



Diabetes en la persona mayor

10 de 10 en Geriatria
¿Cuáles son los principales factores de riesgo de diabetes tipo 2 en personas mayores?

Repensando el abordaje terapéutico en la persona mayor: más allá del control glucémico



Mejora la Adherencia al Tratamiento de tus Pacientes

Con Angela, tus pacientes reciben su medicación organizada por dosis, día y hora, **asegurando un tratamiento más efectivo.**



Organización de medicamentos por dosis, día y hora, en sobres.



Entrega gratuita a domicilio por nuestros enfermeros.



Recordatorios para que los pacientes nunca olviden una dosis.



Mayor tranquilidad para tus pacientes evitando olvidos y confusiones.

Con Angela, tus pacientes siguen su tratamiento sin preocupaciones, **al mismo costo que en farmacias tradicionales.**

Facilita el tratamiento de tus pacientes con medicación organizada y entrega en casa.



Revista AMG

Año 1, número 3

Abril 2025

ACADÉMICOS COLABORADORES

Sonia Elizabeth Juarez Herrera
Jonny Pacheco Pacheco
Marisol Valdés Escárcega
Josafat Francisco Martínez Magaña
Luz Gisela Salmerón Gudiño
David Ulises Domínguez Rivera
Juan Luis Trevizo Díaz
Jesús Avilio Martínez Beltrán
Martha Patricia Pizaña Ramírez
César Jesús Serrano Andrade
Everest Barrientos Lopez
Christopher Rubén Ferrel Escobar
Joel Alonso Cortez Sarabia
Sara Georgina Castro Flores
José Octavio Duarte Flores
Macarena Del Rosario
Sifuentes Martínez
Jesus Alejandro Gomez Garcia
Nancy Aglaee Hernandez Roman
Rosaura Olivos Rodríguez
Hugo González Gómez
Arturo Rogelio Cisneros Carrillo
Karina Anahi Renteria Ortega
Juan Antonio Torres Castelán
Gonzalo Enrique Esquivel Martinez
Enrique Arechiga Muñoz
Sandra Itzel Sánchez Vázquez
María Elena Álvarez Cervantes
Yamile Fattel Ortiz
Alfonso Franco Navarro

EDITORES

Arturo Avila Avila
Juan Humberto Medina Chávez
Israel Soto Rivas

COLABORACIÓN ESPECIAL

Jonny Pacheco Pacheco
Marisol Valdés Escárcega
Miguel Angel Muñoz Arroyo
Clara Trinidad Loyo Pérez
Josafat Francisco Martínez Magaña

DISEÑO EDITORIAL

Brayan Reyes Cedeño



Copyright © 2025
Academia Mexicana de Geriatría
Todos los derechos reservados.

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualquiera de las siguientes formas: electrónicas o mecánicas incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación e información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo o por escrito por parte de la Academia Mexicana de Geriatría.

Esta revista solo tiene fines educativos.

Agradecimiento especial a Koltin
por formar parte de este número.

KOLTIN



¡Se parte de nuestra comunidad!
Síguenos en nuestras redes sociales:



Spotify

Salud y Envejecimiento Podcast



Apple Podcast

Salud y Envejecimiento Podcast



TikTok

@amgeriatriaac



Youtube

@academiamexicanadegeriatria



Instagram

/amgeriatriaac



Facebook

/AcademiaMexicanaDeGeriatría



X

/AMGeriatríaAC



EDITORIAL

La diabetes, se posiciona como una de las tres enfermedades más frecuentes en la persona mayor. Su importancia es tanta que se encuentra como una de las cinco causas más frecuentes de mortalidad en el mundo y la segunda causa en México.

Al ser una enfermedad que puede tener diagnóstico en una etapa temprana de la vida puede tener repercusiones a largo plazo si aborda a tiempo.

Se ha comprobado que es una de las enfermedades que acelera el envejecimiento biológico y al hacerlo favorece a la aparición de otras enfermedades bien identificadas como enfermedad renal crónica, enfermedades cardíacas, así como eventos vasculares cerebrales (eventos cardiovasculares mayores). Debido a lo anterior incrementa la vulnerabilidad de adquirir síndromes geriátricos como fragilidad, sarcopenia, deterioro cognitivo, desnutrición, déficit visual y depresión entre muchos otros.

La diabetes en la persona mayor requiere un enfoque personalizado y muchas veces multidisciplinario (involucrando la comunicación y participación efectiva entre profesionales de la salud)

Esta coordinación es crítica para abordar eficazmente todas las comorbilidades asociadas.

Por último, la diabetes en la persona mayor se considera un tema primordial de salud pública que requiere atención especial y continua debido a su impacto en mortalidad y calidad de vida. Para optimizar la atención de la persona mayor, es fundamental establecer una comunicación clara y empática con el paciente, familia y red de apoyo

La tercera edición de la Revista Mexicana de Geriátrica ofrece a los profesionales de la salud un análisis profundo y actualizado de la diabetes en la persona mayor abordando todas sus dimensiones. No se pierdan este número imprescindible en su lectura en temas de salud.

Dr. Josafat Francisco Martínez Magaña
Médico Geriatra



GUADALAJARA GUADALAJARA®



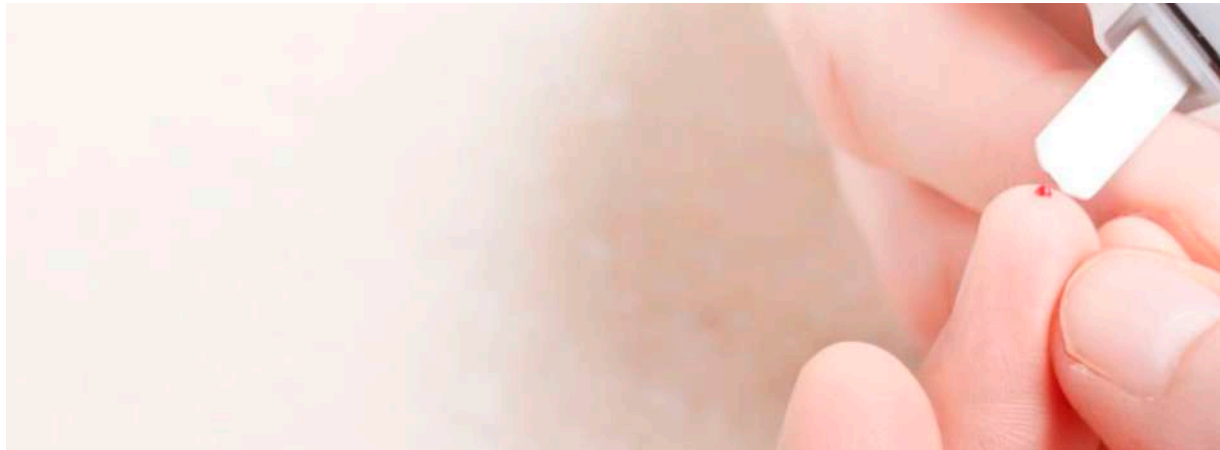
19 al 21 de junio de 2025 | Hotel Barceló | Guadalajara, Jalisco

