



Mi Universidad

*Nombre del Alumno: **Rebeca María Henríquez Villafuerte***

*Nombre del tema: **Súper nota con los temas: hipertensión arterial sistémica y Diabetes mellitus en el adulto mayor***

*Parcial: **2°***

*Nombre de la Materia: **Geriatría***

*Nombre del profesor: **Dr. Darinel Navarro Pineda***

*Nombre de la Licenciatura: **Medicina Humana***

*Semestre: **6°***

San Cristóbal de las Casas, Chis, 20 de Abril de 2024.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL ADULTO MAYOR:

Es una enfermedad crónica, controlable de etiología multifactorial, que se caracteriza por un aumento sostenido en las cifras de la presión arterial sistólica (PS) por arriba de 140mmHg, y/o de la presión arterial diastólica (PD) igual o mayor a 90mmHg.



SÍNTOMAS:

La hipertensión arterial es una enfermedad que rara vez causa síntomas; sin embargo, se pueden presentar indicadores de presión arterial alta: dolor de cabeza, hemorragias nasales, alteraciones visuales como visión borrosa o sensación de ver lucécitas, y zumbidos en los oídos.

FACTORES DE RIESGO

Edad. Conforme envejecemos, el cuerpo experimenta cambios como la pérdida de elasticidad de las arterias que junto con la acumulación de lípidos obstruyen la circulación de la sangre y elevan la presión arterial.

Factores hereditarios. La presión alta suele ser

Sedentarismo. Las personas sedentarias tienden a tener una mayor frecuencia cardíaca.



Obesidad. El aumento del tejido adiposo (grasa) conlleva a un incremento del flujo sanguíneo para suministrar oxígeno y nutrientes a los tejidos.

Alto consumo de alcohol y tabaco. Con el tiempo, beber en exceso puede dañar el corazón.

El sexo. Antes de los 55 años, los hombres tienen una mayor probabilidad de tener presión arterial alta. Las mujeres son más propensas a tener presión arterial alta después de la menopausia.

DIAGNÓSTICO:

- ✓ Historia clínica
 - A) antecedentes heredofamiliares
 - hipertensión
 - enfermedad cardiovascular y cerebrovascular
 - diabetes mellitus tipo 2
 - dislipidemias
 - B) Exploración física
- ✓ Exámenes de laboratorio
- ✓ Otros procedimientos
 - Electrocardiograma
 - Telerradiografía de tórax
 - ecocardiograma



Establecer el diagnóstico

- Para clasificar a un individuo como hipertenso, se debe contar con un mínimo de tres registros de PA en diferentes días, a menos que el paciente tenga signos que sugieran daño de órgano blanco o acuda por una crisis hipertensiva (urgencia o emergencia)
- Es importante considerar siempre en las revisiones la cifra tensional más alta

- Clasificar al paciente de acuerdo con sus cifras de PA, con la presencia de factores de riesgo y de daño a órgano blanco o la de otras condiciones, (ver cuadros 2 y 3) estratificando el riesgo cardiovascular del paciente (ver cuadro 4)



TRATAMIENTO:

El tratamiento debe iniciar con recomendaciones de un cambio en el estilo de vida. En el tratamiento farmacológico se deben considerar tanto las cifras de presión arterial como la presencia de otros factores de riesgo, el daño a órganos blancos y las condiciones clínicas asociadas.

DIABETES MELLITUS TIPO II EN EL ADULTO MAYOR:

Es una enfermedad crónica, que a pesar de los sistemas de salud público en el mundo, continúa en aumento especialmente en países en vías de desarrollo ya sea por falta de acceso a medicamentos o métodos diagnóstico, tal y como es en México, teniendo esta enfermedad (con más de 500 mil casos nuevos diagnosticados por año) junto con la obesidad en primer lugar a nivel mundial.



EPIDEMIOLOGÍA:

El marcado incremento en la prevalencia mundial de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se debe principalmente al aumento de la obesidad y al envejecimiento poblacional, siendo la mayoría de los pacientes con DM2 mayores de 64 años.

