

Conferencias y Simposios

CÁPSULA. Diabetes en el adulto mayor: heterogeneidad y personalización

Coordinador: Félix Puchulu

Heterogenidad de la diabetes en el adulto mayor

Guillermo Umpierrez

Profesor de Medicina, División de Endocrinología, Facultad de Medicina, Universidad de Emory, Director de la Red de Investigación Clínica del Hospital Grady Memorial, Estados Unidos

La diabetes mellitus (DM) en el adulto mayor constituye un síndrome clínico altamente heterogéneo. Personas de la misma edad cronológica pueden diferir en la duración y el tipo de DM, reserva fisiológica, comorbilidades, complicaciones vasculares, función renal, capacidad funcional, cognición, fragilidad, el apoyo social y la expectativa de vida. Por ello, la edad no debe determinar por sí sola las metas glucémicas ni la intensidad terapéutica. Las recomendaciones actuales proponen una evaluación periódica de los dominios médico, funcional, cognitivo, psicológico y social, incorporando las preferencias y prioridades del paciente^{1,2}.

Desde una perspectiva práctica, los adultos mayores pueden clasificarse como saludables, con salud compleja o intermedia, y con salud muy compleja. En personas independientes, con cognición intacta y pocas comorbilidades, puede considerarse una HbA1c de 7,0-7,5%. En quienes presentan múltiples enfermedades, deterioro funcional o cognitivo leve, una meta <8,0% es indicada. En pacientes con enfermedad avanzada, dependencia funcional o deterioro cognitivo moderado o grave, debe priorizarse la prevención de hipoglucemia e hiperglucemia sintomática, sin depender de una meta específica de HbA1c¹.

La hipoglucemia es el principal límite del control intensivo. Su riesgo aumenta con insulina, sulfonilureas, enfermedad renal crónica, ingesta irregular, deterioro cognitivo y polifarmacia. La HbA1c también puede ser errónea en presencia de anemia, transfusiones o enfermedad renal avanzada; en estas situaciones, la monitorización capilar o continua proporciona información más útil. La simplificación o desintensificación es apropiada cuando la carga o el riesgo supera el beneficio esperado.

La edad avanzada tampoco debe excluir tratamientos con protección cardiovascular y renal.

En adultos mayores con DM2, enfermedad cardiovascular aterosclerótica, insuficiencia cardíaca o enfermedad renal crónica, deben considerarse inhibidores de SGLT2, agonistas del receptor de GLP-1^{3,4}. Los inhibidores de SGLT2 reducen hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca y progresión renal, pero requieren vigilancia de volumen, hipotensión, infecciones genitales y enfermedades intercurrentes. Los agonistas de GLP-1 reducen los eventos cardiovasculares y la albuminuria, aunque deben utilizarse con cautela en caso de fragilidad, sarcopenia, bajo peso o gastroparesia. La nutrición y el ejercicio deben preservar masa muscular, movilidad y función, evitando restricciones excesivas en personas con fragilidad, sarcopenia o malnutrición establecida.

En definitiva, el tratamiento debe integrar riesgo cardiorrenal, función, nutrición, tolerabilidad, costo, capacidad de autocuidado y objetivos personales, con reevaluación después de hospitalizaciones o cambios clínicos, cognitivos o sociales.

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Older Adults: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S277-S294.
2. LeRoith D, Biessels GJ, Braithwaite SS, et al. Treatment of diabetes in older adults: An Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2019;104:1520-1574.
3. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).

4. Marx N, Federici M, Schütt K, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Eur Heart J. 2023;44:4043-4140.

Palabras clave: diabetes; heterogeneidad.

CAPSULE. Diabetes in older adults: heterogeneity and personalization

Coordinator: Félix Puchulu

Heterogeneity of diabetes in older adults

Guillermo Umpiérrez

Professor of Medicine, Division of Endocrinology, School of Medicine, Emory University, Director of the Clinical Research Network at Grady Memorial Hospital, United States

Diabetes mellitus (DM) in older adults is a highly heterogeneous clinical syndrome. Individuals of the same chronological age may differ in the duration and type of DM, physiological reserve, comorbidities, vascular complications, renal function, functional capacity, cognition, frailty, social support, and life expectancy. Therefore, age alone should not determine glycemic targets or therapeutic intensity. Current recommendations propose periodic assessment of the medical, functional, cognitive, psychological, and social domains, incorporating the patient's preferences and priorities^{1,2}.

From a practical perspective, older adults can be classified as healthy, with complex or intermediate health, and with very complex health. In independent individuals with intact cognition and few comorbidities, an HbA1c of 7.0–7.5% may be considered. In those with multiple illnesses, functional impairment, or mild cognitive impairment, a target of <8.0% is indicated. In patients with advanced disease, functional dependence, or moderate to severe cognitive impairment, prevention of hypoglycemia and symptomatic hyperglycemia should be prioritized, regardless of a specific HbA1c target.

Hypoglycemia is the main limitation of intensive glycemic control. Its risk increases with insulin, sulfonylureas, chronic kidney disease, irregular food intake, cognitive impairment, and polypharmacy. HbA1c can also be inaccurate in the presence of anemia, transfusions, or advanced kidney disease; in these situations, capillary or continuous glucose monitoring provides more useful information. Simplification or de-intensification is appropriate when the burden or risk outweighs the expected benefit. Advanced age should also not preclude treatments with cardiovascular and renal protection.

In older adults with type 2 diabetes, atherosclerotic cardiovascular disease, heart failure, or chronic kidney disease, SGLT2 inhibitors and GLP-1³ receptor agonists should be considered. SGLT2 inhibitors reduce hospitalizations for heart failure and renal progression, but require monitoring of fluid volume, hypotension, genital infections, and intercurrent illnesses. GLP-1 agonists reduce cardiovascular events and albuminuria, although they should be used with caution in cases of frailty, sarcopenia, low weight, or gastroparesis. Nutrition and exercise should preserve muscle mass, mobility, and function, avoiding excessive restrictions in individuals with frailty, sarcopenia, or established malnutrition.

In short, treatment should integrate cardiorenal risk, function, nutrition, tolerability, cost, self-care capacity, and personal goals, with reassessment after hospitalizations or clinical, cognitive, or social changes.

Key words: diabetes; heterogeneity.