SÍGUENOS



academiamexicanadegeriatria.mx

EN ESTE NÚMERO



10 de 10 en Geriatría: Diabetes Mellitus

- Pag. 8** 1. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo de diabetes tipo 2 en personas mayores?
- Pag. 10** 2. ¿Cómo se realiza el diagnóstico de diabetes tipo 2 en personas mayores?
- Pag. 12** 3. ¿Qué aspectos diferencian el tratamiento de la diabetes en personas mayores?
- Pag. 14** 4. ¿Cuáles son las mejores opciones de tratamiento inicial para diabetes tipo 2 en personas mayores?
- Pag. 18** 5. ¿Qué complicaciones crónicas de la diabetes son más frecuentes en personas mayores?
- Pag. 22** 6. ¿Cómo manejar los síndromes geriátricos en pacientes mayores con diabetes?
- Pag. 24** 7. ¿Cómo prevenir la hipoglucemia en personas mayores con diabetes?
- Pag. 26** 8. ¿Cómo educar al paciente mayor sobre el autocuidado de la diabetes?
- Pag. 28** 9. ¿Qué papel juega la dieta y la actividad física en el manejo de la diabetes en personas mayores?
- Pag. 31** 10. ¿Cómo realizar un seguimiento eficaz en personas mayores con diabetes?

Especialistas

- Pag. 33** Repensando el abordaje terapéutico en la persona mayor: más allá del control glucémico.
*Dr. Juan Humberto Medina Chávez,
Dra. Clara Trinidad Loyo Pérez*

Descargable

- Pag. 36** Sitios de interés para consulta de información relacionada con diabetes mellitus

www.academiamexicanadegeriatria.mx

ENCUÉNTRANOS EN NUESTRAS REDES SOCIALES COMO:
Academia Mexicana de Geriatría



TAMBIÉN PUEDES ESCUCHAROS EN
Salud y Envejecimiento Podcast





1.

¿Cuáles son los principales factores de riesgo de diabetes tipo 2 en personas mayores?

Jonny Pacheco Pacheco¹ | Marisol Valdez Escarcega²
Miguel Angel Muñoz Arroyo³

¹Médico Especialista, Instituto Nacional de Geriatría, Ciudad de México, México.

²Unidad de Geriatría. Hospital Médica Sur.

³Jefe de Servicios de Medicina Familiar (IMSS). Coordinador de Imagen Institucional y Proyectos Especiales de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Presidente de la Asociación de Médicos Residentes y Especialistas en Medicina de Familia.

La Diabetes Mellitus (DM) es un trastorno metabólico prevalente en la población geriátrica, caracterizado principalmente por alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos que resultan en hiperglucemia, en el metabolismo de los lípidos y las proteínas séricas. La diabetes es una condición de salud altamente prevalente en la población mayor. Más de una cuarta parte de las personas mayores de 65 años tienen diabetes, y la mitad de las personas mayores tienen prediabetes.

Factores de riesgo que contribuyen con la DM tipo 2.

No modificables	Modificables
<ul style="list-style-type: none"> • Edad avanzada • Grupo étnico latino, afrodescendiente o nativo-americano • Antecedentes familiares de DM • Trasplante renal • DM gestacional • Síndrome de poliquistosis ovárica 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso y obesidad • Inactividad física • Sedentarismo • Hipertensión arterial • Enfermedad cardiovascular • Dislipidemia • Síndrome metabólico • Enfermedades pancreáticas • Uso prolongado de corticoesteroides

Las personas mayores con diabetes tienen tasas más altas de muerte prematura, discapacidad funcional, pérdida acelerada de masa muscular y enfermedades coexistentes, como hipertensión, enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular, que aquellos sin diabetes. Aunado a esto, tienen un mayor riesgo que otras personas mayores de desarrollar varios síndromes geriátricos comunes, como la polifarmacia, el deterioro cognitivo, la depresión, la incontinencia urinaria, las caídas lesivas, el dolor persistente y la fragilidad.

-
- Ceriello A, Prattichizzo F. Variability of risk factors and diabetes complications. *Cardiovasc Diabetol*. 2021 May 7;20(1):101. doi: 10.1186/s12933-021-01289-4.
 - ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al. American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2023. December 2022, *Diabetes care*; Vol.46, S41-S48. doi:https://doi.org/10.2337/dc23-S003
 - Sosa E, Martínez JF, Medina CD, Moreno JA. Capítulo 22: Diabetes Mellitus. In: Avila A, Medina J, Soto I, Barrientos E. *Medicina Geriátrica de Primer Contacto*. Primera edición. Academia Mexicana de Geriátrica. (2024). ISBN: 978-607-97533-7-5



2.

¿Cómo se realiza el diagnóstico de diabetes tipo 2 en personas mayores?

La DM2 en personas mayores se presenta con mayor frecuencia mediante la detección de niveles elevados de glucosa en exámenes de laboratorio rutinarios. Aunque los **síntomas clásicos** de la diabetes, como **polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso**, son indicativos de hiperglucemia grave, es menos común que las personas mayores se presenten con estas manifestaciones.

A menudo, pueden mostrar síntomas leves, como pérdida de peso inexplicada, o incluso síntomas atípicos derivados de la hiperglucemia, como caídas, incontinencia urinaria, fatiga o confusión. Dado que la diabetes tipo 2 puede permanecer sin diagnóstico durante años, algunas personas mayores son diagnosticadas por complicaciones relacionadas, como pérdida visual con retinopatía, proteinuria o neuropatía periférica sintomática. Aunado a las manifestaciones clínicas y la evaluación integral, se deben realizar pruebas de laboratorio para realizar el diagnóstico de DM:

Criterios diagnósticos para DM de acuerdo con la ADA

Glucosa plasmática en ayuno

>126 mg/dL (7.0 mmol/L) con ayuno mayor de 8 horas.

o

Curva de tolerancia a la glucosa (OGTT)

Glucosa plasmática a las 2 horas (2-h PG) ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L).

- La prueba debe realizarse según lo descrito por la OMS, utilizando una carga de glucosa que contenga el equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.
- En ausencia de hiperglucemia inequívoca, el diagnóstico requiere dos resultados anormales provenientes de la misma muestra o de dos muestras de prueba separadas.

o

Hemoglobina glucosilada HbA1C

$\geq 6.5\%$ (48 mmol/mol).

La prueba debe realizarse en un laboratorio utilizando un método certificado por el NGSP y estandarizado al ensayo del Diabetes Control and Complications Trial (DCCT).

o

Glucosa plasmática aleatoria

≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L)

En un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica.

Hemoglobina glucosilada tiene varias ventajas en comparación con otras pruebas diagnósticas, como la comodidad (no se requiere ayuno), mayor estabilidad preanalítica y menos variaciones en los niveles diarios durante el estrés, los cambios en la nutrición o cuadros agudos de enfermedades.

Los factores que afectan las concentraciones de hemoglobina o el recambio de eritrocitos pueden afectar la hemoglobina glucosilada (talasemia, deficiencia de vitamina B12, deficiencia de folatos), puede no ser adecuada en personas con anemia, personas tratadas con eritropoyetina o personas sometidas a hemodiálisis o tratamiento contra el VIH.

