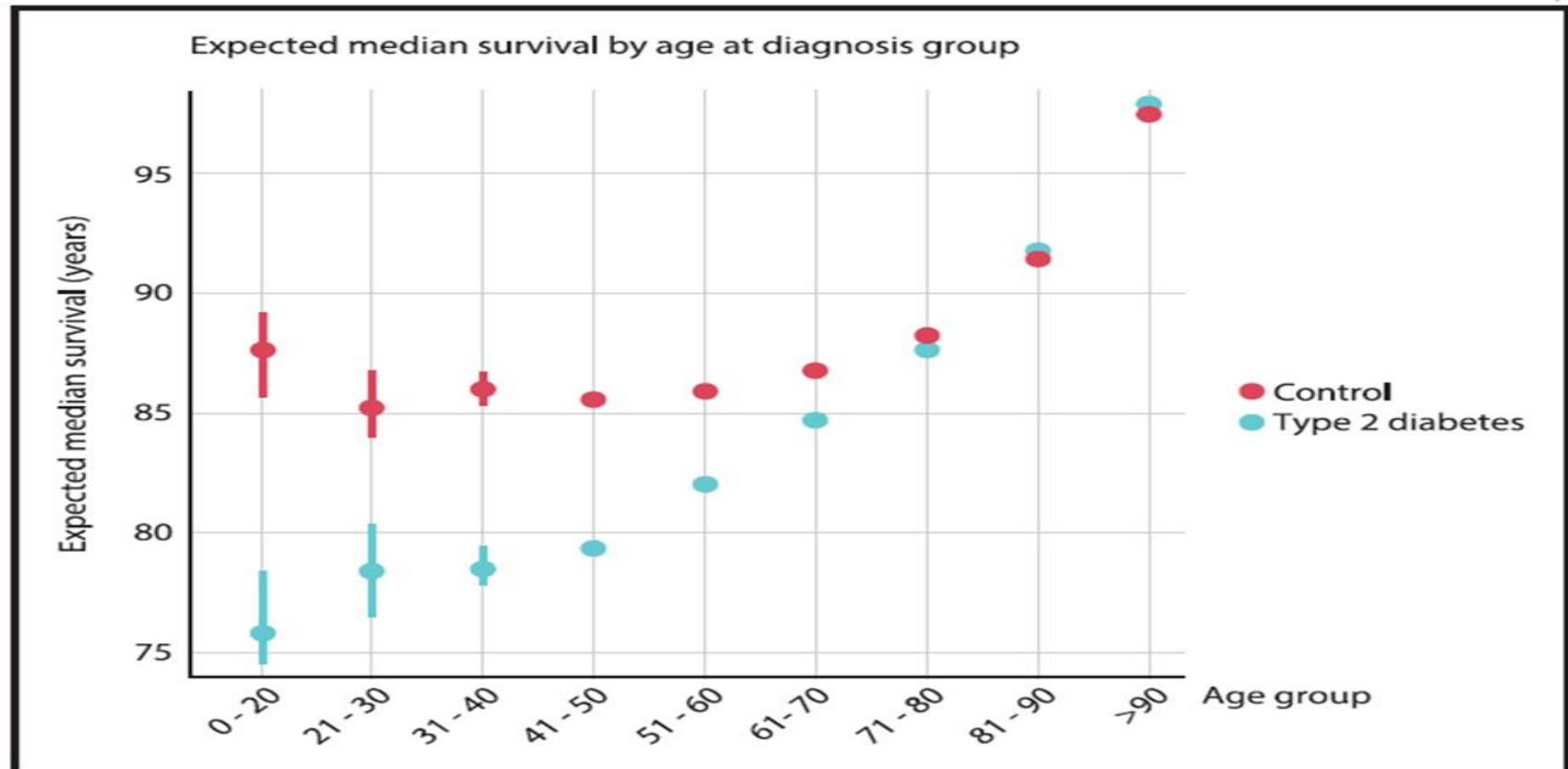


Figure 4. Age at diagnosis of type 2 diabetes mellitus and loss of life-years in persons without previous cardiovascular disease and without any restriction on the duration of type 2 diabetes mellitus.

No diferencias a partir de los 80 años

Características clínicas

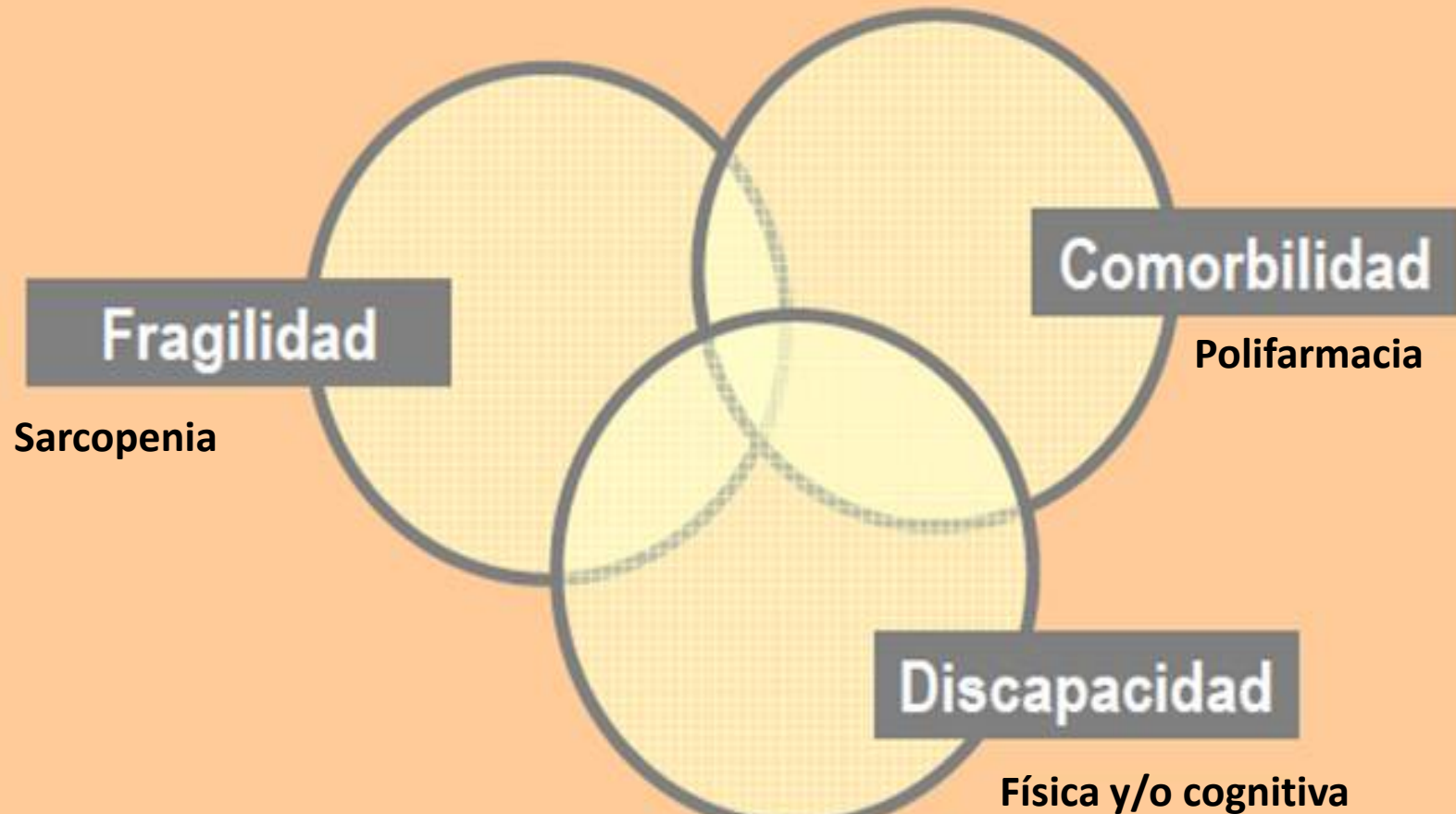
- ❑ **Comienzo insidioso.**
- ❑ **Síntomas de hiperglucemia ausentes.**
- ❑ **Umbral renal para glucosa aumentado.**
- ❑ **Pérdida de la sensación de sed.**
- ❑ **Falta de percepción de la hipoglucemia.**

MAYOR COMORBILIDAD
MAS FRAGILIDAD
FRECUENTE DISCAPACIDAD

→ **ANCIANO
CON
DIABETES**

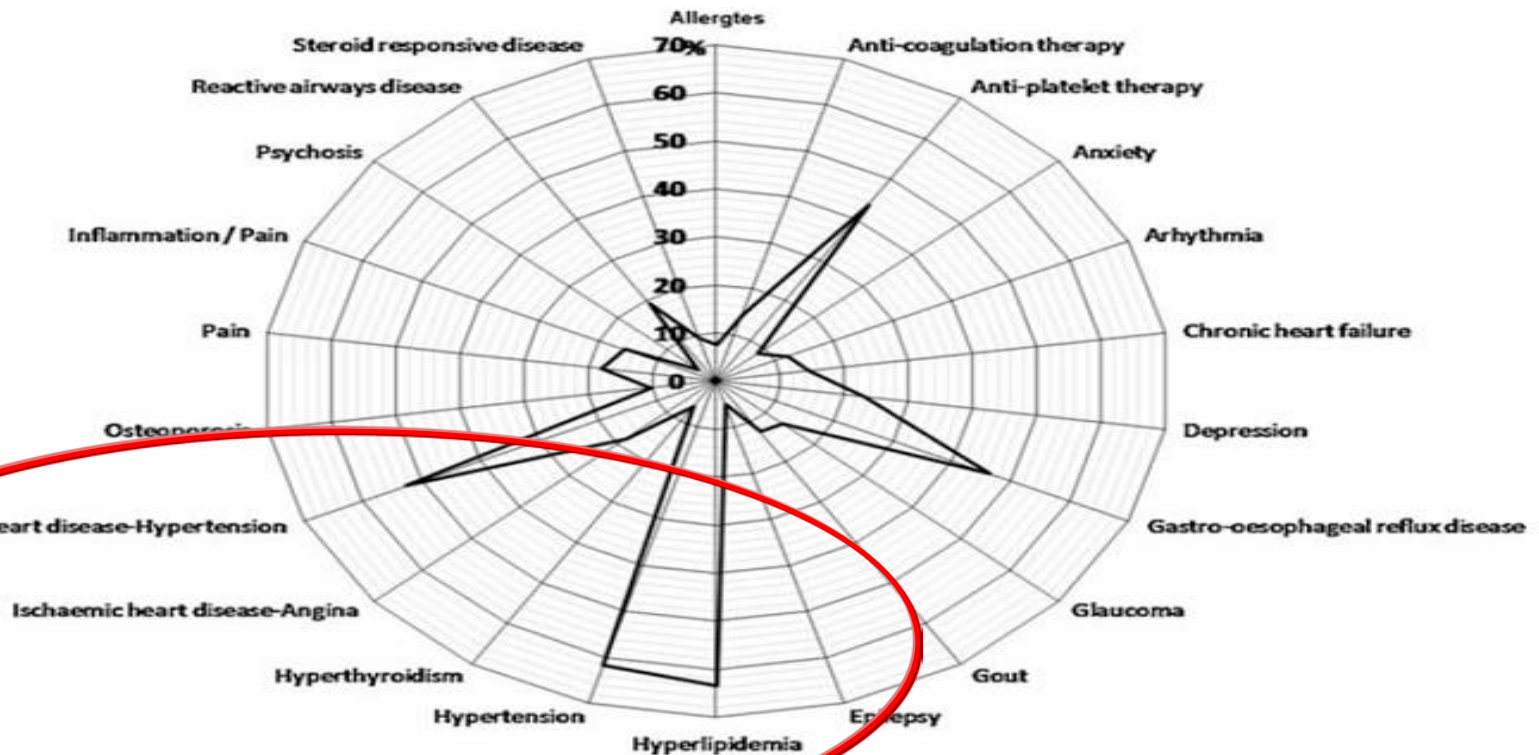
HETEROGENEIDAD DE LA POBLACIÓN ANCIANA

Relación entre conceptos importantes





Comorbidity in the elderly with diabetes: Identification of areas of potential treatment conflicts

