

Conferencias y Simposios

SIMPÓSIO: Deterioro cognitivo y diabetes en la práctica médica

Coordinador: Manuel Martí

Metas de control glucémico en pacientes con deterioro cognitivo

Yanina Morosan

Médica, especialista en Diabetes, Fundación Favaloro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

La diabetes mellitus (DM) es una de las comorbilidades metabólicas más frecuentes en el adulto mayor que afecta aproximadamente al 30% de esta población. Su manejo representa un desafío clínico complejo, determinado por la presencia de múltiples comorbilidades que condicionan la capacidad de autocuidado del individuo. Esta requiere comprender oportunamente cómo y cuándo reajustar el esquema terapéutico según las necesidades evolutivas y la funcionalidad del paciente¹.

La prevalencia de deterioro cognitivo en las personas con DM se incrementa de forma progresiva con la edad, la duración de la enfermedad y los niveles elevados de HbA1c. No obstante, se ha demostrado que los cuadros de deterioro cognitivo grave pueden retrasarse o prevenirse mediante el manejo adecuado de las comorbilidades asociadas, como la hipertensión arterial, la dislipemia, el tabaquismo, la obesidad y el mal control glucémico².

Al evaluar clínicamente a los adultos mayores con DM, es imprescindible precisar la clasificación de la enfermedad, su tiempo de evolución, la presencia de complicaciones, la capacidad de autocontrol, el entorno de apoyo socio-familiar, la carga general del tratamiento, el miedo a las hipoglucemias y las barreras económicas. En este contexto, prevenir las hipoglucemias constituye un objetivo prioritario, dado su severo impacto en el desencadenamiento de caídas, eventos cardiovasculares y el agravamiento del deterioro cognitivo³.

Asimismo, la polifarmacia secundaria a las comorbilidades asociadas, incrementa significativamente estos mismos riesgos, asociándose además con un aumento de la fragilidad, desnutrición, depresión, fracturas, deterioro funcional y mayor mortalidad en esta población⁴.

Resulta fundamental identificar de manera oportuna las señales de alerta -tanto clínicas como del contexto psicosocial- que comprometan el control glucémico, con el fin de reevaluar integralmente la estrategia terapéutica. En el adulto mayor, garantizar un balance entre riesgos y beneficios exige siempre priorizar la seguridad mediante la personalización, la simplificación o la desintensificación del esquema farmacológico, adoptando objetivos de control glucémico flexibles e individualizados.

Bibliografía

1. Medha M, Kahkoska A, Neumiller J, et al. Realigning diabetes regimens in older adults: a 4S pathway to guide simplification and deprescribing strategies. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025;13(5):427-437.
2. Diaz GT, Parisi C, Reartes G, et al. Cognitive frailty in older adults with diabetes mellitus: bases for its approach. *J Adv Clin Neu Res.* 2026;2(2):1-19.
3. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 13. Older adults: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care.* 2026;49(Suppl 1):S277-S296. doi:10.2337/dc26-S013.
4. Yakaryılmaz F, Eraydin A. Polypharmacy reflects metabolic burden rather than frailty in older adults with type 2 diabetes: a comprehensive geriatric assessment study. *J Clin Med.* 2026;15(12):4674.

Palabras clave: control glucémico; diabetes; deterioro cognitivo.

SYMPOSIUM: Cognitive impairment and diabetes in medical practice

Coordinator: Manuel Martí

Glycemic control goals in patients with cognitive impairment

Yanina Morosan

Physician, Diabetes Specialist, Favaloro Foundation, Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

Diabetes mellitus represents one of the most frequent metabolic comorbidities among the geriatric population, affecting approximately 30% of older adults. Its clinical management poses a complex challenge, primarily driven by the co-occurrence of multiple chronic comorbid conditions that directly condition and limit individual self-care capacity. This multidimensional clinical complexity necessitates a timely understanding regarding how and when to re-evaluate and readjust the overall therapeutic regimen in accordance with the patient's evolving health needs, disease trajectory, and functional capacity¹.

The overall prevalence of cognitive impairment in individuals living with diabetes increases progressively with advancing chronological age, extended disease duration, and persistently elevated glycated hemoglobin (HbA1c) levels. Nevertheless, rigorous clinical evidence has demonstrated that severe manifestations of cognitive impairment can be delayed or effectively prevented through optimal management of associated cardiovascular and metabolic comorbidities, including systemic arterial hypertension, dyslipidemia, tobacco use, obesity, and poor glycemic control².

When conducting a thorough clinical evaluation of older adults diagnosed with diabetes, it is imperative to precisely determine the disease classification, duration of evolution, presence of vascular complications, patient self-management capability, socio-familial support network, overall treatment burden, fear of hypoglycemia, and potential financial barriers. Within this clinical context, preventing hypoglycemic events constitutes a priority therapeutic objective, given their severe adverse impact as major precipitating factors for accidental falls, acute cardiovascular events, and the exacerbation of underlying cognitive deterioration³.

Furthermore, polypharmacy secondary to managing these associated comorbid conditions significantly amplifies these same clinical risks. Polypharmacy is independently associated with a heightened incidence of physical frailty, protein-calorie malnutrition, clinical depression, bone fractures, progressive functional decline, and overall mortality within this vulnerable patient demographic⁴.

Consequently, it is fundamental to identify clinical and psychosocial warning signs in a timely manner whenever they compromise glycemic stability, thereby prompting a comprehensive re-evaluation of the overarching therapeutic strategy. In older adults, guaranteeing an optimal balance between treatment risks and clinical benefits consistently requires prioritizing patient safety through personalization, regimen simplification, or de-intensification of the pharmacological scheme, while establishing individualized and appropriately glycemic control targets.

Key words: glycemic control; diabetes; cognitive impairment.