-
- Ávila A, Mantilla W, Medina R. Capítulo 2: Vacunas en personas mayores. In: Ávila A, Medina J, Soto J, Barrientos E. Medicina Geriátrica de Primer Contacto. Primera edición. (2024). Academia Mexicana de Geriatria. ISBN: 978-607-97533-7-5
 - Barreda-Zaleta L, Salinas-Lezama E, Díaz-Greene E, Rodríguez-Weber F. La vacunación en el adulto en México. Med. interna Méx. 2019; 35(2): 287-297.
 - Gutierrez-Robledo L, Caro-López E, Guerrero-Almeida M de L, Dehesa-Violante M, Rodríguez-Noriega E. 1o Consenso Mexicano de Vacunación en el Adulto. Gaceta Médica de México. 2017;153:5-70.
 - SSA 2024. Programa de Vacunación Universal Lineamientos Generales 2024 [Internet]. 2024. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1mTTTHdM2rZo4y-q0pX-4ffs-SE5A_vrvk/view.



3.

¿Qué aspectos diferencian el tratamiento de la diabetes en personas mayores?

El primer paso clave en el desarrollo de un programa de manejo de la diabetes en pacientes mayores es priorizar **objetivos individualizados** basados en la **esperanza de vida, fragilidad, comorbilidades, y el riesgo de hipoglucemia**. Estos incluyen la prevención de descompensaciones metabólicas y el control de factores de riesgo como hipertensión, dislipidemia y tabaquismo, que pueden contribuir a complicaciones a largo plazo.

Las **metas terapéuticas** para el control glucémico deben ser individualizadas, considerando las características de cada paciente, su estado de salud, expectativas de vida, comorbilidades y riesgos asociados con el tratamiento. Estas metas deben ser definidas en un contexto de toma de decisiones compartida entre el paciente y el equipo de salud, con el objetivo de maximizar beneficios, minimizar riesgos y promover la adherencia al tratamiento.

Metas terapéuticas de acuerdo al perfil de paciente

Perfil del paciente	Meta terapéutica		
	HbA1C	Glucosa capilar preprandial	Glucosa capilar postprandial
Adulto robusto e independiente (metas generales)	<7 %	80-130 mg/dL	<180 mg/dL
Con riesgo cardiovascular elevado + multi-comorbilidad	<8 %	-	-
Con complicaciones cardiovasculares	<6.5 % <u>manejo estricto</u>	-	-
Con fragilidad o discapacidad leve	7.5-8 %	140-150 mg/dL	-
Con deterioro cognitivo o discapacidad moderada/grave	8-8.5 %	160-170 mg/dL	-
Cuidados al final de la Vida	No se benefician por metas estrictas de tratamiento.		

- ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al., American Diabetes Association. 6. Glycemic targets: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care* 2023;46(Suppl. 1):S97–S110. doi:<https://doi.org/10.2337/dc23-s006>
- Lee PG, Halter JB. Chapter 99: Diabetes Mellitus. In: Duque G, Fatima M, Zanker J, Troen B. *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Eight editions. McGraw-Hills; 2022. DOI: 10.1001/jama.2014.

4.

¿Cuáles son las mejores opciones de tratamiento inicial para diabetes tipo 2 en personas mayores?

En personas mayores con diabetes tipo 2, la metformina es el fármaco de primera línea, salvo que existan contraindicaciones como insuficiencia renal avanzada (tasa de filtración glomerular [TFG] <30 mL/min) o riesgo elevado de acidosis láctica. De acuerdo con las guías internacionales, la dosis inicial recomendada es de **500 mg una vez al día**, preferiblemente durante o después de los alimentos, y puede ajustarse gradualmente en intervalos semanales hasta alcanzar una dosis efectiva de mantenimiento de **1500-2000 mg diarios**, divididos en dos o tres tomas, para minimizar efectos secundarios gastrointestinales. La metformina es especialmente útil por su bajo riesgo de hipoglucemia y su efecto beneficioso en la sensibilidad a la insulina.

Los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (iDPP4) como sitagliptina, linagliptina, saxagliptina, vildagliptina y alogliptina son fármacos orales útiles en múltiples situaciones específicas del paciente con DM. Su seguridad en el tratamiento radica su bajo riesgo de hipoglucemias y la falta de alteraciones en el peso corporal. Por su buena tolerancia y su buen comportamiento a nivel renal y cardiovascular, están indicados en pacientes adultos mayores, renales y con comorbilidad

Por otro lado, en pacientes con insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica o que se beneficien de la pérdida de peso, los **inhibidores de SGLT2** (como dapagliflozina o empagliflozina) La dosis inicial recomendada para dapagliflozina es de **5 mg una vez al día**, mientras que liraglutida se inicia con **0.6 mg subcutáneos diarios**, ajustándose según tolerancia y respuesta clínica. Los **agonistas del receptor GLP-1** (como liraglutida o semaglutida) son excelentes opciones complementarias o alternativas.



Manejo farmacológico inicial preferido de DM tipo 2

Grupo	Medicamento/ Presentación	Dosis Inicial / mantenimiento / máxima		Observaciones Efectos secundarios (ES)		
Biguanida	Metformina	inicial	425 mg/día	De primera elección ES: Intolerancia gastrointestinal debido a la distensión y diarrea.		
		mantenimiento	500 mg/día			
		máxima	2550 mg/día			
iDPP 4	Sitagliptina	inicial	50 mg/día	TFG 30-60 ml/min: Ajustar dosis al 50% TFG <30 ml/min: Sitagliptina y Linagliptina ajustar dosis 25%, resto no recomendado su uso.		
		maxima	100 mg/día			
	Linagliptina	inicial	2.5 mg/día			
		maxima	5 mg/día			
	Vildagliptina	inicial	50 mg/día			
		maxima	50 mg/cada 12 horas			
	Saxagliptina	inicial	2.5 mg/día			
		maxima	5 mg/día			
	Alogliptina	inicial	25 mg/día			
		maxima	25 mg/día			
	Inhibidores de SGLT2	Dapaglifozina	inicial		5 mg/día	Se recomienda: TFG ≥45 mL/min para iniciar y es útil en insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida y enfermedad renal crónica. ES: Infecciones de vías urinarias, deshidratación, hipotensión ortostática.
			mantenimiento		10 mg/día	
máxima			10 mg/día			
Empaglifozina		inicial	10 mg/día			
		mantenimiento	25 mg/ día			
		máxima	25 mg /día			