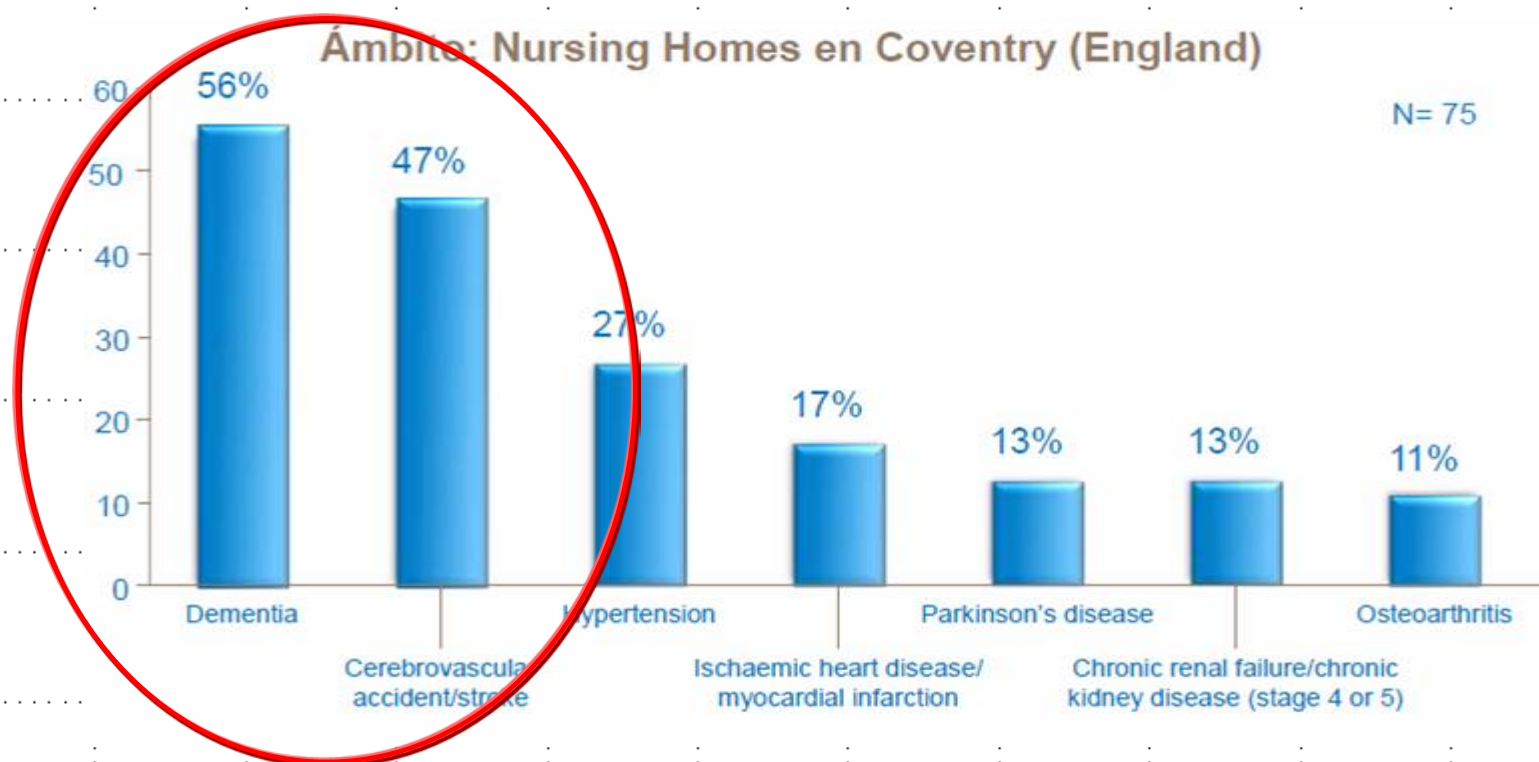


AMPLIO ESPECTRO

Fig. 1 - Prevalence of comorbid conditions in an elderly (≥ 65 years) diabetic cohort ($n = 18,968$)*.

*Only those comorbidities with a prevalence of $\geq 5\%$ are presented.

Los ancianos con diabetes presentan frecuente pluripatología



En este estudio de ancianos con diabetes: media de 4 comorbilidades

Vigilar la adherencia

Frecuentemente la comorbilidad va asociada a POLIFARMACIA

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

REVIEW ARTICLE

DRUG THERAPY

Adherence to Medication

Lars Osterberg, M.D., and Terrence Blaschke, M.D.

Drugs don't work in patients who don't take them.

—C. Everett Koop, M.D.

“Drugs don’t work in patients
who don’t take them” C Everett M.D.

Adherence to medication New Engl J Med 2005: 353: 487.

Inappropriate prescribing in elderly people with diabetes admitted to hospital

F. Formiga^{1,2}, X. Vidal^{3,4}, A. Agustí^{3,4}, D. Chivite^{1,2}, B. Rosón¹, J. Barbé^{2,5,6}, A. López-Soto^{2,7}, O. H. Torres^{2,8}, A. Fernández-Moyano^{2,9}, J. García^{2,10}, N. Ramírez-Duque^{2,11} and A. San José^{2,5,6} on behalf of Potentially Inappropriate Prescription in Older Patients in Spain (PIPOPS) Investigators' Project

Methods In an observational, prospective multicentric study, we assessed inappropriate prescribing in 672 patients aged 75 years and older during hospital admission. The Beers, Screening Tool of Older Person's Prescriptions (STOPP) and Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment (START) criteria and Assessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE-3) medicine quality indicators were used. We analysed demographic and clinical factors associated with inappropriate prescribing.

Results Of 672 patients, 249 (mean age 82.4 years, 62.9% female) had a diagnosis of diabetes mellitus. The mean number of prescribing drugs per patient with diabetes was 12.6 (4.5) vs. 9.4 (4.3) in patients without diabetes ($P < 0.001$). Of those patients with diabetes, 74.2% used 10 or more medications; 54.5% of patients with diabetes had at least one Beers-listed PIM, 68.1% had at least one STOPP-listed PIM, 64.6% had at least one START-listed PPO and 62.8% had at least one ACOVE-3-listed PPO. Except for the Beers criteria, these prevalences were significantly higher in patients with diabetes than in those without. After excluding diabetes-related items from these tools, only STOPP-listed PIMs remained significantly higher among patients with diabetes ($P = 0.04$).

Elevado porcentaje de polifarmacia y de prescripción inadecuada

Diabetes anciano-Fragilidad

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(6):253-254



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



EDITORIAL

Paciente anciano con diabetes mellitus y fragilidad. ¿Asociación siempre presente?



Elderly patients with diabetes mellitus and frailty. Association always present?

Francesc Formiga^{a,*} y Leocadio Rodríguez Mañas^b

^a Programa de Geriatria, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Servicio de Geriatria, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

Modelos de fragilidad

Modelo de múltiples dominios (Rockwood)

Amplio y laborioso de evaluar

Fenotipo físico de fragilidad (Linda Fried)

Útil en clínica por su relativa sencillez y facilidad para detectar

Table 1: Health Variables and Cut-points for the Frailty Index

List of 40 Variables included in the frailty index	Cut Point
Help Bathing	Yes = 1, No = 0
Help Dressing	Yes = 1, No = 0
Help getting in/out of Chair	Yes = 1, No = 0
Help Walking around house	Yes = 1, No = 0
Help Eating	Yes = 1, No = 0
Help Grooming	Yes = 1, No = 0
Help Using Toilet	Yes = 1, No = 0
Help up/down Stairs	Yes = 1, No = 0
Help lifting 10 lbs	Yes = 1, No = 0
Help Shopping	Yes = 1, No = 0
Help with Housework	Yes = 1, No = 0
Help with meal Preparations	Yes = 1, No = 0
Help taking Medication	Yes = 1, No = 0
Help with Finances	Yes = 1, No = 0
Lost more than 10 lbs in last year	Yes = 1, No = 0
Self Rating of Health	Poor = 1, Fair = 0.75, Good = 0.5, V. Good = 0.25, Excellent = 0
How Health has changed in last year	Worse = 1, Better/Same = 0
Stayed in Bed at least half the day due to health (in last month)	Yes = 1, No = 0
Cut down on Usual Activity (in last month)	Yes = 1, No = 0
Walk outside	<3 days = 1, ≤ 3 days = 0
Feel Everything is an Effort	Most of time = 1, Some time = 0.5, Rarely = 0
Feel Depressed	Most of time = 1, Some time = 0.5, Rarely = 0
Feel Happy	Most of time = 0, Some time = 0.5, Rarely = 1
Feel Lonely	Most of time = 1, Some time = 0.5, Rarely = 0
Have Trouble getting going	Most of time = 1, Some time = 0.5, Rarely = 0
High blood pressure	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Heart attack	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
CHF	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Stroke	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Cancer	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Diabetes	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
Chronic Lung Disease	Yes = 1, Suspect = 0.5, No = 0
MMSE	<10 = 1, 11–17 = 0.75, 18–20 = 0.5, 20–24 = 0.25, >24 = 0
Peak Flow	See Table 2
Shoulder Strength	See Table 2
BMI	See Table 2
Grip Strength	See Table 2
Usual Pace	See Table 2
Rapid Pace	See Table 2

VALORACION
GERIATRICA
GLOBAL

The list of health deficit variables included in the FI and how they were coded as deficits.

Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype

Linda P. Fried,¹ Catherine M. Tangen,² Jeremy Walston,¹ Anne B. Newman,³ Calvin Hirsch,⁴
John Gottdiener,⁵ Teresa Seeman,⁶ Russell Tracy,⁷ Willem J. Kop,⁸ Gregory Burke,⁹
and Mary Ann McBurnie² for the Cardiovascular Health Study
Collaborative Research Group

INDICADOR	MEDIDA
PERDIDA DE PESO	Pérdida > 4.5 kg (explicada) o Pérdida >5% (medida) en un año
CANSANCIO	2 preguntas escala CES-D Puntuación > 2 (0 – 8)
DEBILIDAD	Quintil inferior fuerza de prensión manual (dinamómetro) ajustada por BMI i sexo
ENLENTECIMIENTO PSICOMOTRIZ	> 6 ó 7'' (segun sexo y talla) para recorrer 5m
HIPOACTIVIDAD	Quintil inferior del gasto calórico ajustado por sexo (hombres 383 kcal/semana, mujeres 270)

FRAGIL: 3 – 5 puntos

PRE-FRAGIL: 1 – 2 punts

NO FRAGIL: 0 puntos

PERDIDA DE PESO

- **En los pacientes con diabetes puede existir pérdida de peso por distintos motivos:**
 - **Hiperglicemia incontrolada**
 - **Gastroparesia**
 - **Tratamiento con metformina**
 - **Tratamiento con GLP1**
 - **Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2):**

CANSANCIO

En los pacientes diabéticos con HIPERGLICEMIA > 11 mmol/l suele asociarse falta de energía, cansancio.

DEBILIDAD

En los pacientes con diabetes puede existir pérdida de masa muscular, pérdida de fuerza muscular y alto riesgo de discapacidad.

