

Percorso educativo e di counseling del paziente anziano diabetico

Punto 6

Anziano diabetico non fragile con rischio aggiuntivo

6a. Target metabolici

Nei diabetici anziani gli obiettivi glicemici dovrebbero essere individualizzati.

Se le condizioni generali sono relativamente buone, **il valore di HbA_{1c} potrà essere compreso tra 6,5 e 7,5%.**

L'aumentata mortalità osservata nello studio ACCORD suggerisce che il trattamento intensivo possa essere dannoso nei soggetti con diabete in particolare se anziani, con lunga durata della malattia, storia clinica di gravi ipoglicemie e anamnesi positiva per malattie cardiovascolari.

In questi casi, obiettivi di trattamento meno rigidi sono più appropriati e sono ritenuti soddisfacenti valori di HbA_{1c} anche superiori a 7.5% , fino a 8%.

Ipoglicemie gravi e frequenti sono un'indicazione a modificare i regimi di trattamento, innalzando gli obiettivi glicemici a digiuno fino a 140 mg/dl e postprandiali fino a 180 mg/dl.

Per il **profilo lipidico** le linee-guida europee sul diabete nell'anziano definiscono come **target accettabili**:

- colesterolo totale ≤ 190 mg/dl
- colesterolo LDL ≤ 115 mg/dl
- trigliceridi ≤ 205 mg/dl.

Nel paziente anziano, secondo la maggior parte degli studi, l'**obiettivo pressorio** viene definito da valori **<140/90 mmHg.**

Un obiettivo più stringente <130/80 viene suggerito allo scopo di rallentare la progressione delle complicanze microangiopatiche e inoltre un controllo ottimale del regime pressorio può essere di aiuto a mantenere le funzioni cognitive e migliorare la memoria.

Dato che i soggetti in età avanzata possono manifestare una scarsa tolleranza alla riduzione dei valori pressori (in particolare in caso di pregressi episodi sincopali, cadute a terra e ipotensione ortostatica) il trattamento antipertensivo dovrebbe essere instaurato e titolato gradualmente.

6b. Counseling per l'aderenza a cambiamenti comportamentali

- vedi punto 3b

6c. Counseling per aderenza alla terapia

- vedi punto 3c

6d. Trattamento in base a intervalli di valore di HbA_{1c}

Il trattamento comune per ogni valore di HbA_{1c} è l'Intervento sullo Stile di Vita.

6d.a. Intervento sullo Stile di Vita

Nei diabetici anziani dovrebbero essere valutati periodicamente l'apporto alimentare, lo

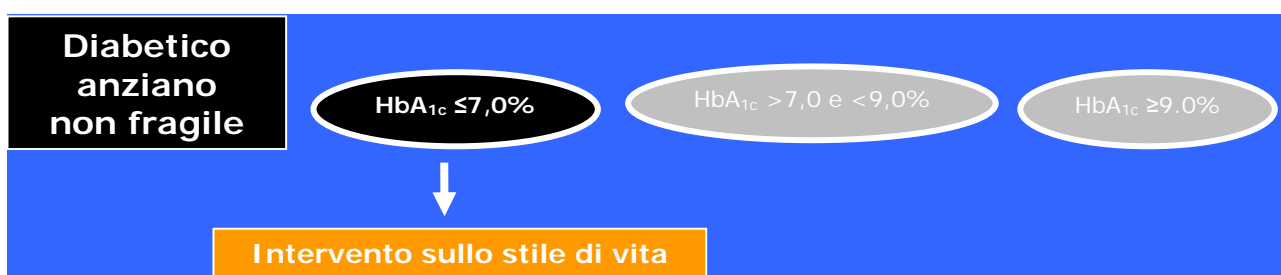


stato nutrizionale e l'idratazione, fornendo indicazioni per una terapia nutrizionale adeguata allo stato socioeconomico e culturale, consigli sul contenuto della dieta e sui potenziali benefici derivanti da una riduzione del peso corporeo.