Manejo farmacológico inicial preferido de DM tipo 2

Grupo	Medicamento/ Presentación	Dosis Inicial / mantenimiento / máxima	Observaciones Efectos secundarios (ES)	
Agonistas del receptor GLP-1	Liraglutida	inicial	0.6 mg/día subcutáneo	De primera elección
		mantenimiento	1.2 mg/día subcutáneo	<ul style="list-style-type: none"> Indicada para control glucémico y reducción de riesgo cardiovascular. Administrar a la misma hora cada día. Útil en obesidad, pero requiere vigilancia nutricional.
		máxima	1.8 mg/día subcutáneo	ES: náuseas, vómito, pérdida de peso significativa.
	Semaglutida	inicial	0.25 mg/semana subcutáneo	Beneficios significativos en pérdida de peso y control cardiovascular. Ajustar gradualmente para mejorar tolerancia gastrointestinal. ES: náuseas, vómito, diarrea, hipoglucemia en combinación con otros agentes, pérdida de apetito.
		mantenimiento	0.5-1 mg/semana subcutáneo	
		máxima	2 mg/semana subcutáneo	
	Exenatida (liberación prolongada)	inicial		Se administra semanalmente, preferiblemente en el mismo día.
		mantenimiento	2 mg/semana subcutánea	No usar en pacientes con TFG <30 mL/min.
		máxima		ES: náuseas, vómitos, nódulos en sitio de inyección, pancreatitis aguda.
	Combinación Insulina Glargina/ Lixisenatide	100 UI/33 mcg/ml	Dosis diaria máxima es de 60 unidades de insulina glargina y 20 mcg de lixisenatida.	100 unidades/ml + 33 microgramos/ml pluma precargada libera pasos de dosis de 30-60 unidades de insulina glargina en combinación con 10-20 mcg de lixisenatida.
		100 UI/50 mcg/ml		100 unidades/ml + 50 microgramos/ml pluma precargada libera pasos de dosis de 10-40 unidades de insulina glargina en combinación con 5-20 mcg de lixisenatida.
	Combinación Insulina Degludec/ Liraglutide	100 UI/3.6 mg/ml	Dosis diaria máxima de 50 unidades de insulina degludec + 1,8 mg de liraglutida	Cada ml de solución contiene 100 unidades de insulina degludec y 3,6 mg de liraglutida

Las sulfonilureas e insulina deben emplearse con precaución en esta población debido al riesgo elevado de hipoglucemia, adaptando las dosis cuidadosamente según el perfil del

paciente. La elección del tratamiento debe individualizarse, considerando la funcionalidad, comorbilidades y objetivos terapéuticos de cada paciente.

Tipos de insulinas en México para el manejo de DM tipo 2

Agentes insulínicos	Inicio de acción	Pico de acción	Duración de acción	¿Cuándo?
Rápida <ul style="list-style-type: none"> • Aspart • Lispro • Glulisina 	Inmediato 10-20 min 15-30 min 20-30 min	1-2 horas 10-50 min 30-90 min 30-90 min	<4 horas 3-5 hrs 3-5 hrs 1-5 hrs	ANTES de los alimentos, por la mañana
Acción corta <ul style="list-style-type: none"> • Regular 	30 minutos	2-3 horas	5-8 horas	30 minutos ANTES de los alimentos
Intermedia <ul style="list-style-type: none"> • NPH 	2-3 horas	4-8 horas	10-14 horas	
Prolongada <ul style="list-style-type: none"> • Glargina • Determir • Degludec 	1-2 horas	No tiene	12-24 horas	1-2 veces al día, DESPUÉS de los alimentos
Inhalada <ul style="list-style-type: none"> • Polvo de insulina humana 	5-10 min	1 hora	5-10 horas	10 minutos ANTES de los alimentos

- Ávila A, Mantilla W, Medina R. Capítulo 2: Vacunas en personas mayores. In: Ávila A, Medina J, Soto I, Barrientos E. Medicina Geriátrica de Primer Contacto. Primera edición. (2024). Academia Mexicana de Geriatria. ISBN: 978-607-97533-7-5
- Common Side Effects After Vaccination [Internet]. Older Adults. 2024. Disponible en: <https://me.health.gov.il/en/older-adult/services-rights/vaccines-for-older-adults/vaccine-side-effects/adverse-effects/>
- Eseverri J, Ranea S, Marín A. Reacciones adversas a vacunas. Allergol et Immunopathol. 2003;31(3):125-38.

5.

¿Qué complicaciones crónicas de la diabetes son más frecuentes en personas mayores?

Los niveles elevados de glucosa en sangre estimulan la inflamación, regulan las células inmunitarias y promueven la producción de radicales libres citotóxicos, atacando así las células del miocardio y las células endoteliales vasculares, lo que conduce a la aparición de complicaciones graves.



Complicaciones	Recomendaciones de prevención
<p>Hipoglucemia</p> <p>Descenso anormal del nivel de glucosa en sangre (<70 mg/dL), que puede causar mareos, confusión, convulsiones o pérdida de la conciencia. Son más vulnerables por disminución de las reservas contrarreguladoras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre signos y manejo de hipoglucemia. • Ajuste de dosis de insulina y medicamentos. • Monitoreo frecuente en pacientes con riesgo alto. • Uso de monitor continuo de glucosa para evitar episodios recurrentes.
<p>Retinopatía diabética</p> <p>Daño a los vasos sanguíneos de la retina, que puede progresar a ceguera si no se trata.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de fondo de ojo al realizar el diagnóstico de DM y anualmente. • Control glucémico y de presión arterial. • Manejo con anti-VEGF o fotocoagulación láser en casos avanzados
<p>Neuropatía diabética</p> <p>Daño a los nervios periféricos que causa dolor, entumecimiento o pérdida de función sensorial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación anual mediante el monofilamento de 10 g para detectar pérdida sensorial. • Control glucémico óptimo. • Manejo de factores de riesgo como dislipidemia y tabaquismo.
<p>Pie diabético</p> <p>Lesiones en los pies, que pueden progresar a úlceras, infecciones graves, hasta pérdida de extremidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inspección visual en cada visita médica y evaluación del riesgo anualmente. • Educación sobre cuidado de los pies y uso de calzado cerrado, amplio, antiderrapante. • Control glucémico estricto.
<p>Enfermedad renal diabética</p> <p>Daño progresivo a los riñones, manifestado por aumento de albuminuria o disminución del TFG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación anual de albuminuria y eGFR. • Uso de inhibidores de SGLT2 o finerenona en pacientes con daño renal confirmado. • Control de presión arterial y glucosa.
<p>Deterioro cognitivo</p> <p>Incremento en el riesgo de demencia, Alzheimer y disfunción ejecutiva debido a hiperglucemia crónica y episodios de hipoglucemia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tamizaje anual de deterioro cognitivo en mayores de 65 años. • Adaptación del manejo según la capacidad funcional. • Intervención temprana para mitigar riesgos relacionados con hipoglucemias severas.

Complicaciones	Recomendaciones de prevención
<p>Fragilidad</p> <p>Síndrome geriátrico caracterizado por pérdida de masa muscular, disminución de la fuerza, fatiga y mayor riesgo de caídas y hospitalizaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación periódica con escalas de fragilidad. • Intervenciones multidisciplinarias como ejercicio de resistencia y manejo nutricional para prevenir pérdida funcional. • Adecuación de metas glucémicas y polifarmacia.
<p>Complicaciones cardiovasculares</p> <p>Riesgo elevado de enfermedad coronaria, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control agresivo de presión arterial y lípidos. • Uso de estatinas en prevención primaria/ secundaria. • Terapia antitrombótica en casos seleccionados. • Estilo de vida saludable y abandono de tabaquismo.
<p>Infecciones</p> <p>Mayor susceptibilidad a infecciones urinarias y neumonía debido a alteraciones en la inmunidad asociadas a hiperglucemia crónica y comorbilidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunación contra influenza y neumococo. • Tamizaje de infecciones urinarias en pacientes sintomático • Optimización del control glucémico para mejorar la función inmunitaria.