ENLENTECIMIENTO PSICOMOTRIZ

- **En los pacientes Diabéticos se ha descrito una marcha más lenta que en los controles.**

HIPOACTIVIDAD FISICA

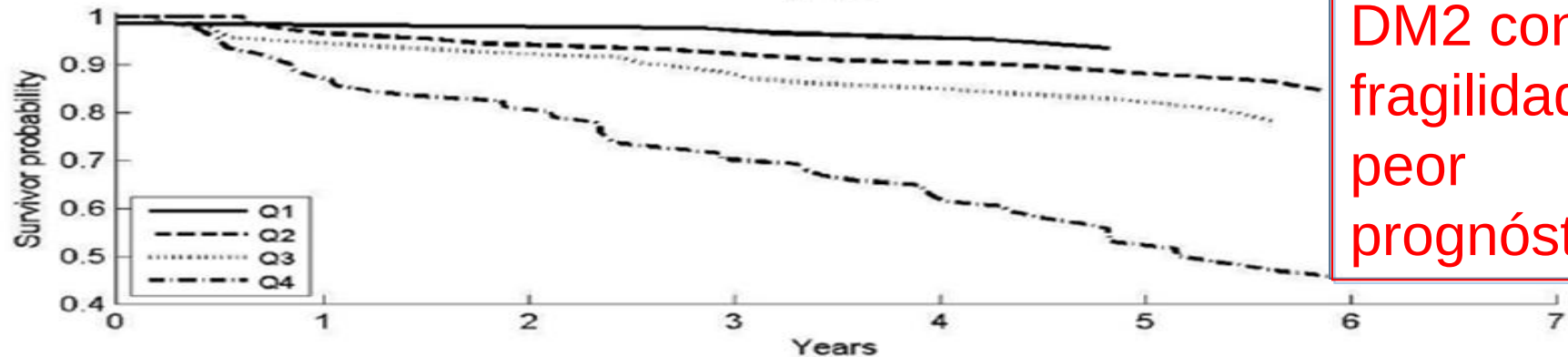
- **En los pacientes Diabéticos se ha descrito una MENOR ACTIVIDAD FISICA y menor tolerancia al ejercicio que en los controles.**

Frailty as a Major Factor in the Increased Risk of Death and Disability in Older People With Diabetes

JAMDA 17 (2016) 949–955

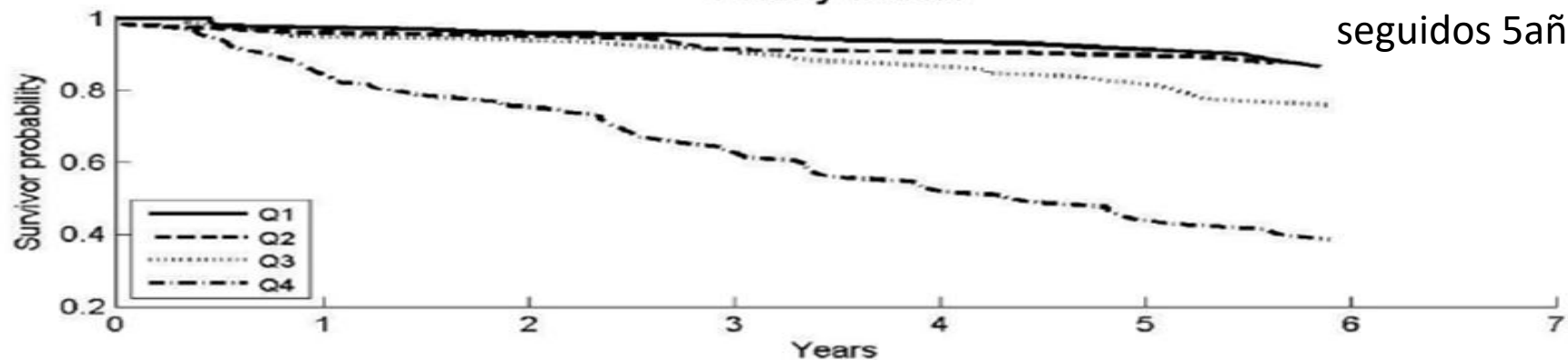
Marta Castro-Rodríguez MD^a, José A. Carnicero PhD^b, Francisco J. Garcia-Garcia MD^c,
Stephan Walter PhD^b, John E. Morley MB BCh^d, Fernando Rodríguez-Artalejo MD^e,
Alan J. Sinclair MD^f, L. Rodríguez-Mañas MD^{a,b,*}

Kaplan-Meier curves for crude survival by quartile of frailty scale
FTS



DM2 con
fragilidad
peor
prognóstico

Frailty Index



1825 individuals ≥65
seguidos 5 años



Editorial
Sarcopenia and Diabetes: Two Sides of the Same Coin
Francesco Landi MD, PhD*, Graziano Onder MD, PhD, Roberto Bernabei MD

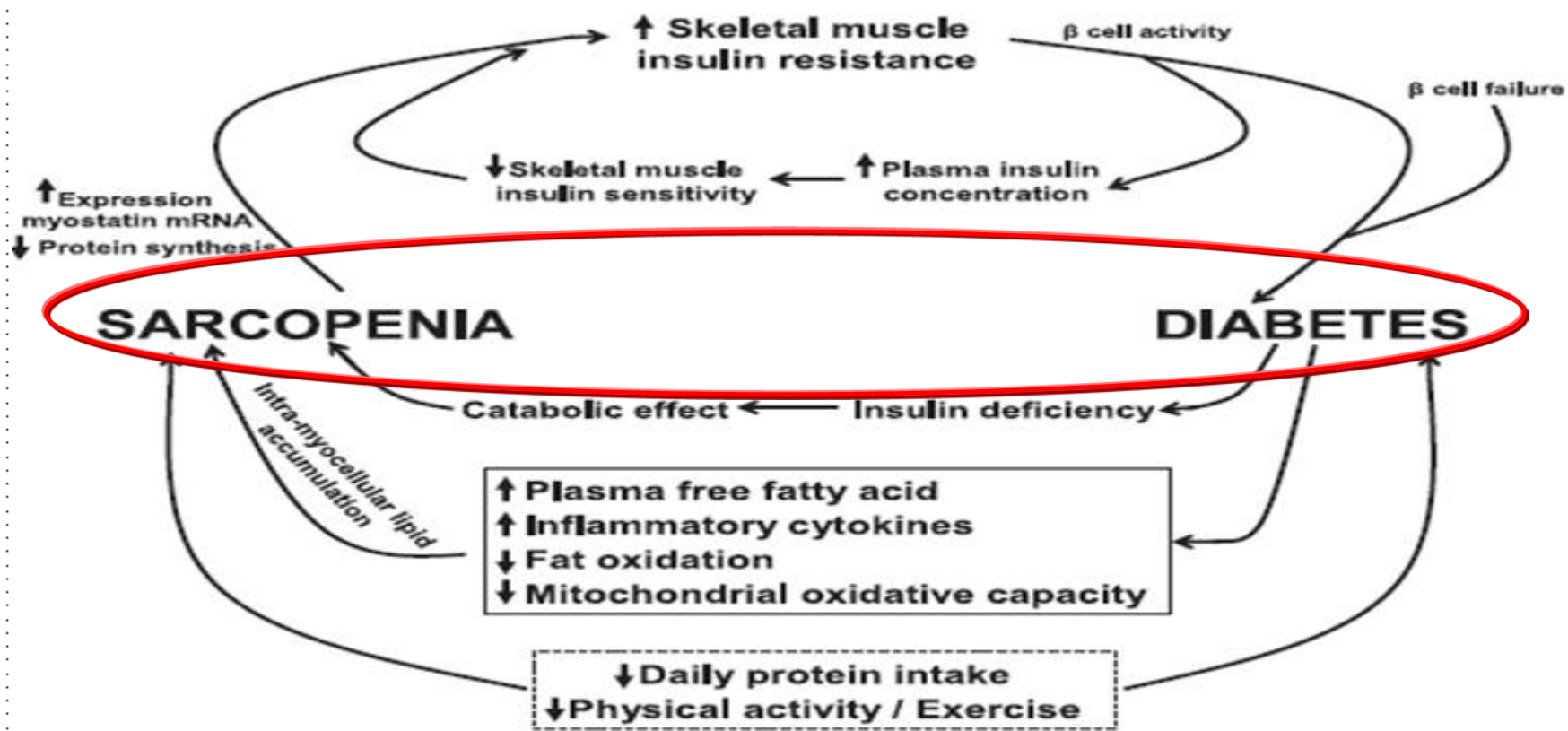


Fig 1. The interaction between sarcopenia and diabetes.

Frailty and Sarcopenia as Predictors of Adverse Health Outcomes in Persons With Diabetes Mellitus

JAMDA 17 (2016) 846–851

Anthony P. Liccini BS^{a,*}, Theodore K. Malmstrom PhD^{a,b}

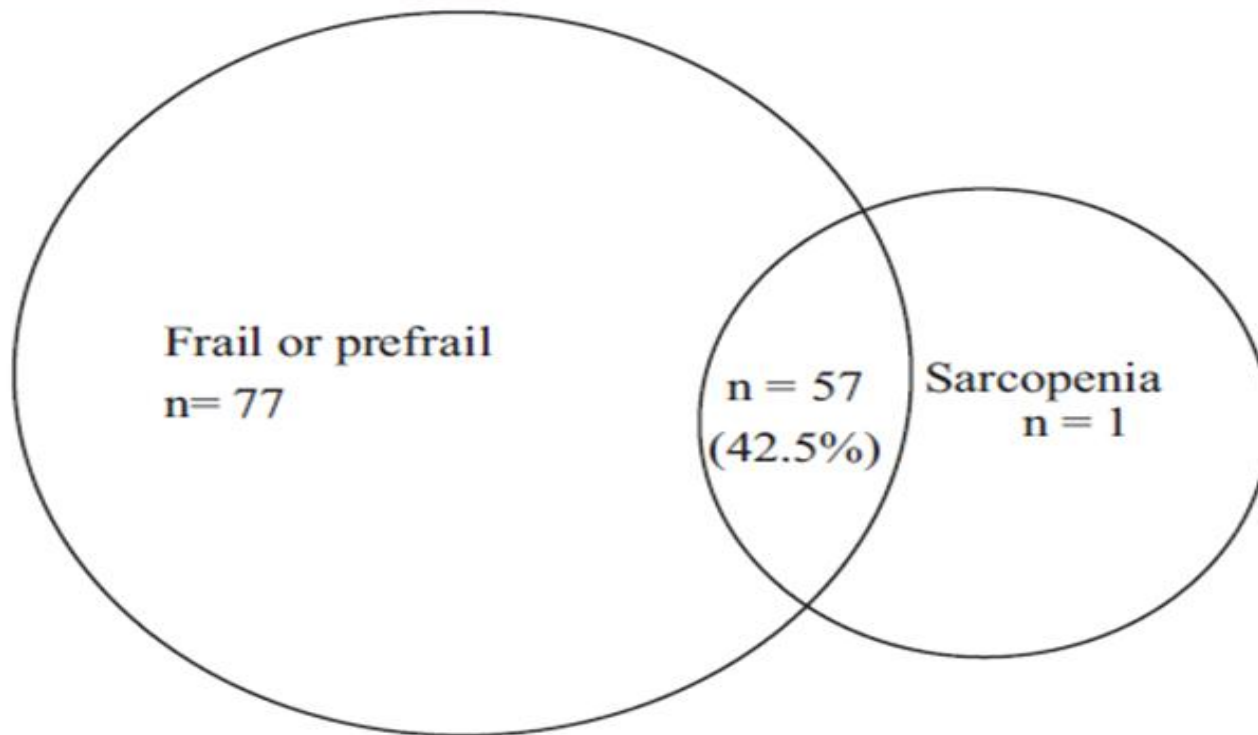


Fig. 3. Of the participants classified as pre-frail or frail, 42.5% also had concurrent sarcopenia.

CASI LA MITAD DE LOS DIABETICOS FRAGILES O PREFAGILES ---SARCOPENIA

Las personas mayores con diabetes tienen en general más **discapacidad** que las que no tienen diabetes.

The Women's Health and Aging Study:

Mujeres con diabetes tienen 1,6 veces más probabilidades de tener discapacidad para AVD básicas y 2,3 veces más de tener una limitación severa de la deambulación.

Volpato S. et al. Comorbidities and impairments explaining the association between diabetes and lower extremities disabilities. Diabetes care 2002; 25; 678-83

Study of Osteoporosis Fractures :

Mujeres > 65 años con diabetes tenían 2-2,5 veces más discapacidad para las tareas del hogar o para caminar 3 bloques.

Gregg EW et al. The Study of Osteoporotic fractures research group. Diabetes and incidence of functional disability in older women. Diabetes care 2002; 25; 61-67

www.thelancet.com/diabetes-endocrinology Published online July 24, 2013

Methods We searched Ovid, Medline, Embase, Cochrane Library, and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature up to Aug 8, 2012. We included studies of adults that compared the risk of disability—as measured by activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL), or mobility—in people with and without any type of diabetes. We excluded studies of subpopulations with specific illnesses or of people in nursing homes. From the studies, we recorded population characteristics, how diabetes was diagnosed (by doctor or self-reported), domain and definition of disability, and risk estimates for disability. We calculated pooled estimates by disability type and type of risk estimate (odds ratio [OR] or risk ratio [RR]).

Results Our systematic review returned 3224 results, from which 26 studies were included in our meta-analyses. Diabetes increased the risk of mobility disability (15 studies; OR 1.71, 95% CI 1.53–1.91; RR 1.51, 95% CI 1.38–1.64), of IADL disability (ten studies; OR 1.65, 95% CI 1.55–1.74), and of ADL disability (16 studies; OR 1.82, 95% CI 1.63–2.04; RR 1.82, 95% CI 1.40–2.36).

DIABETES -----CASI EL DOBLE DE DISCAPACIDAD

Revisión

Med Clin (Barc). 2015;144(4):176-180

Demencia y diabetes: ¿relación casual o causal?

