

56

Área: Médico - Quirúrgica

Título: **Diabetes Mellitus en el anciano**

Autora: **Pilar Isla Pera**

Enfermera Supervisora del Servicio de Endocrinología y Diabetes. Hospital Clínico y Provincial. Profesora del Departamento de Enfermería Médico-Quirúrgica. E.U.E. Barcelona.

PREGUNTAS

1 A una persona obesa de 55 años se le descubre, por azar, una glucemia de 150 mg% con glucosurias negativas, sin acetona y sin complicaciones. Podríamos afirmar que se trata de:

- a) Una Diabetes Mellitus tipo I.
- b) Una Diabetes Mellitus tipo II.
- c) Una Diabetes Mellitus secundaria.
- d) Carece de importancia.

2 La T.T.O.G...

- a) Es una prueba que permite saber si un paciente diabético está bien compensado.
- b) Es una prueba de screening que debería hacerse a todos los ciudadanos.
- c) Es una prueba diagnóstica útil para los casos dudosos.
- d) Actualmente está en desuso.

3 Las sulfonilureas hipoglucemiantes

- a) Son insulina administrada por vía oral.
- b) Actúan favoreciendo la liberación de insulina endógena.
- c) No producen hipoglucemias.
- d) Son el tratamiento de elección de la Diabetes Mellitus tipo I.

4 Una neuropatía vegetativa puede ser la causa de:

- a) Impotencia.
- b) Ausencia de síntomas en la hipoglucemia.
- c) Diarreas e incontinencia.
- d) Todas las anteriores.

5 El coma hiperosmolar:

- a) Es la descompensación típica de los diabéticos jóvenes.
- b) Comienza de manera brusca y se instaura en pocos minutos.
- c) Es la descompensación aguda de los diabéticos ancianos.
- d) Se caracteriza por presentar cetonurias muy positivas.

6 Un paciente diabético anciano tratado con hipoglucemiantes orales pierde el apetito por una enfermedad intercurrente. Le aconsejamos:

- a) Que ingiera los alimentos ricos en proteínas.
- b) Que mantenga la ingesta total de Kcal.
- c) Que tome alimentos ricos en vitaminas.
- d) Que ingiera alimentos que contengan hidratos de carbono.

7 Si un paciente anciano tratado con hipoglucemiantes orales sufre una hipoglucemia:

- a) Esperamos que se recupere por sí solo.
- b) Le daremos un terrón de azúcar y le explicaremos que no debe preocuparse.
- c) Le aconsejaremos que pasee para mantenerlo despierto.
- d) Le daremos azúcar o zumo de frutas y lo vigilaremos durante 24/48 horas.

8 Si este paciente pierde el conocimiento a causa de la hipoglucemia:

- a) Lo vigilaremos mientras se recupera.
- b) Le inyectaremos más insulina.
- c) Intentaremos que trague azúcar o zumo de fruta.
- d) Le inyectaremos glucagón, y lo trasladaremos al hospital.

9 Si un paciente sufre una nefropatía diabética avanzada, le aconsejaremos:

- a) Que realice controles de glucosuria como mínimo tres veces al día.
- b) Que no se olvide de mirar la cetonuria en ayunas.
- c) Que realice controles de glucemia en sangre capilar.
- d) Que reduzca la ingesta de hidratos de carbono.

10 Un diabético anciano tipo II tratado con dieta e hipoglucemiantes orales y sin complicaciones se podrá controlar:

- a) En la A.P.S. por el médico de cabecera.
- b) En la A.P.S. pero por un equipo especializado.
- c) Dada la edad y posibles complicaciones futuras debería controlarse en el hospital.
- d) No necesitará ningún tipo de control.

11 En el caso del paciente anterior podríamos afirmar:

- a) Que no presentará complicaciones.
- b) Que nunca tendrá que inyectarse insulina.
- c) Que no es necesario que realice ningún tipo de autoanálisis.
- d) Que debería incluirse en un programa de educación diabética.

- 12** Si unos meses más tarde este paciente nos refiere un dolor en la pierna que cede al dejar de caminar...
- Dada la edad no le daremos importancia.
 - Le aconsejaremos que haga unos días de reposo.
 - Le indicaremos que debe caminar y hacer más ejercicio y que se ayude con un bastón.
 - Realizaremos una oscilometría de ambas extremidades e informaremos inmediatamente a su médico.

- 13** Cuando un paciente anciano que vive solo sufre una retinopatía diabética:
- Deberá extremar su autocontrol e intentar estar siempre en normoglucemia.
 - Tendrá que hacer de manera habitual autocontrol en sangre.
 - Es preferible mantenerlo con glicemias un poco elevadas a que haga hipoglucemias.
 - Deberá disminuir la ingesta de hidratos de carbono.