Los adultos mayores con diabetes también requieren un mayor apoyo del cuidador y tienen un mayor riesgo que otros adultos mayores de varios síndromes geriátricos comunes como depresión, la incontinencia urinaria, caídas, dolor cónico, así como la polifarmacia.

- American Diabetes Association. 8. Obesity and weight management for the prevention and treatment of type 2 diabetes: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*. 2023;46(Suppl 1):S128–S139.
- ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al., American Diabetes Association. 12. Retinopathy, neuropathy, and foot care: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care* 2023;46(Suppl. 1):S203–S215

Servicios asistenciales: cuidador@s / enfermer@s.

ATENCIÓN GERONTOLÓGICA

Centrada en la Persona

En nuestra atención gerontológica, nos enfocamos en el bienestar y la dignidad de cada persona, proporcionando cuidados personalizados que respetan sus necesidades, deseos y valores.

✓ ¿Qué ofrecemos?

- ◆ Atención integral a adultos mayores.
- ◆ Enfoque centrado en la persona, respetando su autonomía.
- ◆ Cuidado físico, emocional y social.
- ◆ Acompañamiento especializado para una mejor calidad de vida.

Contáctanos



55 2883 8677



dignity_enfermeria_a_domicilio



6.

¿Cómo manejar los síndromes geriátricos en pacientes mayores con diabetes?

El tratamiento integral requiere una valoración geriátrica integral de las esferas cognitiva, psicológica, nutricional, funcional, sensorial

El manejo de los síndromes geriátricos en personas mayores con DM requiere un enfoque integral y personalizado, considerando las interacciones entre la diabetes y los problemas relacionados con el envejecimiento. El Instituto para la Mejora de la Atención Médica (Institute for Healthcare Improvement) ha desarrollado un marco llamado "4M" basado en la evidencia para la atención médica amigable para los adultos mayores, los elementos clave de este enfoque para el cuidado son las áreas: Mental, Medicamentos, Movilidad y lo que Más importa (enfoque centrado en la persona), interrelacionados ya que cualquiera de los componentes puede afectar a las otras áreas.

INICIATIVA 4 M

Mental

- Autocuidado y administración de medicamentos
- Capacidad para usar la tecnología para la diabetes
- Ansiedad, depresión
- Deterioro cognitivo leve o demencia
- Habilidades de afrontamiento

Medicamentos

- La dificultad que representa el tratamiento
- Asequibilidad y/o cobertura de seguros médicos
- Enfermedad terminal o complicaciones que afectan la elección del tratamiento
- Polifarmacia
- Antecedentes de efectos adversos del tratamiento
- Apoyo social y familiar
- Riesgo de hipoglucemia, desconocimiento de síntomas de hipoglucemia y miedo a la hipoglucemia

Movilidad

- Complicaciones en los pies
- Funcionalidad
- Fragilidad y sarcopenia
- Debilidad de extremidades
- Neuropatía
- Discapacidad visual y auditiva

Lo que Más importa

- Discutir objetivos y expectativas
- Síntomas y carga psicológica por la enfermedad
- Preferencias de comidas y tratamientos (por ejemplo, inyecciones y monitoreo de glucosa)
- Riesgos, carga y beneficios del tratamiento
- Soledad, aislamiento social y calidad de vida general
- Expectativa de vida, cuidados paliativos

Diabetes Care. 2024;48(Supplement_1): S266-S282. doi:10.2337/dc25-S013

La **fragilidad** es una condición prevalente que se debe abordar evitando hipoglucemias mediante objetivos glucémicos individualizados, optimizando la nutrición con enfoque en proteínas de alta calidad y micronutrientes esenciales, y promoviendo la actividad física, especialmente ejercicios de resistencia para mantener la masa muscular. Estos enfoques están respaldados por la *Asociación Americana de Diabetes (ADA)* y la *Sociedad Internacional de Geriatría*.

En el caso del **deterioro cognitivo**, es crucial simplificar los regímenes terapéuticos para mejorar la adherencia, involucrar a los cuidadores en el manejo diario y garantizar el monitoreo continuo de la adherencia y posibles efectos adversos. Además, el control glucémico debe ser menos estricto para minimizar los riesgos de hipoglucemias, dado que estos eventos pueden exacerbar el deterioro cognitivo. Estas estrategias se alinean con las recomendaciones de la *American Diabetes Association* y la *Guía de Práctica Clínica NICE* para personas mayores con diabetes.

Para prevenir **caídas**, es fundamental evaluar regularmente la presencia de neuropatía periférica, controlar episodios de hipoglucemia y revisar medicamentos que puedan causar mareos o hipotensión postural. Se deben implementar medidas de seguridad en el hogar y programas de rehabilitación para mejorar el equilibrio y la fuerza muscular. La colaboración entre equipos interdisciplinarios, incluidos médicos, enfermeras, farmacéuticos, dietistas y especialistas en salud mental, es clave para implementar un cuidado holístico y efectivo. Además, el involucramiento activo de los pacientes y sus familiares potencia los resultados, como lo subrayan guías internacionales y estudios recientes sobre diabetes en geriatría.

-
- ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al. 12. Retinopathy, neuropathy, and foot care: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*. 2023;46(Suppl 1):S203–S215.
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Type 2 diabetes in adults: management. NICE guideline [NG28]. 2022.
 - Sinclair AJ, Dunning T, Colagiuri S. Managing older people with diabetes: global guideline. *International Diabetes Federation (IDF)*. 2013.



7.

¿Cómo prevenir la hipoglucemia en personas mayores con diabetes?

La hipoglucemia en personas mayores con DM tipo 2 se presenta frecuentemente debido a la disminución en la sensibilidad a los síntomas de hipoglucemia, el uso de medicamentos hipoglucemiantes y la interacción con comorbilidades relacionadas con la edad. Los episodios de hipoglucemia pueden manifestarse de forma atípica en las personas mayores, con síntomas como confusión, mareos o debilidad, en lugar de los síntomas clásicos como sudoración o temblores. Este grupo poblacional también está en mayor riesgo de hipoglucemia grave, que puede llevar a caídas, fracturas, arritmias y deterioro cognitivo agudo.

La prevención de la hipoglucemia se basa en un manejo individualizado de los objetivos glucémicos, priorizando metas menos estrictas para minimizar riesgos. Esto implica ajustar las dosis de insulina y fármacos hipoglucemiantes (sulfonilureas), especialmente en pacientes con insuficiencia renal o deterioro cognitivo. Además, la educación sobre el reconocimiento temprano de los síntomas de hipoglucemia y la corrección adecuada es esencial, tanto para los pacientes como para sus cuidadores.