Francesc Formiga ^{a,*}, Ramón Reñe ^b y Manuel Pérez-Maraver ^c

Tabla 2

Mecanismos fisiopatológicos implicados en una posible asociación entre diabetes mellitus y demencia

Hiperglucemia aguda

Hiperglucemia crónica

Productos finales de la glucación avanzada

Estrés oxidativo

Disfunción mitocondrial

Enfermedad macrovascular

Infartos cerebrales

Enfermedad microvascular

Isquemia

Resistencia a la insulina

Diabetes 3

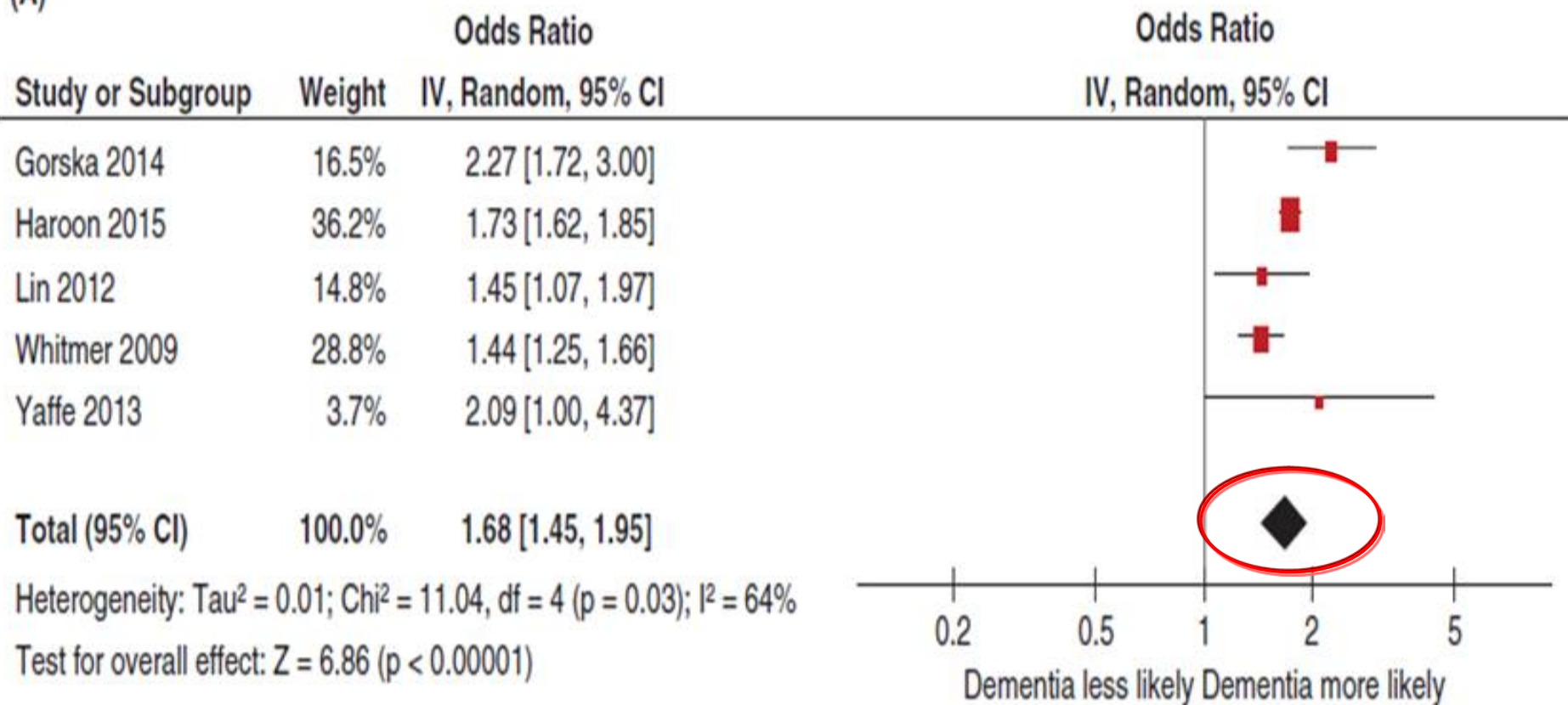
Hipoglucemias

Parece existir una asociación no casual entre DM y demencia.
Más evidente para demencia vascular pero también para EA

Bi-directional interaction between hypoglycaemia and cognitive impairment in elderly patients treated with glucose-lowering agents: a systematic review and meta-analysis

Hipoglicemia favorece la demencia

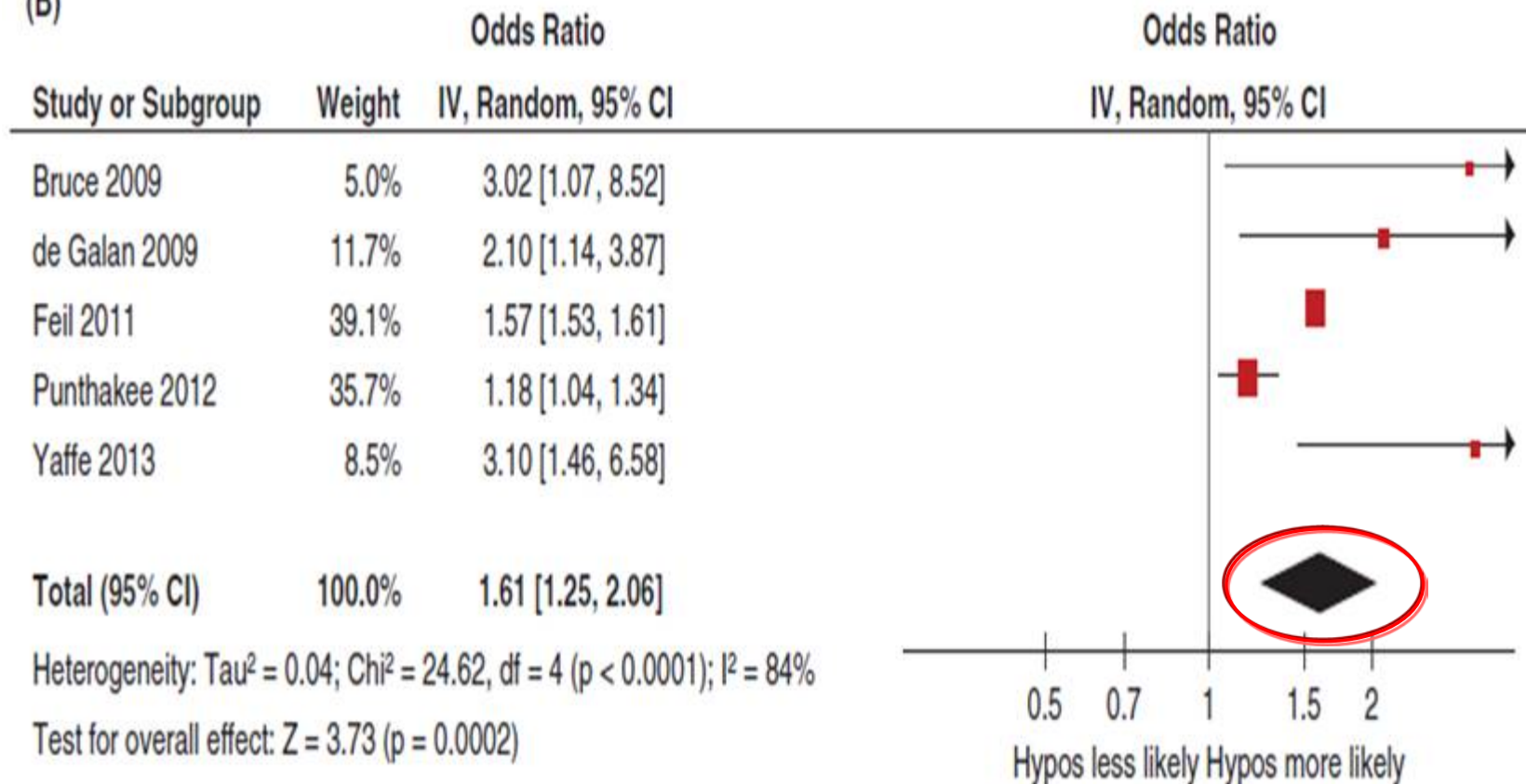
(A)



Bi-directional interaction between hypoglycaemia and cognitive impairment in elderly patients treated with glucose-lowering agents: a systematic review and meta-analysis

La demencia favorece las hipoglicemias

(B)



Depression Among Older Adults with Diabetes Mellitus

Clin Geriatr Med 31 (2015) 117–137

Mijung Park, PhD, MPH, RN^{a,*}, Charles F. Reynolds III, MD^b

- Los resultados de los metaanálisis muestran una **asociación bidireccional** modesta entre la depresión y la DM2 (la depresión predice la aparición de la diabetes y la diabetes predice depresión)

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(3):107–108



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg

EDITORIAL

Diabetes, depresión y demencia. Tres «d» interrelacionadas en las personas mayores

Diabetes, depression and dementia. Three interrelated «d's» in the elderly

Francesc Formiga^{a,*} y Leocadio Rodríguez Mañas^b

^a Programa de Geriatria, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Servicio de Geriatria, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Multifactoriales e interrelacionados

Diabetes and geriatric syndrome

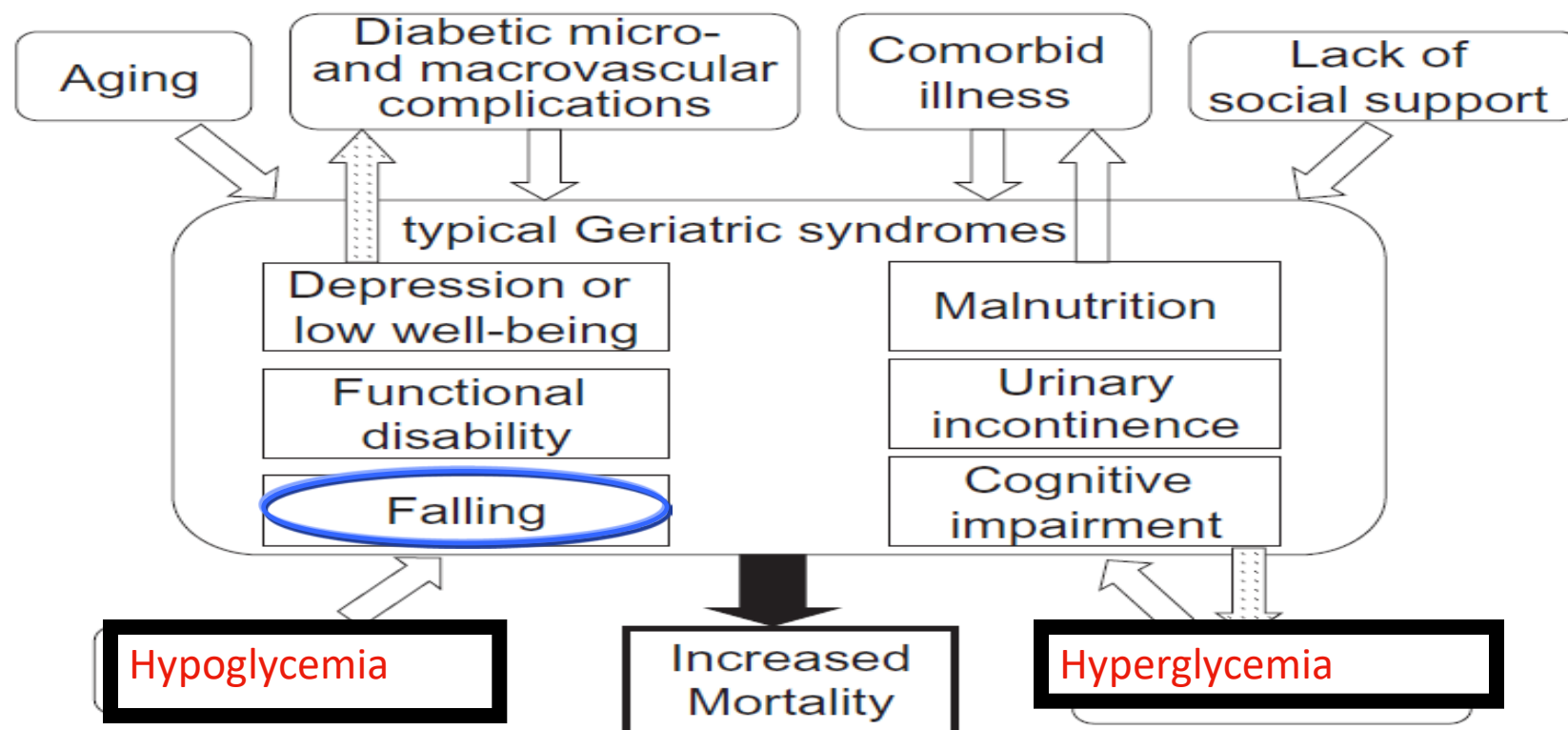
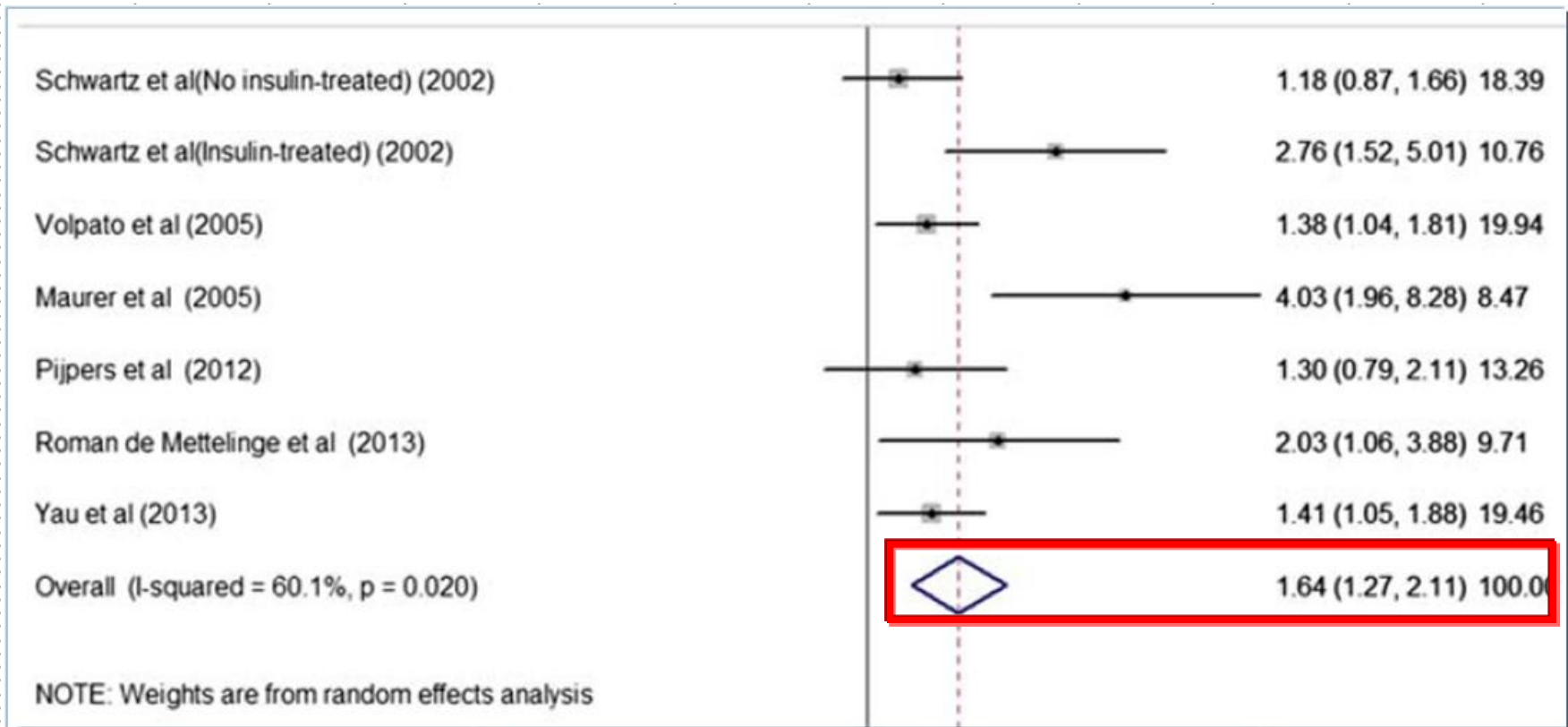