En EE. UU., la prevalencia de diabetes en los individuos mayores de 65 años es del 21,6%⁵. En España la prevalencia de DM2 también aumenta con la edad, siendo en mayores de 75 años del 30,7% en varones y del 33,4% en mujeres, estancándose en los mayores de 85 años.

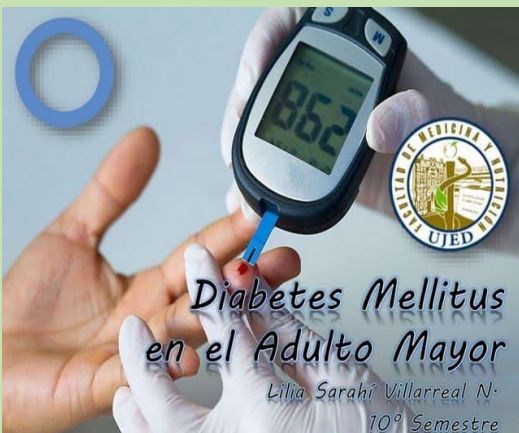
FACTORES DE RIESGO, SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y COMPLICACIONES QUE COMPROMETEN LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE.

- Síndrome de fragilidad
- Polifarmacia
- Deterioro cognitivo
- Caídas
- Pie diabético



CARACTERÍSTICAS FISIOPATOLÓGICAS DIFERENCIALES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

La intolerancia hidrocarbonada es un proceso muy ligado al envejecimiento. Así, mientras que los valores de glucemia en ayunas se incrementan poco con los años (1mg/dL por década), las cifras de glucemia tras una sobrecarga oral aumentan de manera mucho más marcada (>10mg/dL por década). Con la edad disminuye la secreción de insulina por las células beta pancreáticas, existiendo una menor respuesta de la insulina a la glucosa. Por otro lado, la resistencia a la insulina ligada al envejecimiento ocurre preferentemente en el músculo esquelético, más que en el hígado.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIFERENCIALES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ANCIANO

Los criterios diagnósticos de DM2 no se modifican con la edad. Dada la alta prevalencia de diabetes en este grupo poblacional, se recomienda una valoración analítica anual que incluya la hemoglobina glicada (HbA1c). En la práctica clínica, los ancianos con DM2 pueden presentar diabetes ya conocida y tratada antes de los 65 años, o bien desarrollar la enfermedad después de los 65 años con las características fisiopatológicas diferenciales comentadas. Se ha descrito que los pacientes que inician la DM2 en la edad media de la vida tienen una carga de enfermedad microvascular significativa, mayor necesidad de tratamiento con insulina y peores controles glucémicos que las personas en las que la DM2 comienza en edades más avanzadas.



FUNCIÓN FÍSICA

Los ancianos con diabetes presentan un alto riesgo de desarrollar fragilidad y posterior discapacidad. En los pacientes con DM2 se ha descrito una menor actividad física y menor tolerancia al ejercicio que en los controles, presentando una menor masa muscular, menor fuerza muscular y disminución de la velocidad de la marcha, debido fundamentalmente a la estrecha conexión existente entre diabetes y sarcopenia. Como consecuencia de todo ello, las personas mayores con diabetes tienen más discapacidad que las que no tienen diabetes, siendo casi el doble el riesgo de presentar limitaciones tanto en la movilidad como en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (odds ratio de 1,82 y 1,65, respectivamente).

FUNCIÓN COGNITIVA Y ESTADO ANÍMICO

En la última década se ha acumulado una importante evidencia epidemiológica que relaciona la diabetes con el desarrollo de demencia, especialmente de tipo vascular pero también con la enfermedad de Alzheimer. Un reciente metaanálisis establecía que los pacientes con diabetes presentan un riesgo relativo de padecer demencia de 1,46. Este impacto es mayor en las personas con predisposición genética, cuando la diabetes se diagnostica en edades tempranas, y en los sujetos de mayor edad, existiendo un incremento del riesgo incluso en personas de 85 años. Se han propuesto diversas hipótesis que intentan explicar la relación entre diabetes y demencia, incluyendo el efecto de la hiperglucemia aguda o crónica, y de las hipoglicemias.



