

Conferencias y Simposios

SIMPÓSIO: Control glucémico en diferentes situaciones biológicas: ¿cuán estrictos hay que ser? ¿Cómo individualizar?

Coordinadora: Susana Apoloni

¿Cuáles son los principales desafíos en el manejo glucémico del adulto mayor?

Carina Parisi

Médica Endocrinóloga Universitaria, Médica de Planta del Servicio de Endocrinología y Nutrición, Unidad Asistencial Dr. César Milstein, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Las metas de A1C para los adultos mayores se ajustan de manera individualizada, basándose principalmente en el estado de salud, la presencia de enfermedades crónicas coexistentes y la capacidad cognitiva y funcional del paciente. El objetivo es equilibrar los beneficios del control glucémico a largo plazo con los riesgos inmediatos, especialmente el de la hipoglucemia¹.

Según los Estándares de Atención 2026, los ajustes se categorizan de la siguiente manera:

- Adultos mayores sanos. Para aquellos con pocas enfermedades crónicas coexistentes y un estado cognitivo y funcional intacto, se sugieren metas de A1C <7,0% a 7,5%. Estas personas suelen tener una mayor esperanza de vida y pueden realizar tareas complejas de autocuidado de forma segura.

- Adultos mayores con salud compleja o intermedia. Para pacientes con múltiples enfermedades crónicas coexistentes, deterioro cognitivo leve a moderado, dos o más deficiencias en las actividades de la vida diaria, las metas son menos estrictas, recomendándose una A1C <8,0%. En este grupo, se prioriza evitar la hipoglucemia debido a que las comorbilidades pueden afectar la capacidad de respuesta y autocuidado.

- Adultos mayores con salud muy compleja o estado de salud deficiente. En casos de pacientes en cuidados a largo plazo, con enfermedades crónicas en etapa terminal o deterioro cognitivo de moderado a grave, se recomienda evitar la dependencia de la A1C. En su lugar, el manejo glucémico debe centrarse exclusivamente en evitar la hipoglucemia y la hiperglucemia sintomática. Se considera que estos pacientes reciben beneficios mínimos de un control estricto y el riesgo de daños por el tratamiento es mayor¹.

También se recomiendan la iniciación temprana de tecnología, como el monitoreo continuo de glucosa, tanto en diabetes mellitus tipo 1 (DM1) como en DM2 con uso de insulina.

Con respecto al tratamiento farmacológico y las comorbilidades, en adultos con DM2 y riesgo cardiovascular o renal, el tratamiento debe incluir fármacos con beneficios demostrados, como los inhibidores de SGLT2 y los agonistas del receptor de GLP-1, independientemente de la A1C basal. Asimismo, la obesidad se reconoce como un objetivo primario del tratamiento, recomendando fármacos como la tirzepatida o semaglutida para el manejo del peso².

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S1-S371.
2. Sanz-Cánovas J, López-Sampalo A, Cobos-Palacios L, Ricci M, Hernández-Negrín H, Mancebo-Sevilla JJ, et al. Management of type 2 diabetes mellitus in elderly patients with frailty and/or sarcopenia. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(14):8677. doi:10.3390/ijerph19148677.

Palabras clave: adulto mayor; diabetes; metas.

SYMPOSIUM: Glycemic control in different biological situations: How strict should we be? How to individualize it?

Coordinator: Susana Apoloni

What are the main challenges in glycemic management of older adults?

Carina Parisi

University Endocrinologist, Staff Physician of the Endocrinology and Nutrition Service, Dr. César Milstein Healthcare Unit, Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

A1C targets for older adults should be individualized, primarily based on the patient's overall health status, the presence of coexisting chronic conditions, and cognitive and functional capacity. The goal is to balance the long-term benefits of glycemic control with the immediate risks, particularly hypoglycemia¹.

According to the 2026 Standards of Care, recommendations are categorized as follows:

- **Healthy older adults:** For those with few coexisting chronic conditions and intact cognitive and functional status, an A1C target of <7.0% to 7.5% is recommended. These individuals generally have a longer life expectancy and are able to safely perform complex self-management tasks.
- **Older adults with complex or intermediate health:** For patients with multiple coexisting chronic conditions, mild-to-moderate cognitive impairment, or two or more impairments in activities of daily living, less stringent glycemic targets are recommended, with an A1C <8.0%. In this group, avoiding hypoglycemia is a priority, as comorbidities may compromise the patient's ability to recognize and manage hypoglycemic events.
- **Older adults with very complex or poor health:** For patients residing in long-term care facilities, those with end-stage chronic illnesses, or those with moderate-to-severe cognitive impairment, reliance on A1C should be avoided. Instead, glycemic management should focus exclusively on preventing hypoglycemia and symptomatic hyperglycemia. These patients are expected to derive minimal benefit from intensive glycemic control, while the risk of treatment-related harm is substantially greater¹.

Early implementation of diabetes technology, such as continuous glucose monitoring (CGM), is also recommended for individuals with both type 1 and insulin-treated type 2 diabetes.

Pharmacologic Treatment and Comorbidities

In adults with type 2 diabetes who have cardiovascular or renal risk, treatment should include agents with proven cardiovascular and/or kidney benefits, such as SGLT2 inhibitors and GLP-1 receptor agonists, regardless of baseline A1C. In addition, obesity is recognized as a primary therapeutic target, with medications such as tirzepatide and semaglutide recommended for weight management².

Key words: older adult; diabetes; goals.