Figure 2 Relation between geriatric syndromes and their risk factors in elderly people with diabetes. Aging, diabetic micro- and macrovascular complications, hyperglycemia, hypoglycemia, multiple morbidity and lack of social support are risk factors for the geriatric syndromes. Some elements of geriatric syndrome such as depression adversely affect the risk factors: micro- and macrovascular complications a hyperglycemia to form a vicious cycle, leading to the increased mortality.

Diabetes mellitus and risk of falls in older adults: a systematic review and meta-analysis

Age and Ageing 2016; **45**: 761–767



PACIENTES ANCIANOS con DM: mayor riesgo de CAIDAS

CAIDAS-----FRACTURA FEMUR



Contents available at ScienceDirect

Diabetes Research
and Clinical Practice

journal homepage: www.elsevier.com/locate/diabres



International
Diabetes
Federation



Clinical evidence of diabetes mellitus end-organ damage as risk factor for falls complicated by hip fracture: A multi-center study of 1225 patients

Francesc Formiga^{a,*}, David Chivite^a, Domingo Ruiz^b, Margarita Navarro^c,
J.M. Perez Castejon^d, Enric Duaso^e, Abelardo Montero^a,
Alfonso Lopez-Soto^c, Xavier Corbella^{a,f}

^aGeriatric Unit, Internal Medicine Service, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

^bGeriatric Unit, Internal Medicine Service, Hospital Sant Pau, IDIBAPS, Barcelona, Spain

^cGeriatric Unit, Internal Medicine Service, Hospital Clinic, IDIBAPS, Barcelona, Spain

^dGeriatric Unit, Hospital Sociosanitari Isabel Roig (Centres Blauclinic), Barcelona, Spain

^eGeriatric Service, Hospital d'Igualada, Consorci Santiàri de l'Anoia, Barcelona, Spain

^fAlbert Jovell Institute for Public Health and Patients, Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, Spain

107: Un tercio tiene 3 o más caídas previas

Objetivos terapéuticos

Los beneficios asociados al control glucémico requieren un período de 5-10 años para la reducción de las complicaciones microvasculares y de unos 20-30 años para disminuir la morbilidad cardiovascular.

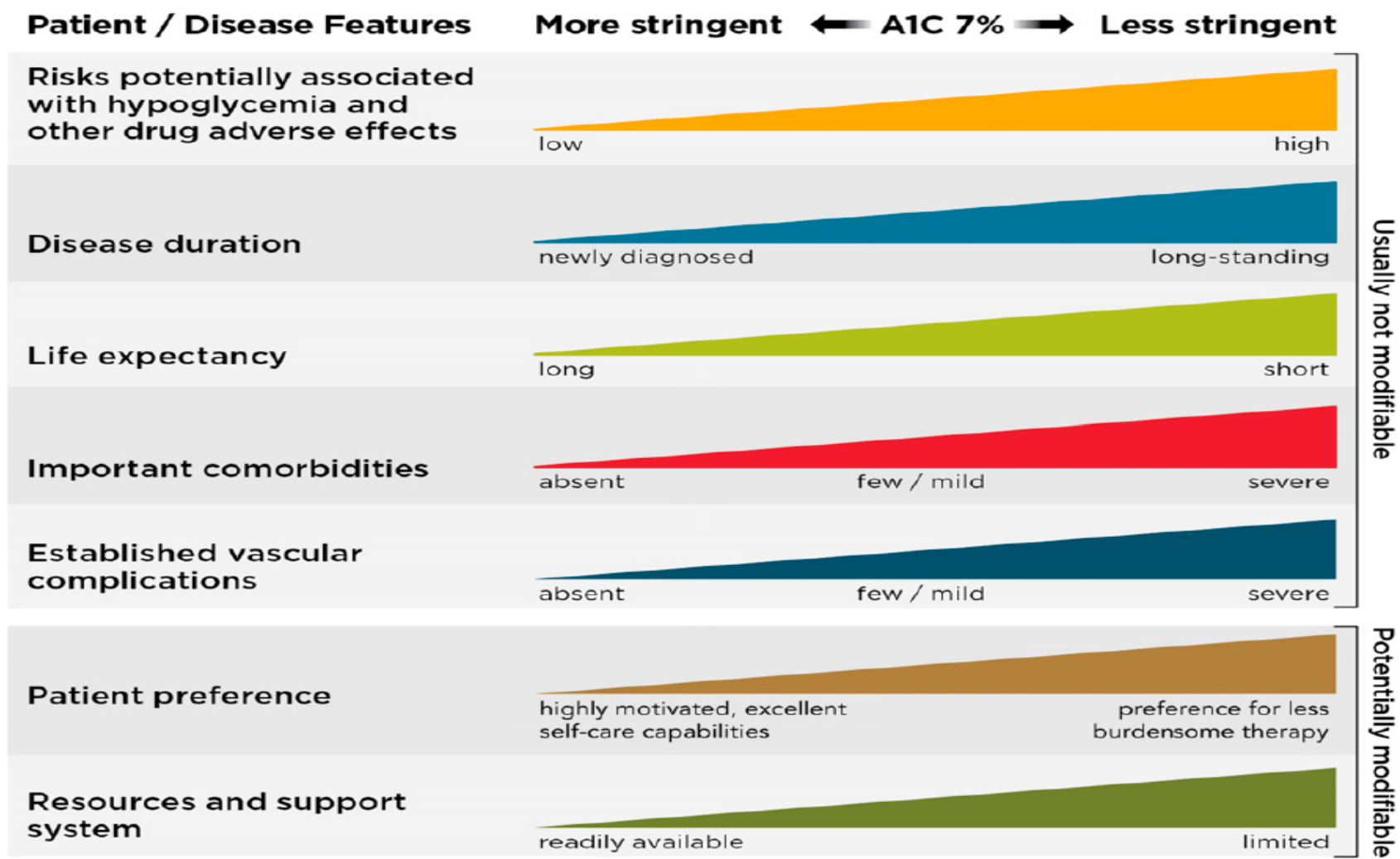
Por tanto, el tiempo de evolución de la diabetes y la expectativa de vida total y activa del paciente resultan de gran importancia a la hora de planificar los objetivos terapéuticos.

Huang et al. The effect of comorbid illness and functional status on the expected benefits of intensive glucose control in older patients with type 2 diabetes.

Ann Intern Med 2008; 149:11-19.

Diabetes Care Volume 42, Supplement 1, January 2019

Approach to Individualization of Glycemic Targets



Hipoglucemia en el anciano

- Los pacientes ancianos con diabetes son especialmente vulnerables a la hipoglucemia
- El riesgo de consecuencias adversas se incrementa por la menor percepción de los síntomas autonómicos y neuroglucopénicos de la hipoglucemia que ocurre en edades avanzadas

Consecuencias potencialmente graves

- Enfermedad cardiovascular
- Caídas y lesiones
- Deterioro cognitivo

Detección problemática

- Pocos síntomas
- Reconocimiento alterado

Presencia de múltiples factores de riesgo

- Comorbilidades y medicación múltiple
- Insuficiencia renal
- Respuestas de conductas con baja adaptación
- Automonitorización infrecuente y falta de educación diabetológica

COVID-19 Y
El paciente r



Sociedad Española de Cardiología
Comprometida en la salud cardiovascular

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



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[◇]

^aSociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

^bRed de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS)

^cSociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)

^dSociedad Española de Diabetes (SED)

^eSociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG)

Tratamiento del paciente anciano con diabetes tipo 2.

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

Objetivos de control glucémico en el paciente anciano



Situación clínica

Objetivo de control glucémico

Anciano sano

- Buen estado funcional y cognitivo
- Baja comorbilidad
- Buena expectativa de vida

HbA1c 7 – 7,5%



Anciano frágil

- Fragilidad o dependencia
- Demencia moderada – severa
- Alta comorbilidad
- Corta expectativa de vida

HbA1c 7,6 – 8,5%



Cuidados paliativos

Glucemia < 200 mg/dl
Evitar hipoglucemias y otros EA
Simplificar tratamiento y controles

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA DM2 | redGDPS 2020

1. La elección del fármaco según el condicionante clínico predominante prevalece sobre los valores de HbA_{1c}. En color verde opciones con evidencias en reducción de eventos.

2. iSGLT2 y/o arGLP1 con evidencias en reducción de eventos. En España, los arGLP1 solamente están financiados si IMC > 30 kg/m².

3. No asociar iDPP4 con arGLP1; ni SU con repaglinida.

4. Reducir dosis metformina a la mitad si FG < 45 ml/min y suspender si FG < 30 ml/min.

5. Prescribir los iSGLT2 según la ficha técnica; no iniciar si FG < 60 ml/min, suspender si FG < 45 ml/min (abril 2020).

6. Liraglutida, Dulaglutida y Semaglutida se pueden prescribir si FG > 15 ml/min.

7. Reducir la dosis de acuerdo con la ficha técnica, excepto linagliptina que no requiere ajustes.

8. Se recomienda desintensificar o simplificar los regímenes terapéuticos complejos para reducir el riesgo de hipoglucemia, especialmente en pacientes tratados con insulina o sulfonilureas con HbA_{1c} < 6,5%.

