ACADEMIA LATINOAMERICANA DE MEDICINA DEL ADULTO MAYOR

ALMA

SEMEG

Instituto de Salud Carlos III

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

XI Curso ALMA 2012 " El Adulto Mayor con Diabetes"

Salamanca – España, abril del 2012

Diabetes o Síndrome Metadiabético: ¿dónde poner el énfasis?

Dr. José F. Parodi

jparodi@terra.com.pe jparodig@usmp.pe

USMP SAN MARTIN DE PORRES

Centro de Investigación del Envejecimiento - CIEN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Guía de la presentación

- Generar la controversia para buscar aprendizaje a través de la construcción participativa del conocimiento.
- Ustedes mismos SE pregunten y entre todos respondamos…
- En camino a… saber qué sabemos, qué no sabemos, qué debemos hacer para saber e incluso qué debemos hacer para trabajar sin saber…



NCBI Resources How To

PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed metadiabetic

RSS Save search Limits Advanced

Display Settings: Abstract

Diabete. 1967 Apr-Jun;15(2):139-41.

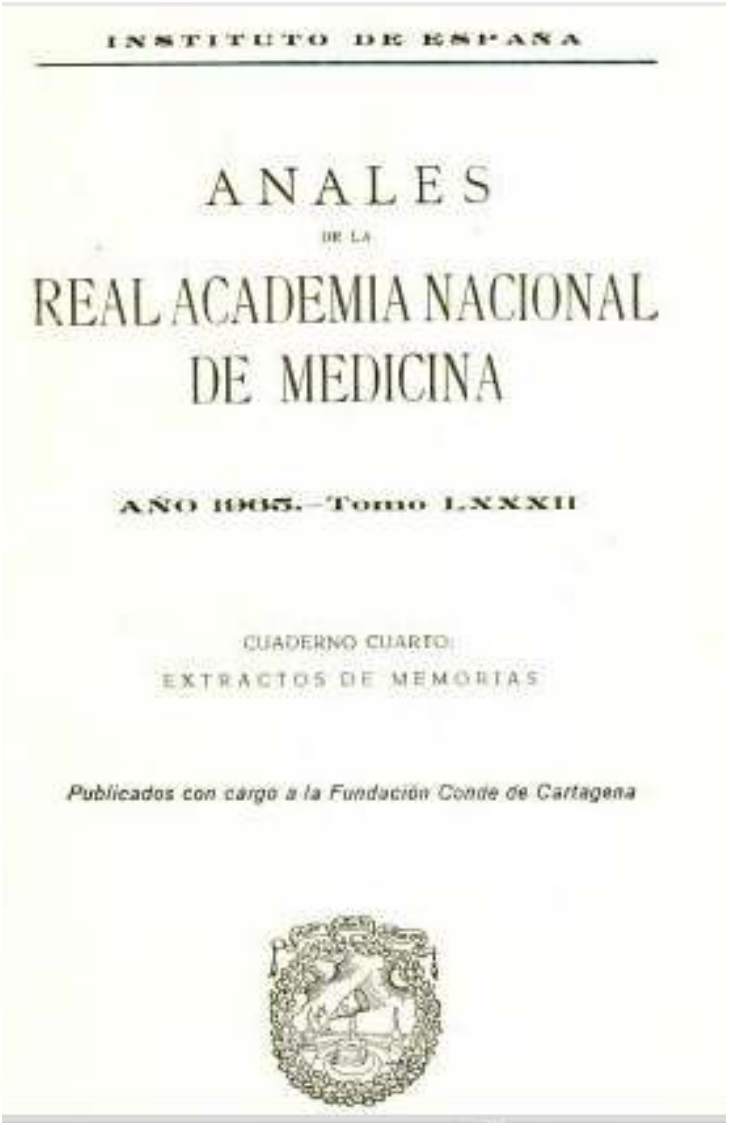
[Humoral diagnosis of the metadiabetic syndrome].

[Article in French]

Pallardo LF, Giner V, Sanz-Extremera E, Bermejo AG.

