

Percorso educativo e di counseling del paziente anziano diabetico

Punto 7

Anziano diabetico non fragile senza rischio aggiuntivo

7a. Target metabolici

Le persone diabetiche in età più avanzata in buona salute, con un'aspettativa di vita sufficiente per raccogliere i benefici di una gestione intensiva del diabete a lungo termine (circa 10 anni), attivi, cognitivamente integri, e che sono in grado di praticare l'autogestione, dovrebbero essere incoraggiati a farlo, finalizzando il trattamento agli stessi obiettivi dei diabetici più giovani.

Le linee-guida europee sull'anziano propongono valori di HbA_{1c} compresi tra 6,5 e 7,5%, e livelli di glicemia a digiuno tra 90 e 130 mg/dl

Se non sono presenti complicanze cardiovascolari possono essere perseguiti valori di HbA_{1c} <7.0% (standard Italiani), e livelli di glicemia a digiuno <100 mg/dl e post-prandiali <140 mg/dl (IDF 2007), come per i soggetti più giovani.

Bisogna tener presente che l'iperglicemia postprandiale è correlata oltre che a un aumento del rischio di retinopatia e del rischio cardiovascolare, anche a un aumento del rischio di cancro e in particolare negli anziani con diabete mellito tipo2 con riduzione delle funzioni cognitive.

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

- 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.

7b. Counseling per l'aderenza a cambiamenti comportamentali

- vedi punto 3b

7c. Counseling per aderenza alla terapia

- vedi punto 3c

7d. 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.

- vedi punti 6da, 6d1, 6d2, 6d3,

7e. Livelli minimi di gestione

I diabetici anziani senza rischio aggiuntivo, anche se anziani, se in buone condizioni di



salute e autonomi, devono eseguire i medesimi controlli previsti per i pazienti più giovani, al fine di ottenere e mantenere i livelli di compenso metabolico più ambiziosi che sono previsti in questa categoria di pazienti.

Come indica il Progetto IGEA per poter monitorizzare adeguatamente un paziente diabetico senza complicanze è necessario eseguire come minimo:

- Trattamento intensivo mirato all'ottimizzazione dell'HbA1c
 - Misurazione Emoglobina glicata: ogni 3-4 mesi
 - Misurazione della Microalbuminuria: annuale
- Riduzione della pressione arteriosa
 - Misurazione della pressione arteriosa: ogni 3-4 mesi
- Riduzione della colesterolemia
 - Misurazione di Colesterolemia totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL calcolato, Trigliceridemia: ogni anno
- Valutazione del piede ed educazione del paziente
 - Esame obiettivo del piede e stratificazione del rischio: ogni anno
- Esame del fondo oculare
- Modifica degli stili di vita: adottare una alimentazione corretta, fare un regolare esercizio fisico
 - Misurazione di peso e altezza per il BMI, e della circonferenza vita

Deve essere prevista la valutazione periodica da parte del Centro Diabetologico, secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.

In più si deve considerare che nei diabetici anziani, trattati con metformina, il controllo del filtrato glomerulare stimato dovrebbe essere effettuato almeno una volta all'anno e in occasione di ogni incremento posologico.

Lo screening annuale del diabetico anziano dovrebbe prevedere la ricerca dei sintomi di incontinenza.

In diabetici anziani in terapia con tiazidici o diuretici dell'ansa dovrebbero essere effettuati controlli di sodiemia e potassiemia entro 1-2 settimane dall'inizio della terapia, a ogni incremento posologico e, comunque, almeno annualmente; lo stesso vale per quelli in terapia con ACE-inibitori o con sartani, i quali dovrebbero controllare anche la creatininemia con il calcolo del filtrato glomerulare stimato.

Il diabetico anziano dovrebbe essere interrogato su eventuali episodi di cadute a terra e in tal caso, ne andranno indagate le cause (per es. farmaci, fattori ambientali, ecc.).

Autocontrollo glicemico nel paziente anziano

Nei diabetici anziani lo schema di automonitoraggio dovrebbe essere commisurato al grado di autosufficienza e quindi alle singole capacità funzionali, affettive e cognitive.

Lo schema deve essere basato sugli obiettivi glicemici e di HbA_{1c} programmati, sulle reali possibilità di modificare la terapia e sul rischio di ipoglicemia.

Nei pazienti diabetici che assumono terapie che possono potenzialmente indurre ipoglicemie, l'autocontrollo glicemico, condiviso con il team diabetologico, è una componente indispensabile della gestione della malattia diabetica sia per raggiungere gli obiettivi terapeutici sia per ridurre il rischio di ipoglicemie gravi.

La frequenza dell'autocontrollo deve essere adattata agli eventi intercorrenti e intensificata in presenza di situazioni cliniche quali patologie intercorrenti, ipoglicemie inavvertite, ipoglicemie notturne, variazione della terapia ipoglicemizante.

L'addestramento all'autocontrollo glicemico deve inserirsi in un programma educativo



condotto e controllato a medio-lungo termine da personale sanitario del team diabetologico.



(anziano**diabetico**)



Fondazione
sanofi aventis