9. Si IMC > 35 kg/m² es preferible un arGLP1. Considerar también la cirugía bariátrica.

10. Considerar un objetivo de HbA_{1c} < 7%¹⁰ en pacientes jóvenes, de reciente diagnóstico, en monoterapia o tratamiento no farmacológico, evitando fármacos con riesgo de hipoglucemia.

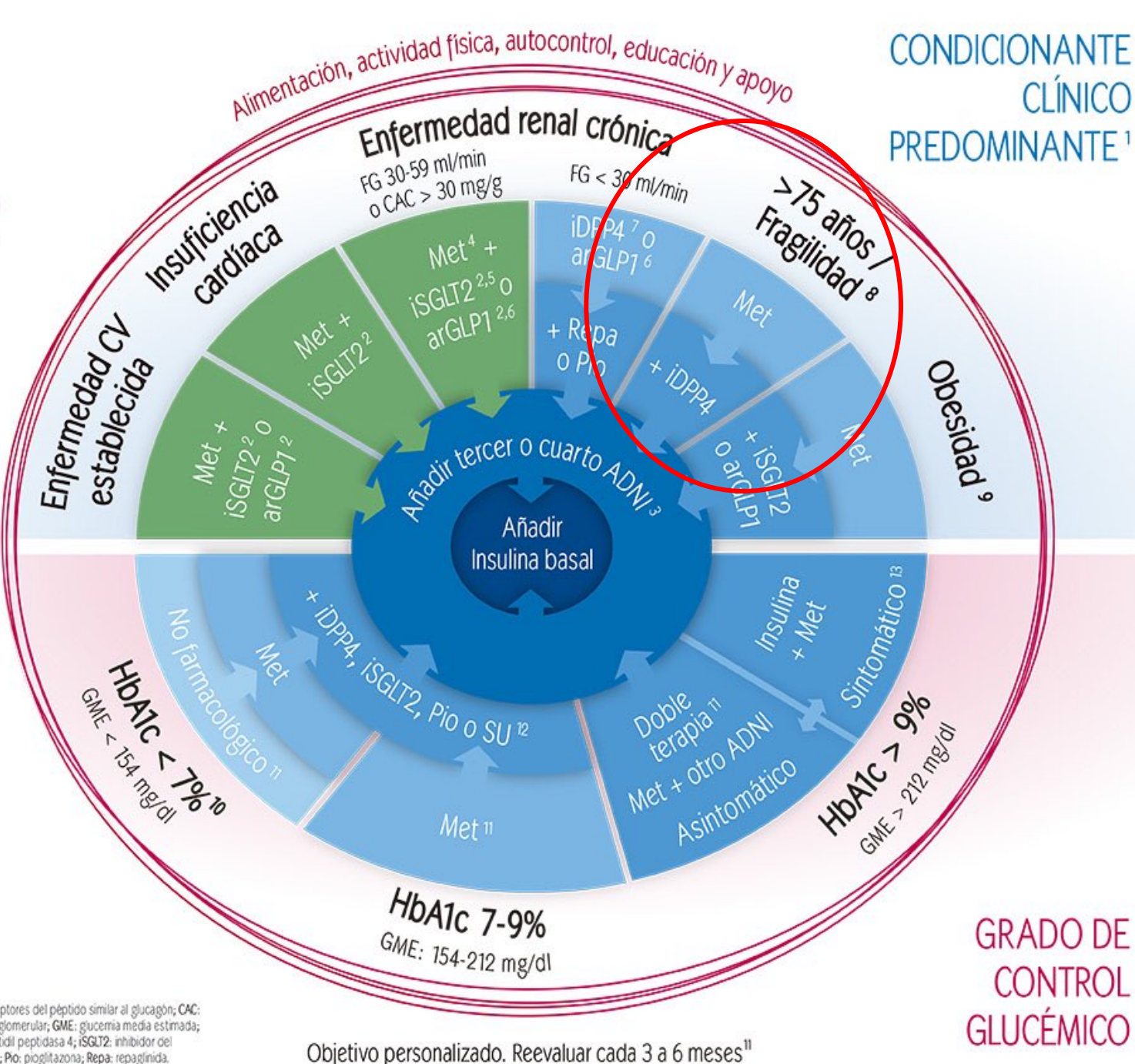
11. Reevaluar HbA_{1c} a los 3 meses tras inicio o cambio terapéutico e intensificar tratamiento en caso de no conseguir el objetivo personalizado. Cuando se ha conseguido el objetivo, control de HbA_{1c} cada 6 meses.

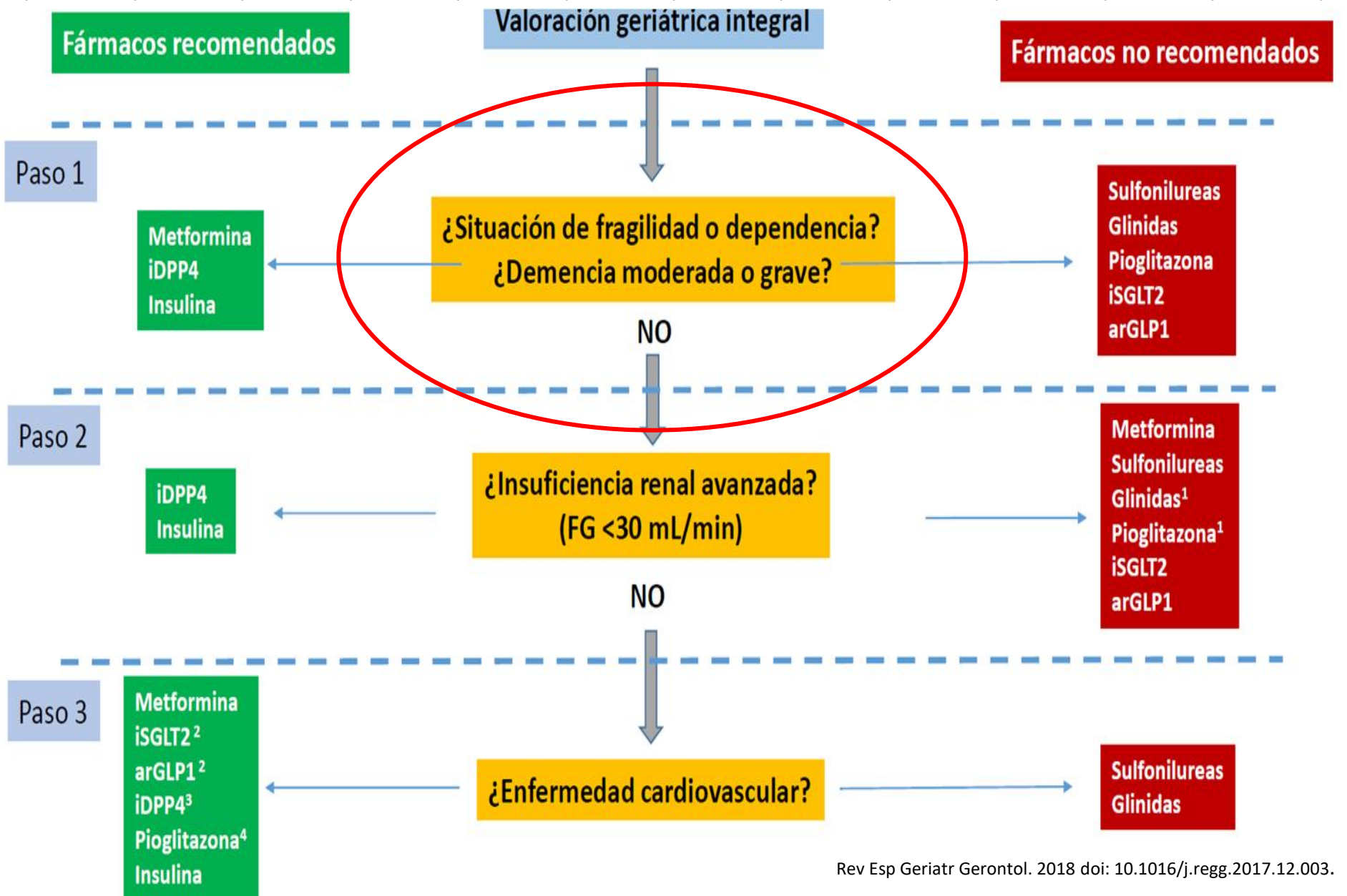
12. Glizalida o glimepirida.

13. Clínica cardinal: poliuria, polidipsia y pérdida de peso.

ABREVIATURAS:

ADNI: antidiabético no insulínico; arGLP1: análogo de los receptores del péptido similar al glucagón; CAC: cociente albúmina/creatinina; CV: cardiovascular; FG: filtrado glomerular; GME: glucemia media estimada; HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; iDPP4: inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; iSGLT2: inhibidor del co-transportador de sodio y glucosa tipo 2; Met: metformina; Pio: pioglitazona; Repa: repaglinida.



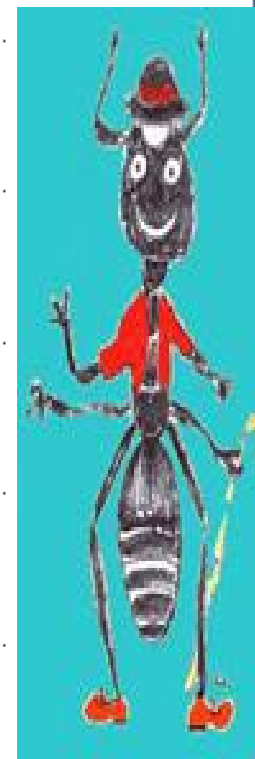


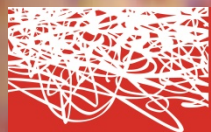
GRACIAS POR LA ATENCION



Francesc Formiga Pérez
ARBÚCIES. GIRONA

@FormigaFrancesc





SEFAC

Sociedad
Española
de Farmacia
Familiar
y Comunitaria

Streaming

Miércoles, 27 de mayo de 2020

18:00 h



**Atención farmacéutica antes, durante y
¿después? del confinamiento en pacientes de
avanzada edad con diabetes.**

Inés Mera Gallego

Farmacéutica comunitaria Maella (Zaragoza)

ANTES



DURANTE



¿DESPUÉS?

CONFINAMIENTO

ANTES

CONFINAMIENTO

ALIMENTACIÓN

EJERCICIO FISICO

**PILARES BÁSICOS DE UNA
PERSONA ANCIANA CON DIABETES**

MEDICACIÓN

PSICOLÓGICO

Alimentación y ejercicio físico

Factores de riesgo de desnutrición según SEGG

- Edad avanzada (>80 años)
- Deterioro/dependencia funcional
- Deterioro sensorial
- Deterioro cognitivo
- Alcoholismo
- Problemas de dentición
- Pluripatología
- Polimedicación
- Depresión
- Hospitalizaciones frecuentes
- Bajo nivel cultural
- Viudedad (al menos 1 año)
- Mala situación económica
- Soledad, vivir solo

**EVALUACIÓN
NUTRICIONAL**
mínimo 1 vez al
año



Estado nutricional

Sexo		Cribado m±DE	2ª parte m±DE	MNA m±DE	Normal n(%)	Riesgo n(%)	Malnutrición n(%)
Hombre	426	12,4±2,1	12,3±2,0	24,3±3,7	288 (67,6)	120 (28,2)	18 (4,2)
Mujer	652	11,7±2,4	12,0±2,5	23,3±4,5	350 (53,7)	244 (37,4)	58 (8,9)
Total	1.078				638 (59,2)	364 (33,8)	76 (7,1)
		p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001		
Diabético	461	11,4±2,4	11,8±2,3	23,2±4,1	245 (53,3)	181 (39,2)	35 (7,5)
No Diabético	617	12,1±2,5	12,0±2,4	24,1±4,3	393 (63,7)	184 (29,8)	40 (6,5)
Total	1.078				638 (59,2)	365 (33,8)	75 (7,0)
		p<0,001	p=0,1452	p<0,001	p=0,0022		
Hombre diabético	196	12,2±2,0	11,6±2,4	23,9±3,6	119 (60,7)	68 (34,7)	9 (4,6)
Mujer diabética	265	11,6±2,5	11,3±2,5	22,8±4,3	126 (47,6)	113 (42,6)	26 (9,8)
	461				245 (53,3)	181 (39,2)	35 (7,5)
		p<0,01	P=0,1927	p<0,01	p=0,0075		