HIPOGLUCEMIA

Los pacientes ancianos con diabetes son especialmente vulnerables a la hipoglucemia debido a la coexistencia habitual de varios factores de riesgo: cambios en los mecanismos reguladores asociados al propio proceso de envejecimiento, comorbilidades como la insuficiencia renal, medicación múltiple que aumenta tanto la presencia de interacciones como de falta de adherencia al tratamiento, mayor duración de la diabetes, automonitorización infrecuente y falta de educación diabetológica.

VALORACIÓN GLOBAL

Los pacientes diabéticos de edad avanzada presentan una gran heterogeneidad clínica, tanto en relación con el tipo de diabetes y la evolución de la enfermedad, como con la carga de comorbilidades y, de manera sobresaliente, la existencia de fragilidad, trastorno cognitivo o dependencia. Todas estas variables, y de manera especial la situación funcional, van a ser las principales predictoras de la expectativa de vida, factor fundamental en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.



Se incluyen desde individuos con diabetes poco evolucionada escasa comorbilidad y sin discapacidades, a pacientes con diabetes de reciente diagnóstico con mala situación funcional, o sujetos con diabetes de larga evolución con complicaciones, o bien pacientes frágiles o con discapacidades o comorbilidades muy importantes, pacientes institucionalizados o en el final de la vida

OBJETIVOS DE CONTROL

Las personas de edad avanzada constituyen, dentro de todo el espectro de la DM2, el ejemplo más paradigmático de la necesidad de que los objetivos de control metabólico deben ser individualizados, en base a las características diferenciales de cada paciente. Para ello resulta básico considerar la esperanza de vida puesto que los beneficios asociados al control glucémico requieren un período mínimo de 5-10 años para la reducción de las complicaciones microvasculares y de unos 20-30 años para disminuir la morbilidad cardiovascular¹. 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.



TRATAMIENTO:

Resulta evidente que a la hora de instaurar el tratamiento antidiabético en un paciente de edad avanzada, deberemos valorar su estado funcional y cognitivo, la presencia de comorbilidades y la polifarmacia. Para esta revisión, se ha decidido incluir los estudios realizados en personas mayores de 70 años, ya que por encima de los 80 años es prácticamente nula la evidencia científica proveniente de ensayos clínicos³⁴. Las opciones terapéuticas disponibles habrá que adaptarlas a las características del paciente anciano.

MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS

Es importante resaltar que las personas ancianas con DM2 requieren una dieta equilibrada y considerar que muchos ancianos con diabetes etiquetados como obesos por su IMC a menudo padecen obesidad sarcopénica. Si no se identifica esta condición se puede caer en el error de prescribir dietas hipocalóricas excesivamente restrictivas que a menudo conllevan una ingesta proteica baja que puede agravar la sarcopenia.



De manera orientativa, en una dieta equilibrada las proteínas, en ausencia de enfermedad hepática o renal, deben cubrir el 15-20% del valor calórico total (1-1,3g/kg/día), las grasas un máximo del 30%, evitando las grasas saturadas y transaturadas y favoreciendo la ingesta de grasas monoinsaturadas y de ácidos grasos omega 3, y los hidratos de carbono un 50-55%, favoreciendo el consumo de hidratos de carbono complejos y evitando los simples

BIBLIOGRAFÍA:

1.- [https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/hipertension-arterial-en-personas-adultas-mayores?idiom=es#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%20es%20el%20aumento,arterial%20\(OMS%2C%202022\).](https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/hipertension-arterial-en-personas-adultas-mayores?idiom=es#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%20es%20el%20aumento,arterial%20(OMS%2C%202022).)

2.- https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/nucleo/docs/pme_11.pdf

3.- [https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-caracteristicas-diferenciales-diabetes-mellitus-tipo-S0211139X15000670.](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-caracteristicas-diferenciales-diabetes-mellitus-tipo-S0211139X15000670)