- 14** Respecto al cuidado de los pies, ¿qué le aconsejaríamos a este paciente?:
- Que se lave los pies diariamente y se corte las uñas una vez a la semana.
 - Que vaya al podólogo una vez al año.
 - Que revise sus pies ayudándose con un espejo.
 - Que mantenga una higiene adecuada, palpe diariamente sus pies y el interior del calzado que usa, y que le ayude un familiar para cortarse las uñas.

- 15** El examen del pie del diabético debe tener como objetivo:
- Detectar una insuficiencia arterial o la pérdida de sensibilidad al dolor.
 - Detectar la presencia de traumatismos locales.
 - Detectar la higiene y el tipo de calzado.
 - a) b) y c) son correctas.

- 16** Si un diabético tratado con insulina nos comenta que quiere hacer una excursión con la tercera edad en la cual está previsto realizar una romería que puede suponer unas tres horas de marcha...
- Le sugeriremos que es preferible que no vaya.
 - Le aconsejaremos que no debe caminar más de una hora.
 - Le animaremos porque no existe ningún problema.
 - Le indicaremos que ese día disminuya su dosis de insulina y aumente la ingesta de hidratos de carbono.

- 17** Ante una enfermedad infecciosa, aunque sea anal, ¿qué es importante vigilar en el diabético anciano?
- La ingesta de agua, la diuresis y el control diario de la glicemia mientras dure el proceso intercurrente.
 - El ejercicio y el aporte energético.
 - La defecación.
 - Todo es importante.

- 18** En la Diabetes M., además de la glucemia, deben tenerse en cuenta otros factores:
- El tabaco, la hipertensión.
 - El sedentarismo, la obesidad.
 - La hiperlipemia.
 - a), b) y c) son correctos.

CAMINO

Carretera de Rueda, 56, bajos
47008 VALLADOLID

Teléfonos:
(983) 27 36 42 y 27 38 59

ATENCIÓN A.T.S.

Les ofrecemos Jeringas y Agujas marca «BECTON DICKINSON», en las siguientes condiciones:

	Tamaño	CANTIDADES		
		Hasta 2.000	De 2.001 a 5.000	Más de 5.000
		(pesetas)	(pesetas)	(pesetas)
Jeringa Estéril Becton Dickinson	2 cc	4,90	4,60	4,35
Jeringa Estéril Becton Dickinson	5 cc	6,25	6,00	5,65
Jeringa Estéril Becton Dickinson	10 cc	9,40	9,10	8,80
Jeringa Estéril Becton Dickinson	20 cc	14,20	13,90	13,60
Jeringa insulina con aguja marca Becton Dickinson	1 cc	17,00	16,00	15,50
Aguja Estéril Becton Dickinson 16x5, 25x6, 25x8, 25x9, 30x7, 40x8, 40x9, 40x11 Todo en tipo LUER	—	3,90	3,70	3,50
Aparato de tensión japonés con fonendoscopio	a 3,100 pts.	Algodón 50% de descuento PVP. Vendas 50% de descuento PVP. Esperadrappo 50% de descuento PVP. Botes C. estériles 50% de descuento PVP.		
Depresores de madera	a 1,70 pts.			
Palomitas nºs 18 G a 27 G	a 37,00 pts.			
Guantes un solo uso	a 1,70 pts.			
Guantes un solo uso estéril	a 4,20 pts.			

PORTES: Hasta 15.000 pts., portes debidos; superior a 15.000 pts., portes pagados.

FORMA DE PAGO: Pedidos hasta 15.000 pts.: contra reembolso. Pedido superior a 15.000 pts., letra a 30 días; Pedidos grandes: consultar. Pedidos por carta o llamando a los teléfonos (983) 27 36 42 y 27 38 59

ESPERAMOS SUS GRATOS PEDIDOS

Nota. Necesitamos representantes en toda España, si alguien está interesado puede escribirnos con los máximos datos posibles.

RESPUESTAS

1 b)
Dada la edad del paciente, la obesidad y las manifestaciones clínicas se tratará con toda probabilidad de una Diabetes Mellitus tipo II. La Diabetes Mellitus tipo I se suele presentar en personas menores de treinta años, no obesas, tiene una sintomatología mucho más clara y con frecuencia aparece cetonuria. La Diabetes secundaria aparece como consecuencia de otra patología o de la medicación que se administra, por ejemplo corticoides.

2 c)
El test de tolerancia oral a la glucosa es una prueba diagnóstica útil para los casos dudosos. No debe efectuarse a pacientes diabéticos diagnosticados.

3 b)
Actúan favoreciendo la liberación de insulina endógena. Es el tratamiento de elección en la Diabetes M. tipo II cuando existe una buena reserva pancreática. No se administran en la Diabetes M. tipo I dado que existe una insulinopenia importante o total si la evolución es larga. El riesgo de hipoglucemia es importante.