El monitoreo continuo de glucosa se ha convertido en una herramienta eficaz para identificar tendencias hipoglucémicas y evitar eventos severos. Las guías de la American Diabetes Association para 2024 recomiendan utilizar dispositivos de monitoreo

continuo en pacientes en alto riesgo de hipoglucemia. Asimismo, es fundamental revisar regularmente la medicación, evaluar el estado nutricional y ajustar el tratamiento farmacológico según el estado funcional y las preferencias del paciente.

Cómo actuar en caso de episodio de hipoglucemia

1. Reconocimiento y confirmación

Identificar los síntomas de hipoglucemia, como **confusión, mareos, sudoración excesiva, temblores, debilidad o cambios de comportamiento**.

Si es posible, confirmar con una medición de glucosa capilar (<70 mg/dL).

2. Administrar carbohidratos de acción rápida

15–20 g de carbohidratos simples como:

- 1/2 taza de jugo de frutas o refresco no dietético.
- 3–4 tabletas de glucosa.
- 1 cucharada de azúcar o miel.

Después, revalorar la glucosa en 15 minutos y repetir el tratamiento si los niveles no han subido por encima de 70 mg/dL.

3. Control de seguimiento

Una vez que la glucosa ha mejorado, administrar un alimento que **combine carbohidratos y proteínas** (por ejemplo, un sándwich pequeño o un vaso de leche) para prevenir recurrencia.

En caso de alteración del estado de alerta

Si el paciente está inconsciente o no puede tragar, administrar glucagón por vía intramuscular o subcutánea si está disponible.

Recurrir a un entorno hospitalario/urgencias para administrar glucosa intravenosa al 20–50%.

Es fundamental buscar atención médica inmediata.

-
- American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl. 1):S111–S125.
 - ADA Professional Practice Committee. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl. 1):S52–S76.
 - British Red Cross. First Aid for a Diabetic Emergency. [Internet]. 2024 [citado 2024 nov 26]. Disponible en: <https://www.redcross.org.uk/first-aid/learn-first-aid/diabetic-emergency>

8.

¿Cómo educar al paciente mayor sobre el autocuidado de la diabetes?

La educación sobre el autocuidado es esencial para que las personas mayores con DM tipo 2 mantengan un control óptimo de su condición y mejoren su calidad de vida. Un primer paso es participar en programas de educación para la autogestión de la diabetes (**DSMES**, por sus siglas en inglés), que ofrecen orientación sobre nutrición, actividad física, monitoreo de la glucosa y prevención de complicaciones. Estos programas también refuerzan la toma de decisiones informada y fomentan habilidades prácticas que capacitan a los pacientes para manejar su condición de manera independiente y eficaz, con el apoyo de profesionales de la salud y cuidadores.

Un enfoque importante es personalizar la educación según las necesidades del paciente, teniendo en cuenta factores como el nivel de alfabetización en salud y la posible presencia de deterioro cognitivo. Es clave simplificar las recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico, utilizando ejemplos prácticos y metas alcanzables para promover adherencia. Además, el monitoreo regular de los niveles de glucosa y la revisión de medicamentos deben explicarse de forma sencilla, enfatizando la prevención de hipoglucemias y complicaciones vasculares a través de una gestión cuidadosa. Al igual que explicar con detenimiento el manejo farmacológico que se recomienda y capacitar sobre el uso adecuado de cada medicamento y dispositivos (aplicación de insulina).

El manejo del estrés emocional relacionado con la diabetes es otro componente central de la educación. Las personas mayores con diabetes pueden experimentar **“estrés por diabetes”**, que afecta negativamente la adherencia al tratamiento. Los educadores deben fomentar el desarrollo de habilidades de afrontamiento, como la resolución de problemas y el establecimiento de metas realistas, además de identificar redes de apoyo social y derivar a atención psicológica cuando sea necesario. Estas intervenciones ayudan a mejorar el bienestar emocional y físico.

Finalmente, es importante incluir a los familiares y cuidadores en el proceso educativo, especialmente si el paciente enfrenta barreras físicas o cognitivas. Los familiares o cuidadores pueden desempeñar un papel clave en la implementación de cambios en el estilo de vida, el monitoreo diario y el manejo de medicamentos. Un enfoque colaborativo entre el equipo de atención médica, el paciente y su red de apoyo garantiza una estrategia integral para el autocuidado y mejora los resultados en salud.

- ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al., American Diabetes Association. 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care* 2023;46(Suppl. 1):S68–S96.
- Powers MA, Bardsley J, Cypress M, et al. Diabetes Self-management Education and Support in Adults With Type 2 Diabetes: A Consensus Report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care* [Internet]. 2020;43(7):1636–1649.
- Sinclair AJ, Dunning T, Colagiuri S. Managing older people with diabetes: Global guideline. International Diabetes Federation; 2013. ISBN 2-930229-86-1

KOLTIN

LA PRIMERA MEMBRESÍA DE SALUD PARA MAYORES DE 50 AÑOS

Incluye:

Seguro de gastos médicos

Acceso a la comunidad

Atención médica personalizada



Recomienda nuestra membresía o cotiza hoy en

www.koltin.mx

 5589939299 |  5625467650



9.

¿Qué papel juega la dieta y la actividad física en el manejo de la diabetes en personas mayores?

La dieta y la actividad física son componentes esenciales para el manejo de la DM tipo 2 en personas mayores. Las guías internacionales, como las de la *American Diabetes Association (ADA)*, subrayan la importancia de una alimentación equilibrada que controle los niveles de glucosa y una actividad física regular para mejorar la sensibilidad a la insulina y la salud general.

Es importante educar a los pacientes y sus cuidadores sobre cómo integrar estos hábitos en su vida diaria, ajustándolos a las condiciones y capacidades de cada individuo. De igual manera, monitorear el impacto de la dieta y el ejercicio sobre los niveles de glucosa y la salud general permite personalizar el tratamiento, mejorando los resultados a largo plazo. Ambos enfoques, dieta y ejercicio, no solo ayudan a controlar la glucosa, sino que también mejoran la calidad de vida, previenen complicaciones y reducen el riesgo de fragilidad, caídas y enfermedades cardiovasculares.

Recomendaciones específicas	Beneficios en el tratamiento de la DM
Dieta balanceada y saludable	
Limitar carbohidratos refinados y azúcares añadidos.	Previene picos de glucosa, mejora el control glucémico, y reduce complicaciones vasculares y neurológicas.
Aumentar la ingesta de fibra (frutas, vegetales, granos integrales).	Regula los niveles de glucosa, mejora la saciedad y contribuye al control de peso.
Consumir grasas saludables (aceite de oliva, aguacate, frutos secos).	Mejora la sensibilidad a la insulina, reduce la inflamación y protege la salud cardiovascular.
Incluir proteínas magras (pescado, pollo sin piel, legumbres).	Preserva la masa muscular, previendo la sarcopenia y mejorando la salud metabólica y la movilidad.
Controlar las porciones y evitar el exceso calórico.	Mantiene un peso saludable, mejorando la resistencia a la insulina y reduciendo complicaciones cardiovasculares.
Ejercicio	
Realizar mínimo 150 minutos de actividad física moderada a la semana (caminata, nadar, bicicleta).	Mejora el control glucémico, reduce riesgos cardiovasculares y favorece la salud metabólica.
Incorporar ejercicios de resistencia (levantamiento de pesas, entrenamiento con bandas elásticas de resistencia).	Mantiene y aumenta la masa muscular, mejora la sensibilidad a la insulina y previene la fragilidad.
Realizar ejercicios de flexibilidad y equilibrio (yoga, tai chi).	Mejorar el equilibrio, la movilidad y reduce el riesgo de caídas y fracturas.
Evitar el sedentarismo e inactividad física mediante pausas activas durante el día.	Reduce el riesgo de complicaciones metabólicas y cardiovasculares, mejora la circulación y el control glucémico.