- Dovrà essere assicurato un piano nutrizionale e dietetico bilanciato al fine di prevenire uno stato malnutritivo (in eccesso e in difetto), condizione assai frequente nella persona anziana.
- Il diabetico anziano dovrebbe essere valutato periodicamente riguardo alla possibilità di eseguire attività fisica e informato sui benefici che ne possono derivare, si devono prendere inoltre in considerazione le risorse disponibili per incrementare il livello di attività praticata.

6d1. Se $HbA_{1c} \leq 7,0\%$:

- Intervento sullo stile di vita



6d2. Se $HbA_{1c} > 7,0$ e $< 9,0\%$:

- Intervento sullo stile di vita
- Se presente Diabete Mellito Tipo 1
 - trattamento insulinico con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale. (all.14)
- Se presenti Diabete Mellito Tipo 2 e controindicazioni all'uso di metformina:
 - altro ipoglicemizzante orale. (all.13)

Dopo tre-quattro mesi: controllo di HbA_{1c} ,

Se $HbA_{1c} > 8,0\%$

- eventuale associazione di ipoglicemizzanti orali da scegliere in relazione alle caratteristiche del paziente. (all.13)

Dopo tre-quattro mesi: controllo di HbA_{1c} ,

Se $HbA_{1c} > 8,0\%$

- trattamento insulinico basale in associazione a ipoglicemizzanti orali o, in alternativa, trattamento insulinico basal-bolus con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale.
- Se presente Diabete Mellito Tipo 2 e assenti controindicazioni all'uso di metformina:
 - metformina