I.Mera-Gallego, J.A. Fornos-Pérez, J.A. Ferrer Úbeda, et al. Evaluación en farmacias del estado nutricional de mayores de 65 años. Farmacéuticos Comunitarios. 2017; 9(2):05-23. doi: 10.5672/FC.2173-9218. (2017/Vol 9).002.02

Pluripatología/polimedicación del anciano

Falta de adherencia en pacientes diabéticos en FARMACIA COMUNITARIA

% incumplidores		Batalla N (%)	Haynes-Sackett N (%)	Morisky-Green N (%)
Sexo	Hombre	476 (58,8)	142 (17,5)	374 (46,2)
	Mujer	487 (62,6)	188 (24,2)	365 (46,9)
	Total	963 (60,6)	330 (20,8)	739 (46,5)
	P-valor		<0,05	
Enfermedad	DIABETES	414 (55,1)	168 (22,3)	300 (39,9)
	HTA	881 (61,7)	301 (21,1)	668 (46,8)
	Dislipemia	504 (59,8)	177 (21,0)	390 (46,3)

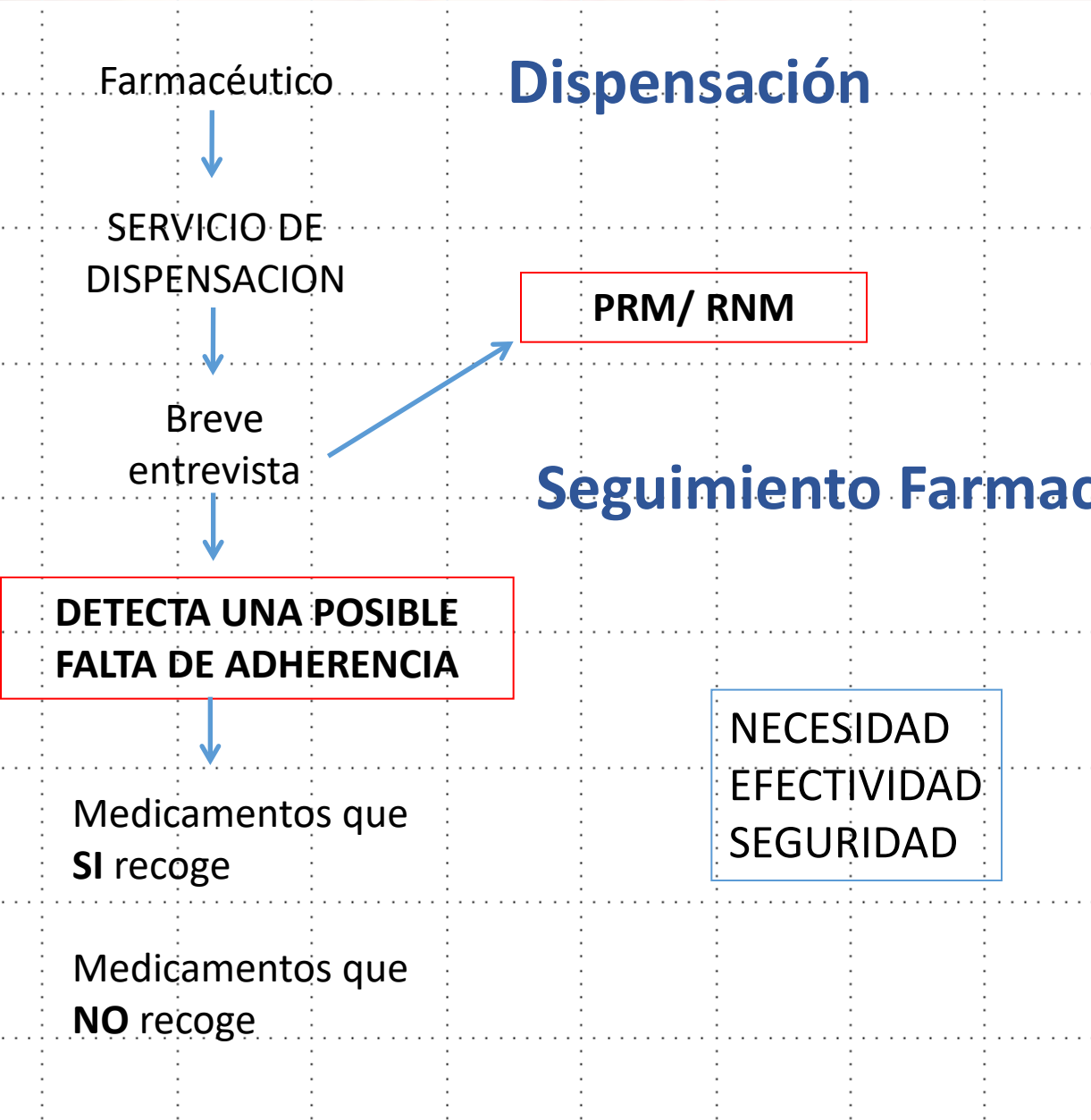


Edad



Fornos-Pérez JA, Andrés-Rodríguez NF, Andrés-Iglesias JC, Mera-Gallego R, et al. Valoración del cumplimiento de los tratamientos hipoglucemiantes y antihipertensivos en Galicia ('CumpleGa'). Farmacéuticos Comunitarios. 2017 Dec 30; 9(4):5-13 DOI: 10.5672/FC.2173-9218.(2017/Vol9).004.02

COVID-19 Y FARMACIA COMUNITARIA:
ATENCIÓN AL PACIENTE MAYOR CON DIABETES

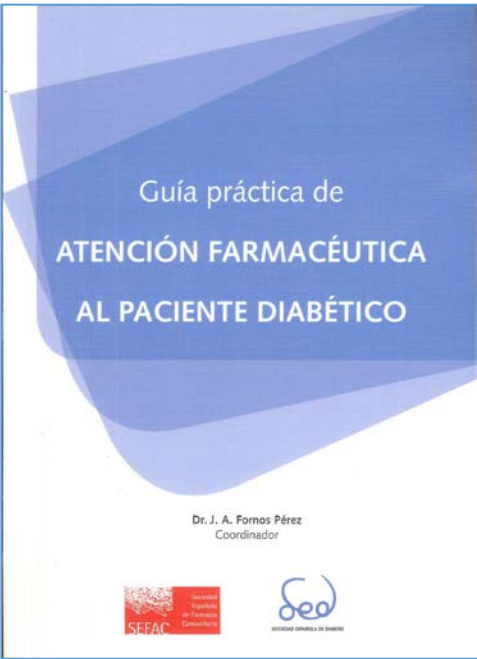
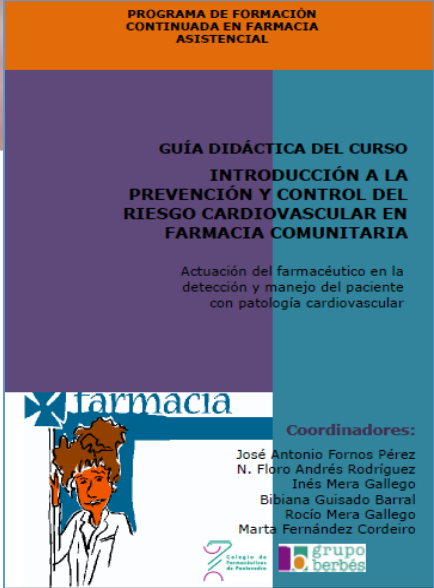


Dispensación

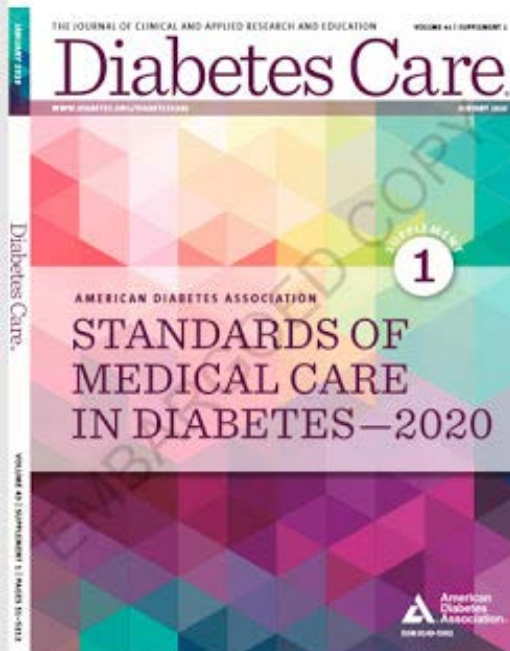
PRM/ RNM

Seguimiento Farmacoterapéutico

NECESIDAD
EFECTIVIDAD
SEGURIDAD



ASPECTO PSICOLÓGICO



Sección 12, S152

Recomendación de LA **DETECCIÓN TEMPRANA DE LA DEFICIENCIA COGNITIVA** leve o demencia que debe realizarse en adultos de 65 años de edad o mayores en la visita inicial y anualmente, según corresponda.



FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS

www.farmaceticoscomunitarios.org

Revista trimestral Volumen 10 Nº 4 | 2018

Proyecto CRIDECO: Cribado de deterioro cognitivo en farmacia comunitaria a partir de la queja subjetiva de memoria

María Teresa Climent Catalá¹, Lucrecia Moreno Royo², Vicente Gasull Molinera³, Rafael Sánchez Roy⁴, Jordi Pérez Tur⁵

1. Farmacéutica comunitaria, doctora en farmacia. 2. Catedrática de farmacología. Universidad Cardenal Herrera CEU. 3. Médico de Atención Primaria Comunidad Valenciana (SEMERGEN-CV). 4. Jefe de Servicio de Neurología Hospital Arnau de Vilanova (SVN). 5. Instituto de Biomedicina de Valencia (IBV-CSIC).

Grupo CRIDECO: Juan Pardo Albiach, Francisco Javier Muñoz Almaraz, Mónica Alacreu García, Hernán Ramos García, Javier Villar Sevilla, Daniela Feijoo, María Dolores Guerrero Masía, María Azorín Ruiz, Farmacia María Teresa Climent, Farmacia Q50, Farmacia Eduardo García Torres, Farmacia Andrés Navarro Clérigues, Farmacia Rosa María Prats Mas, Farmacia María Jose Benaches Gastaldo, Farmacia M^oEdelmira Córcoles, Farmacia Otón Bellver Monzó, Farmacia Luis Salar Ibáñez, Farmacia Joan Tormo Soler, Farmacia María Amigó Avellar, Farmacia Elena Roca Gil, Farmacia Antonio Fernández del Moral, Farmacia Cayetano García, Farmacia Amparo Bellvis, Farmacia Nacher Rubio, Farmacia María Dolores Ripoll, Farmacia Amparo Bellvis, Farmacia Marta Castro, Farmacia Álvaro Ribes Lainez.

DURANTE

CONFINAMIENTO

Alimentación y ejercicio físico en el anciano



DESCOMPENSACIONES: HIPERGLUCEMIAS

AUMENTO PESO- DISMINUCIÓN DE MASA MUSCULAR- SARCOPENIA

Pluripatología/polimedicación del anciano

SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DOMICILIARIA (AFD)

Garantizar la accesibilidad al Servicio de **Atención Farmacéutica Integral** a aquellos **grupos de riesgo** de padecer complicaciones por la infección del COVID-19.

DATOS REGISTRO

FECHA	SPFA/ ACTIVIDAD	FORMA SOLICITUD
7 Mayo 2020	☐ Indicación farmacéutica ☐ Disp. con entrega domiciliar ☐ SPD ☐ Consulta ☐ Otro	Defalar

DATOS PACIENTE

SEXO	EDAD	¿PRIMERA VEZ EN AFD?	SITUACIÓN FRENTE A LA COVID-19	VULNERABLE COVID-19**
☐ Hombre ☐ Mujer	años	☐ SI ☐ NO	Defalar	☐ SI ☐ NO
VIVE SOLO Y SIN CUIDADOR	MEDICAMENTOS H. ENIC	CONOCE EL PROCESO DE USO DE LOS MEDICAMENTOS	REALIZA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA	URGENCIA Y/O NECESIDAD
☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ Educación sanitaria ☐ Derivación sanitaria ☐ Farmacovigilancia ☐ SPD ☐ Seguim. ☐ Otros	☐ SI ☐ NO

NOTAS



SEFAC
e.XPERT

www.sefacexpert.org

Pluripatología/polimedicación del anciano

Farmacéutico



SERVICIO DE
DISPENSACION



Breve
entrevista



**DETECTA UNA POSIBLE
FALTA DE ADHERENCIA**

PRM/ RNM



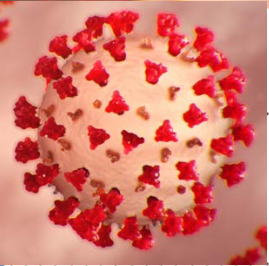
Dispensación telemática

Controles de salud

Continuidad al tto

IPM y educación sobre el
COVID-19

Educación diabetológica

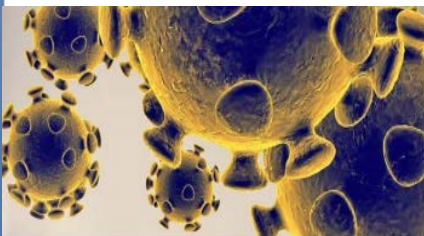


DIABETES EN TIEMPO DE COVID-19

Factor de riesgo .