4 c)
Todas las anteriores son manifestaciones de la neuropatía vegetativa. Ésta representa del 30 al 50% de todos los casos de neuropatía diabética y puede afectar a todos los órganos y tejidos.

5 c)
El coma hiperosmolar es una complicación aguda de la Diabetes Mellitus en los ancianos. Se caracteriza por hiperglucemia muy importante, deshidratación, aumento de la osmolaridad plasmática y coma.

6 d)
Si la anorexia se debe a una enfermedad intercurrente que se prevé durará pocos días, lo más importante es que no abandone el tratamiento de su Diabetes Mellitus que ingiera los alimentos que contengan hidratos de carbono en forma de purés, sopas o papillas de ingestión fácil.

7 d)
Si el paciente está consciente se tratará como cualquier hipoglucemia con azúcares de absorción rápida, azúcar o zumos de fruta, pero en este caso se deberá vigilar durante 24-48 horas ya que la vida de los hipoglucemiantes orales es muy larga y corre el riesgo de hipoglucemias sucesivas. Con frecuencia estos pacientes requieren un ingreso hospitalario de 48 horas.

8 d)
A un enfermo inconsciente nunca se le debe intentar dar de comer. En caso de hipoglucemia severa se le administrará 1 mg de glucagón por vía parenteral (sc, im o iv) y se le trasladará al hospital. El glucagón es una hormona capaz de elevar la glucemia y es conveniente que todas las personas diabéticas tratadas con insulina o H.O. lo tengan en su domicilio.

9 c)
Los pacientes afectos de una nefropatía diabética no deben realizar controles en orina dado que los resultados no son valorables; por ello es conveniente adiestrarlos en el control de glicemias en sangre capilar. No deben reducir la ingesta de hidratos de carbono.

10 a)
La Diabetes M. tiene una prevalencia muy elevada, alrededor del 5% de la población, por lo que es importante distribuir a los pacientes en los diferentes niveles de atención. Una persona diabética sin complicaciones y tratado con dieta e H.O. puede ser controlado en la A.P.S. por el médico de medicina general.

11 d)
Deberá incluirse en un programa de educación diabetológica ya que es un enfermo crónico que debe conocer las bases de su tratamiento y control y autorresponsabilizarse del cuidado de su enfermedad. Está expuesto a sufrir complicaciones agudas y crónicas de la diabetes y no podemos asegurarle que no precisará insulina ya que en algunos casos se pueden llegar a insulinizar por presentar un fallo a los H.O. o por complicaciones.

12 d)
Una de las complicaciones frecuentes en los diabéticos ancianos o con muchos años de evolución es la macroangiopatía diabética que afecta a los grandes vasos. Estos síntomas pueden corresponder a una claudicación intermitente y deben valorarse sin pérdida de tiempo.

13 c)
La hipoglucemia en un paciente anciano que vive solo es siempre un riesgo muy importante y, si además padece una retinopatía, las hipoglucemias pueden agravar la evolución de esta complicación por lo cual será aconsejable tenerlo con glucemias un poco elevadas para disminuir el riesgo de hipoglucemia.

14 d)
Si padece una retinopatía, y por lo tanto un déficit visual, es importante que aprenda a palpar las posibles lesiones en los pies o los defectos del calzado y mantenga una buena higiene. El cuidado del pie o el corte de las uñas deberá realizarlo un familiar o acudir al podólogo habitualmente.

15 d)
Todos, ya que son factores de riesgo importantísimos y que tratados convenientemente previenen una posible amputación.

16 d)
No deben limitarse las actividades sino explicar cómo adaptar el tratamiento y los controles a las situaciones especiales. En este caso es correcto disminuir la dosis de insulina y aumentar la ingesta de hidratos ya que el paciente realizará un ejercicio importante y consumirá más glucosa de lo habitual.

17 a)
No es posible ni aconsejable que realice ejercicio en un proceso febril, pero una enfermedad infecciosa en un anciano diabético es un factor de riesgo importante de descompensación metabólica grave, de coma hiperosmolar. Para prevenirlo es necesario controlar la ingesta de líquidos, la diuresis, y determinar la glucemia como mínimo una vez al día para poder adecuar el tratamiento. Recordar que la hiperglucemia aumenta la poliuria y que un anciano encamado puede dejar de beber agua simplemente porque no puede acceder a ella.

18 d)
Todos ellos son factores que inciden y aumentan el riesgo de complicación vascular.

BIBLIOGRAFÍA

BESSER G.M.; BODANSKY H.J.; CUDWORTH A.G.: **Diabetes clínica I y Diabetes Clínica II**. Ancora, S.A. 1990.

CATELLIER C.; TCHOBRUTSKY G. y otros. **Le Diabete Sucré**. Edisem, 1984.