Dopo tre-quattro mesi: controllo di HbA_{1c},

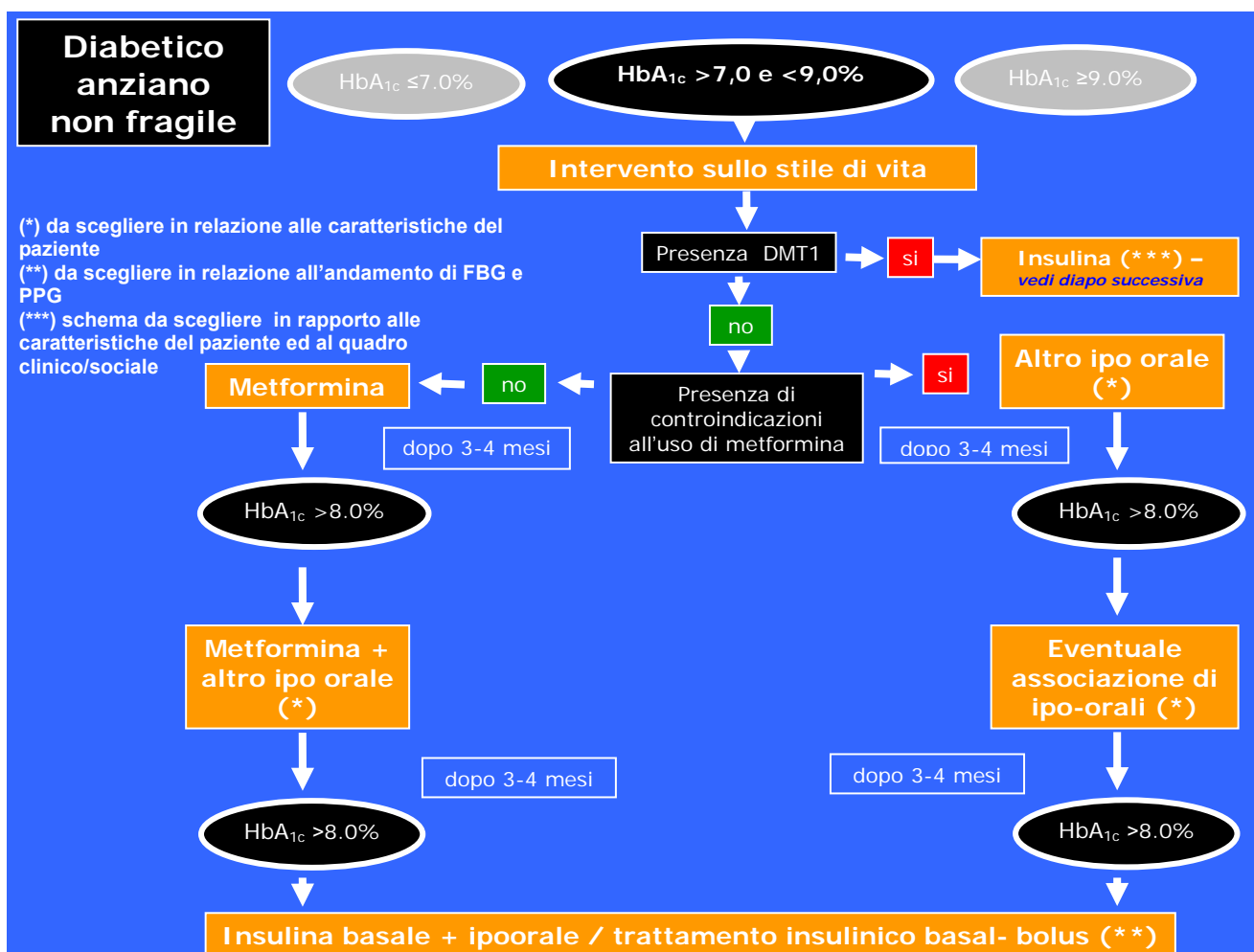
Se HbA_{1c} >8,0%

- associazione con altro ipoglicemizzante orale da scegliere in relazione alle caratteristiche del paziente

Dopo tre-quattro mesi: controllo di HbA_{1c},

Se HbA_{1c} >8,0%

- trattamento insulinico basale in associazione a ipoglicemizzanti orali o, in alternativa, trattamento insulinico basal-bolus con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale.



6d3. Se HbA_{1c} ≥9%:

- Intervento sullo stile di vita
- Se presente Diabete Mellito Tipo 1:
 - trattamento insulinico con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche

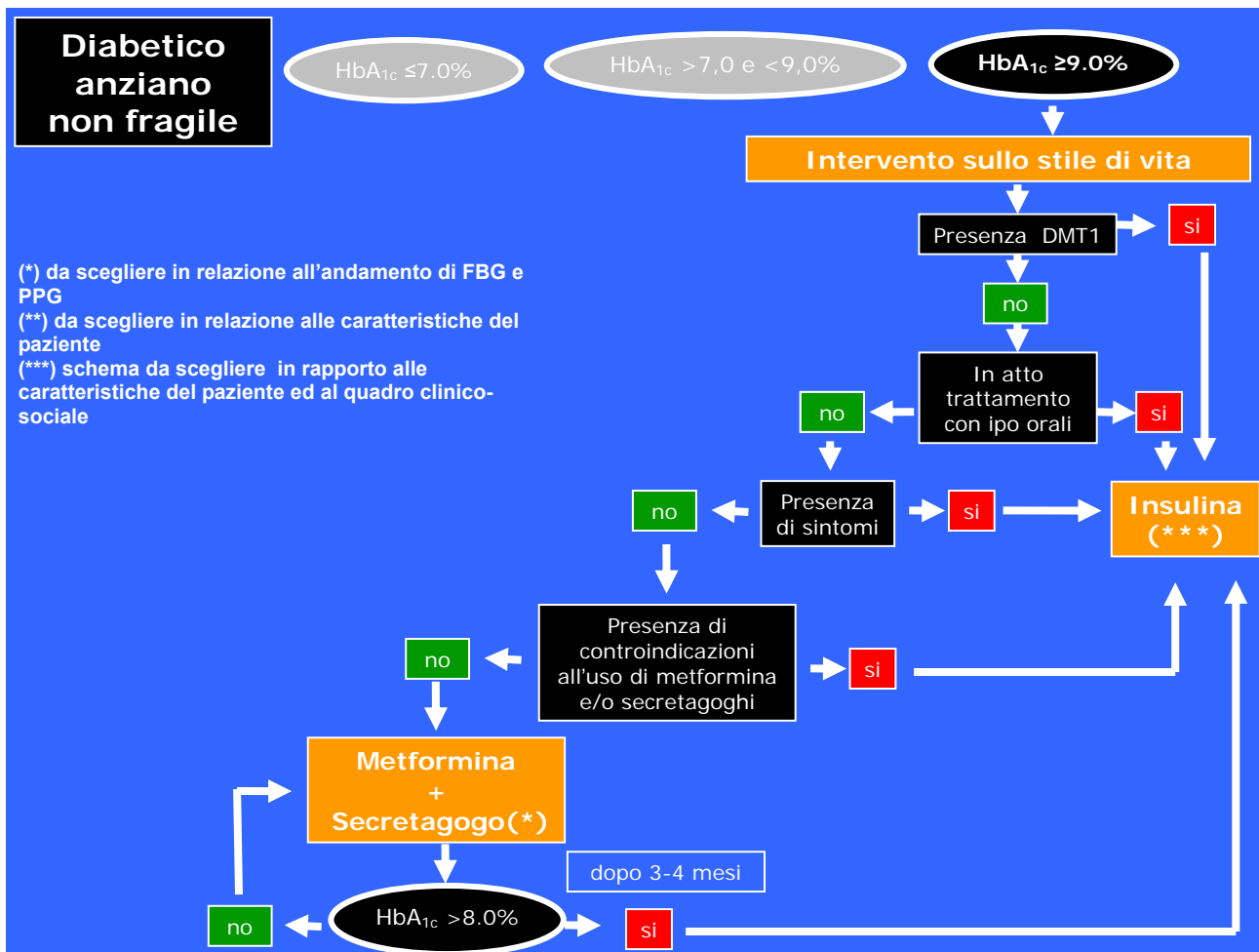
del paziente e al quadro clinico/sociale. (all.14)

- Se presente Diabete Mellito Tipo 2 già in trattamento con ipoglicemizzanti orali:
 - trattamento insulinico con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale. (all.14)
- Se presente Diabete Mellito Tipo 2 non in trattamento con ipoglicemizzanti orali con presenza di sintomi:
 - trattamento insulinico con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale. (all.14)
- Se presente Diabete Mellito Tipo 2 non in trattamento con ipoglicemizzanti orali in assenza di sintomi e in presenza di controindicazioni all'uso di metformina e/o secretagoghi:
 - trattamento insulinico con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale. (all.14)
- Se presente Diabete Mellito Tipo 2 non in trattamento con ipoglicemizzanti orali in assenza di sintomi e in assenza di controindicazioni all'uso di metformina e/o secretagoghi:
 - metformina e secretagogo

Dopo tre-quattro mesi: controllo di HbA_{1c},

Se HbA_{1c} >8,0%

- trattamento insulinico con schema da scegliere in rapporto alle caratteristiche del paziente e al quadro clinico/sociale o, in alternativa, trattamento insulinico basale in associazione a ipoglicemizzanti orali



6e. Livelli minimi di gestione

Nei diabetici anziani che presentano un rischio clinico aggiuntivo, mentre i target glicemici possono essere meno aggressivi, il monitoraggio clinico in termini di frequenza di controllo deve essere assiduo e richiede la capacità da parte del medico e/o del Team diabetologico di adattarsi alle esigenze del paziente.

Si può prevedere sia una frequenza di controlli simile a quella del paziente diabetico non anziano, sia una frequenza dei controlli clinici può simile ai pazienti fragili.

Questo dipende molto dal livello di compenso metabolico da raggiungere e dal grado di coinvolgimento del paziente.



(anziano**diabetico**)



fondazione
sanofi aventis