Para personas mayores con diabetes, las guías internacionales como las de la American Diabetes Association (ADA), la Federación Internacional de Diabetes (IDF) y la Mayo Clinic sugieren un enfoque basado en patrones de alimentación saludables y personalizados, que prioricen alimentos con bajo índice glucémico (IG) y ricos en fibra.

Recomendaciones y estrategias nutricionales

Dieta rica en los siguientes alimentos:

- **Carbohidratos:** fritas, verduras, legumbres, cereales integrales, lácteos bajos en grasa.
- **Fibra:** verduras de hoja verde, frutas con cáscara, frutos secos y semillas, pan integral y avena.
- **Proteínas magras:** salmón, sardinas, atún, pollo, pavo sin piel, tofu, legumbres.
- **Grasas saludables:** aceite de oliva y canola, aguacate, frutos secos (almendras, nueces).

Patrones alimentarios

- Dieta mediterránea.
- Dieta vegetariana/vegana.

Se recomienda una ingesta calórica balanceada y ajustada según el índice de masa corporal (IMC) y nivel de actividad física.

Es clave trabajar con un profesional para personalizar el plan alimenticio y ajustar las dosis de los medicamentos cuando sea necesario.

Evitar o reducir la ingesta de alimentos con azúcares simples, grasas saturadas y trans, bebidas azucaradas.

Procurar horarios regulares

-
- Colberg SR, Albright AL, Bonfigli AR, et al. Exercise and Type 2 Diabetes: The American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: Joint Position Statement. *Diabetes Care* [Internet]. 2016;39(11):2065–2079. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc16-1728>
 - ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al., American Diabetes Association. 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care* 2023;46(Suppl. 1):S68–S96.

10.

¿Cómo realizar un seguimiento eficaz en personas mayores con diabetes?

El seguimiento eficaz en personas mayores con diabetes requiere un enfoque integral y multifactorial. Estudios recientes destacan que las **visitas médicas mensuales**, combinadas con el **monitoreo de la presión arterial y de glucosa capilar** por medio de glucómetros, sensores y tiras reactivas, mejoran significativamente el control glucémico. Existe evidencia veraz donde los pacientes mayores de 60 años lograron una reducción promedio de 2.25% en los niveles de HbA1c tras 24 semanas de intervención, lo que resalta la importancia de las estrategias personalizadas y el monitoreo continuo.

La **educación interactiva** continua también desempeña un papel clave. Programas que incluyen sesiones educativas mensuales a largo plazo han demostrado beneficios importantes, como la mejora del conocimiento sobre el manejo de la enfermedad, empoderamiento del paciente, y la adopción de nuevos hábitos saludable que propician la reducción de peso. Este enfoque no solo favorece la adherencia al tratamiento, sino que también contribuye a la autosuficiencia de los pacientes en su cuidado diario.

Aunado a este manejo, la prevención y detección temprana de complicaciones es clave. Las guías recomiendan un **examen de fondo de ojo anual** para identificar retinopatía diabética, y la **evaluación periódica de la función renal** mediante pruebas como la microalbuminuria. Asimismo, es crucial realizar exámenes para detectar neuropatía periférica, especialmente en pacientes con síntomas o factores de riesgo, evitando así úlceras o amputaciones.

Finalmente, el seguimiento debe incluir una valoración constante de la **funcionalidad, fragilidad y estado emocional** del paciente, aspectos esenciales en el manejo de personas mayores. La participación de familiares o cuidadores es vital para garantizar la adherencia al tratamiento y el apoyo emocional, como lo indican las guías internacionales. Esto contribuye a mejorar la calidad de vida y minimizar el riesgo de complicaciones relacionadas con el deterioro funcional o el aislamiento social.

- American Diabetes Association. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes care*. 2023 Jan;46:S68-S96. doi: 10.2337/dc23-S005
- Liu J, Shi X, Guo B. Influence of Information-Based Continuous Care on Disease Control and Treatment Compliance of Elderly Diabetic Patients. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2022 Oct 15;2022:4023123. doi: 10.1155/2022/4023123.
- Machry RV, Pedroso HU, Vasconcellos LS, Nunes RR, Evaldt CA, Yunes Filho EB, Rodrigues TDC. Multifactorial intervention for diabetes control among older users of insulin. *Rev Saude Publica*. 2018;52:60. doi: 10.11606/s1518-8787.2018052000144.

#SOMOSACADEMIA



“POR LA
EXCELENCIA
ACADÉMICA
EN GERIATRÍA”



¡AFÍLIATE! 



ESPECIALISTAS



Repensando el abordaje terapéutico en la persona mayor: más allá del control glucémico.

Dr. Juan Humberto Medina Chávez
y Dra. Clara Trinidad Loyo Pérez

El envejecimiento de la población mexicana presenta desafíos significativos en la atención médica, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2021, aproximadamente 12.4 millones de personas en México viven con diabetes, lo que representa el 9.8% de la población nacional¹. La prevalencia es aún mayor en adultos mayores: datos del Instituto Nacional de Salud Pública indican que en 2022, el 18.3% de los mexicanos padecían diabetes, con una prevalencia más alta en el grupo de 65 a 80 años, alcanzando un 15.7%².

Estas cifras subrayan la necesidad de un cambio en el paradigma hacia un enfoque integral y personalizado en el manejo de la diabetes en adultos mayores. A diferencia de los jóvenes, los este grupo etario presenta características fisiológicas, psicológicas y sociales que influyen en la respuesta al tratamiento.

La presencia de la multimorbilidad, polifarmacia, fragilidad y cambios en la composición corporal requieren estrategias que van más allá del control glucémico estricto, enfocándose en la preservación de la funcionalidad y la calidad de vida. La senescencia biológica conlleva cambios fisiológicos importantes, como la disminución de la masa muscular, alteraciones en la composición corporal, modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, que impactan

la respuesta a intervenciones médicas y requieren ajustes cuidadosos y precisos en el manejo médico o farmacológico.

En este sentido, el control metabólico en la vejez no puede limitarse solo a cifras de laboratorio. Debe contemplar dimensiones básicas como la socialización, la funcionalidad y la salud mental, ya que la depresión, la ansiedad y el aislamiento social son frecuentes¹ y subdiagnosticados, pero con un impacto clínico profundo sobre la adherencia terapéutica y los resultados en salud. También, se debe considerar el abandono en el consumo de tabaco³, alcohol y otras toxicomanías, que con frecuencia es olvidado en la práctica clínica por prejuicios o desconocimiento, esto representa una oportunidad de intervención real y efectiva, incluso en edades avanzadas.