COVID-19 Riesgo por muerte es hasta 50% más alto.

Riesgos asociados son mayores por un **mal control de la glucemia** → cetoacidosis diabética



SEEN

Sociedad Española de
Endocrinología y Nutrición

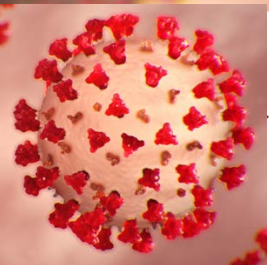


¿Qué necesita saber del COVID-19, si es una persona con diabetes?

Recomendaciones coronavirus (COVID-19) y personas con diabetes

A. Hussain, B. Bhowmik, N. Cristina do Vale Moreira,
COVID-19 and Diabetes: Knowledge in Progress, *Diabetes Research and Clinical Practice* (2020), doi:
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108142>

Estas acciones ayudarán a las personas con diabetes a prepararse y ayudar a prevenir la propagación de **COVID-19**, así como a cuidarse en el supuesto de que se viesen afectadas, e incluyen:



PERSONAS DIABÉTICAS CON COVID-19 TRATAMIENTOS

COVID-19

BIGUANIDAS: Metformina

Covid -19

+

Deshidratación o
insuficiencia renal

→

SUSPENDER

iDDP4: Sitagliptina, linagliptina

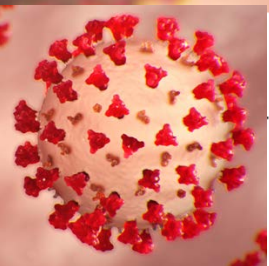
Covid -19

→

Hidratación

+

Control glucemias



PERSONAS DIABÉTICAS CON COVID-19

TRATAMIENTOS

aGLP1: Exenatida, liraglutida

Covid -19 **LEVE** → Hidratación + Control glucemias

Covid -19 **GRAVE** → **SUSPENDER**

iSGLT2: Dapaglifozina, empaglifozina

Covid -19



Riesgo de
deshidratación

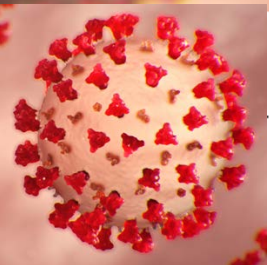


Riesgo de ceto-
acidosis glucémica



SUSPENDER

COVID-19



PERSONAS DIABÉTICAS CON COVID-19

TRATAMIENTOS

INSULINA

COVID-19

Covid -19



Ajuste de dosis (puede)



Control glucemias cada 4 horas



Mal control



Cuerpos cetónicos

IECAS/ARA II

No tienen efectos adversos en el contagio ni en la evolución de la enfermedad por COVID-19

¿DESPUÉS?/ DESESCALADA

CONFINAMIENTO

Alimentación y ejercicio físico en el anciano



Pluripatología/polimedicación del anciano

La **INSULINA PUEDE** aumentar significativamente el riesgo de **hipoglucemia** después del confinamiento

***9 de cada 10 personas cometen
algún error en la utilización de
los hipoglucemiantes
inyectables***

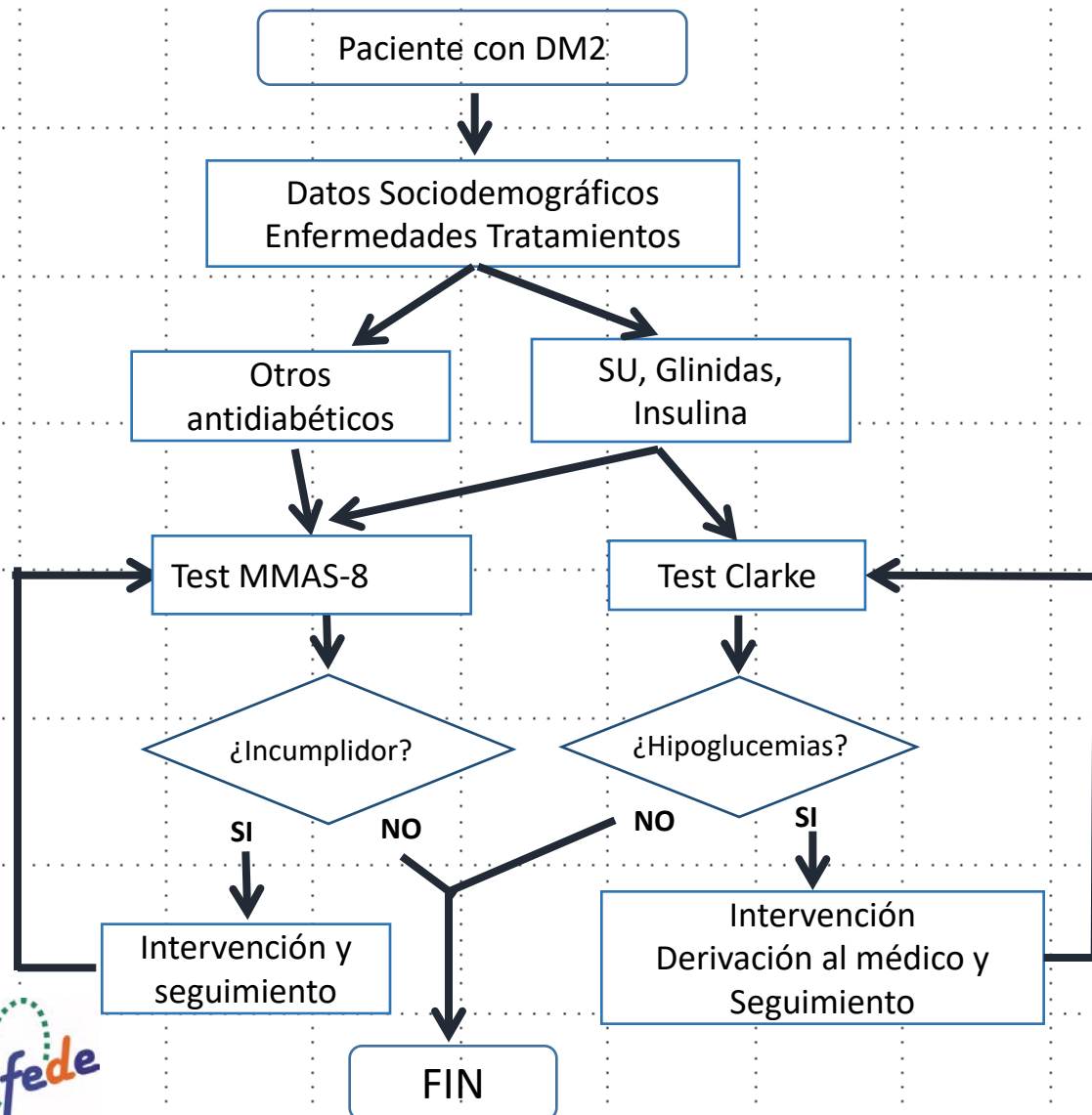
Mera I, Mera R. Evaluación de una intervención farmacéutica en la mejora de la utilización de hipoglucemiantes inyectables en farmacia comunitaria. Farmacéuticos Comunitarios. 2020 Apr 16; 12 (Supl 2º Congreso Semergen SEFAC): 37

Pluripatología/polimedicación del anciano

Incidir en la adherencia

Test de Morisky-Green de 8 ítems:
MMAS-8

ESTUDIO ADHIFAC. Grupo de diabetes de SEFAC



HIPOGLUCEMIAS

↑ Ejercicio

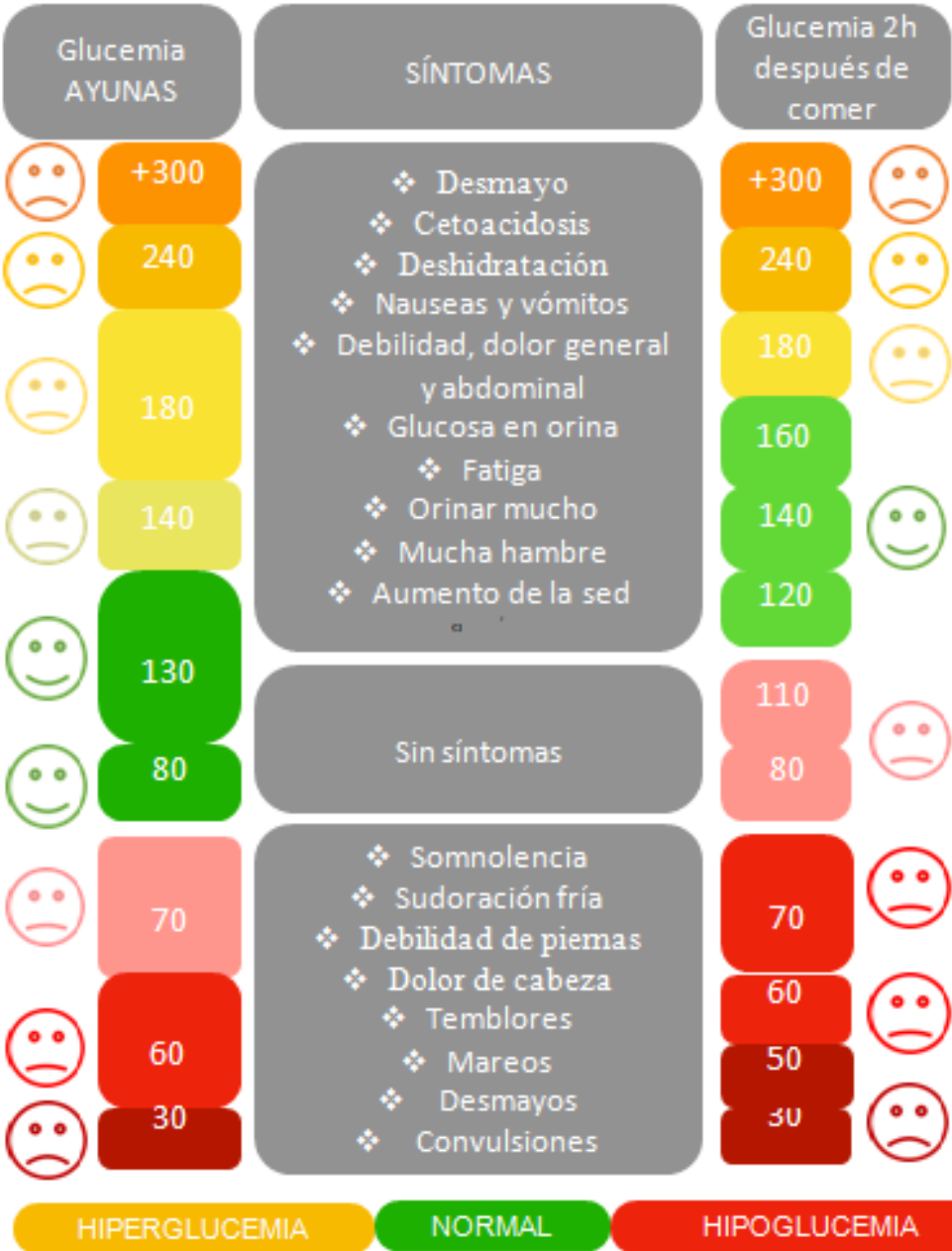
Y

= dosis fármaco

El 27,8% pacientes tienen hipoglucemias inadvertidas (Clarke≥4)

ESTUDIO ADHIFAC. Grupo de diabetes de SEFAC

INFOGRAFIA. Grupo de diabetes de SEFAC →



Vacunación

- Gripe y neumococo
- ¿COVID-19?

TABLA 4: Evolución de cobertura de vacunación antigripal en población ≥ 65 años. España, temporadas 2009-2010 a 2018-2019.

Temporada	Cobertura
2009-2010	65,7
2010-2011	56,9
2011-2012	57,7
2012-2013	57,0
2013-2014	56,2
2014-2015	56,2
2015-2016	56,1
2016-2017	55,5
2017-2018	55,7
2018-2019	54,3



GRACIAS