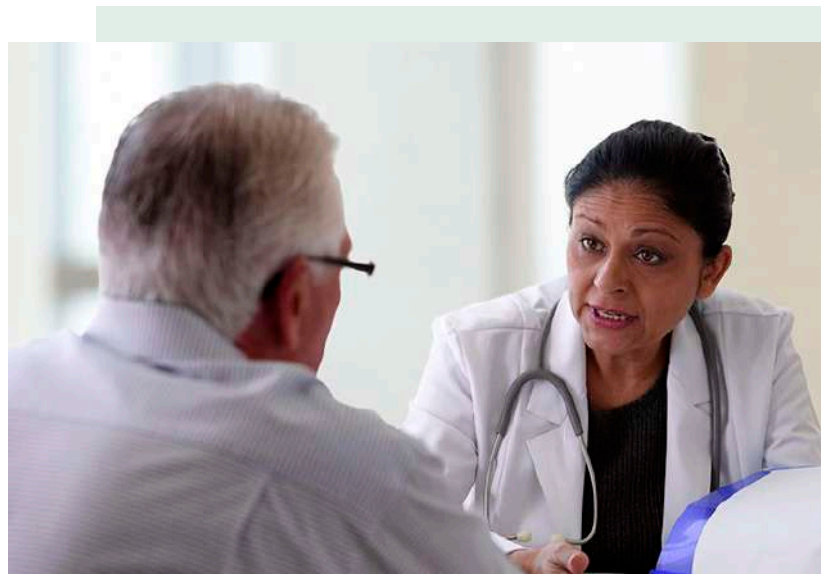


Asimismo, el manejo no farmacológico cobra un papel protagónico, particularmente en lo que se refiere al ejercicio físico y la alimentación. La evidencia muestra que el ejercicio de fuerza muscular progresiva no solo mejora la capacidad funcional y previene caídas, sino que también contribuye al control glucémico, reduce la inflamación crónica y preserva la masa ósea y muscular, factores claves para evitar la discapacidad⁴. También, una dieta equilibrada, adecuada en proteínas de alto valor biológico, baja en azúcares simples y rica en fibra, frutas, verduras y grasas saludables, constituye una piedra angular para el manejo de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión y dislipidemias.

En esta edad es muy frecuente la sarcopenia, pero puede prevenirse o atenuarse con intervenciones nutricionales y físicas oportunas. No se debe olvidar que el ejercicio estructurado y la composición de la dieta debe adaptarse a capacidades y comorbilidades, pero nunca subestimarse: incluso en edades avanzadas, es posible recuperar masa muscular, fuerza, movilidad y confianza funcional.

Finalmente, la comunicación asertiva y efectiva con la persona mayor no debe ser vista como un complemento, sino como un componente esencial del cuidado. Explicar con claridad, escuchar con atención, involucrar a la persona en la toma de decisiones y considerar sus valores, prioridades y contexto, son prácticas que promueven la adherencia terapéutica, previenen conflictos y favorecen resultados clínicos positivos. Este modelo de atención centrado en la persona, más que en la enfermedad, es un imperativo ético y clínico.

El desafío del envejecimiento en México no se resolverá únicamente con tecnología o nuevos fármacos. Requiere formar profesionales con sensibilidad, capacidad de escucha, habilidades interdisciplinarias y un enfoque genuinamente centrado en la persona. Es necesario replantear la forma en que cuidamos a las personas mayores, enfocar los esfuerzos en intervenciones integrales y reconocer el envejecimiento saludable como un derecho fundamental.



- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre COVID-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: INSP; 2022. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digital_4ago.pdf
- Russo MP, Grande-Ratti MF, Burgos MA, Molaro AA, Bonella MB. Prevalence of diabetes, epidemiological characteristics and vascular complications. Arch Cardiol Mex. 2023;93(1):30-36. doi: 10.24875/ACM.21000410.
- U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General. 2020. PMID: 32255575.
- Fragala MS, et al. Resistance Training for Older Adults: Position Statement From the National Strength and Conditioning Association. J Strength Cond Res. 2019;33(8):2019-2052.

Sitios de interés para consulta de información relacionada con diabetes mellitus

- Consejo de Salubridad General. (s.f.). PRONAM. <https://pronamsalud.csg.gob.mx/>

PRONAM Diabetes tipo 2 y síndrome metabólico.docx
- American Diabetes Association. (2025). Summary of revisions: Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Supplement_1), S6–S7. <https://doi.org/10.2337/dc25-Srev>

Asociación Americana de Diabetes+2Diabetes Journals+2Diabetes Journals+2
- American Diabetes Association. (2025). 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Supplement_1), S27–S38. <https://doi.org/10.2337/dc25-S002>

Asociación Americana de Diabetes+3Diabetes Journals+3Diabetes Journals+3
- American Diabetes Association. (2025). 13. Older adults: Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Supplement_1), S266–S279. <https://doi.org/10.2337/dc25-S013>
Diabetes Journals
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). (2024). Algoritmo de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *SEMERGEN*. <https://semergen.es/files/docs/biblioteca/guias/2024/algoritmoDiabetes2024.pdf>
- Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS). (2024). Resumen y novedades de Standards of Care in Diabetes de la ADA 2025. *redGDPS*. <https://www.redgdps.org/resumen-y-novedades-de-standards-of-care-in-diabetes-de-la-ada-2025>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). Diabetes. *OPS/OMS*. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Federación Internacional de Diabetes. (2024). Datos y cifras sobre la diabetes. *FID*. <https://idf.org/es/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
- Sociedad Española de Diabetes. (2025). Hospital de Día de Diabetes (HDD): Propuesta de valor. *SED*. <https://www.sediabetes.org/publicaciones/hospital-de-dia-de-diabetes-hdd-propuesta-de-valor>
- Grupo Arán. (2025). Revisiones en Diabetes 2025. *Revisiones en Diabetes 2025*. <https://revisionesdiabetes2025.grupoaran.com/>
- Revista Diabetes. (2025). Diabetes autoinmune latente del adulto. *Revista Diabetes*. <https://www.revistadiabetes.org/articulo/diabetes-autoinmune-latente-del-adulto/>
- Elsevier. (2025). ¿Ha cambiado el primer tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2? *Medicina Clínica*. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-avance-resumen-ha-cambiado-el-primer-tratamiento-S0025775324003890>
- Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS). (2024). Publicados los Standards of Care in Diabetes 2025 (ADA 2025). *redGDPS*. <https://www.redgdps.org/los-standards-of-care-in-diabetes-2025-ada-2025>



KOLTIN

Próximos números:

1. Atención centrada en la persona: transformado la atención geriátrica **¡Ya disponible!**
2. Vacunas en personas mayores **¡Ya disponible!**
3. Diabetes mellitus **¡Ya disponible!**
4. Cardiopatía isquémica
5. Enfermedad renal crónica
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
7. Hipertensión arterial sistémica
8. Osteoporosis
9. Insuficiencia cardiaca
10. Demencia
11. Dolor crónico no oncológico