PMID: 5607438 [PubMed - indexed for MEDLINE]

MeSH Terms, Substances


INSTITUTO DE ESPAÑA

ANALES
DE LA
REAL ACADEMIA NACIONAL
DE MEDICINA

AÑO 1965.—Tomo LXXXII

CUADERNO CUARTO
EXTRACTOS DE MEMORIAS

Publicados con cargo a la Fundación Conde de Cartagena

"Asimismo, está demostrado que la diabetes experimental por pancreatectomía se acompaña de lesiones muy similares a las propias de la angiopatía diabética… Sentada esta premisa, queda por esclarecer la auténtica clave patogénica del problema que nos ocupa: el nexo que relaciona entre sí la enfermedad diabética y la alteración del metabolismo mucopolisacárido que como causa del síndrome metadiabético, se establece en este trabajo."

Pallardo Peinado, LF. El síndrome metadiabético. Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo LXXXII. 1965

Pallardo Peinado, LF. El síndrome metadiabético. Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo LXXXII. ***1965***

"En la diabetes que cursa con un síndrome metadiabético, aunque los hechos disten todavía de estar bien asentados, existe un disturbio en el recambio íntimo de las mucoproteínas de la sustancia fundamental amorfa del tejido conjuntivo, y este trastorno es el responsable de las modificaciones séricas anteriormente citadas, y a la vez, de la deposición de placas de mucopolisacáridos en las paredes de los pequeños vasos y en los espacios conectivos."

…La enfermedad vascular periférica es una complicación metadiabética evolutiva de la diabetes mellitus. Si bien, clínicamente , esta angiopatía periférica se manifiesta fundamentalmente en las extremidades inferiores, no debe contemplarse como una enfermedad vascular aislada, sino como una expresión local de una macroangiopatía ateroesclerótica mas o menos generalizada, universal, que afecta también otros territorios arteriales: cerebrovascular, coronarias, etc.

La Diabetes Mellitus En La Practica Clinica. Ed. Médica Panamericana, 30/06/2009 - 520 páginas

Ser diabético es un estatus de alto riesgo para el desarrollo de complicaciones crónicas o manifestaciones sistémicas , antiguamente recogidas en el término "síndrome metadiabético", hoy en desuso.

Ana Alonso Pacho, José Sabán Ruiz. Control Global Del Riesgo Cardiometabolico. Ediciones Díaz de Santos, 2009 - 920 páginas

Presentación clínica síndrome metadiabético 1965:

- Retinopatía diabética
- Angiopatía periférica específicamente diabética
- Nefropatía diabética
- Neuropatía diabética
- Formas impuras: lesiones osteoarticulares y pie diabético

Complicaciones crónicas de DM2 2012:

- **Microvaculares**
  - Retinopatía diabética
  - Nefropatía diabética
  - Neuropatía diabética
- **Macrovasculares**
  - Enfermedad coronaria
  - Enfermedad vascular periférica
- **Neuropatías**
  - Autonómicas
  - Periféricas

Pallardo Peinado, LF. El síndrome metadiabético. Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo LXXXII. 1965
Khardori, R; Griffing, G. Type 2 Diabetes Mellitus. Medscape. Feb 23, 2012



"¿Tengo diabetes?, ¿Esto afectará mi vuelo?"

¿Dónde poner el énfasis?

DEPENDE…

¿Dónde poner énfasis?: depende del paciente



88 años, viuda x2, cognitivamente OK.

- 25 años de diabetes. TODAS LAS PATÍAS Y los raros.
- Vive con urea de 110 y creat 2. Viene con "lista de lo que quiere comer". Urea sube progresivamente.
- Dependiente para algunas instrumentales y baño.



69 años, hombre, come solo, pobre, 20 años dx.

- Coronario, insuf art perif, enfermedad isquémica cerebral, IRC mod, neuropatía, trastorno afectivo, parkinsonismo, HTA, DLP, Hiperuricemia., obeso, tabaco.
- estrés del cuidador. Hospitalizaciones frecuentes. Tratamiento con varios médicos y "TODAS LAS MEDICINAS".



93 años, viuda, sin hijos, vive con cuidadora en casa propia.

- "Fui diabética hace años pero ahora ya no tomo nada"
- Hipotiroidismo. Ansiedad. COGNITIVAMENTE EXCELENTE.
- Su peor problema: MALTRATO.

USMP

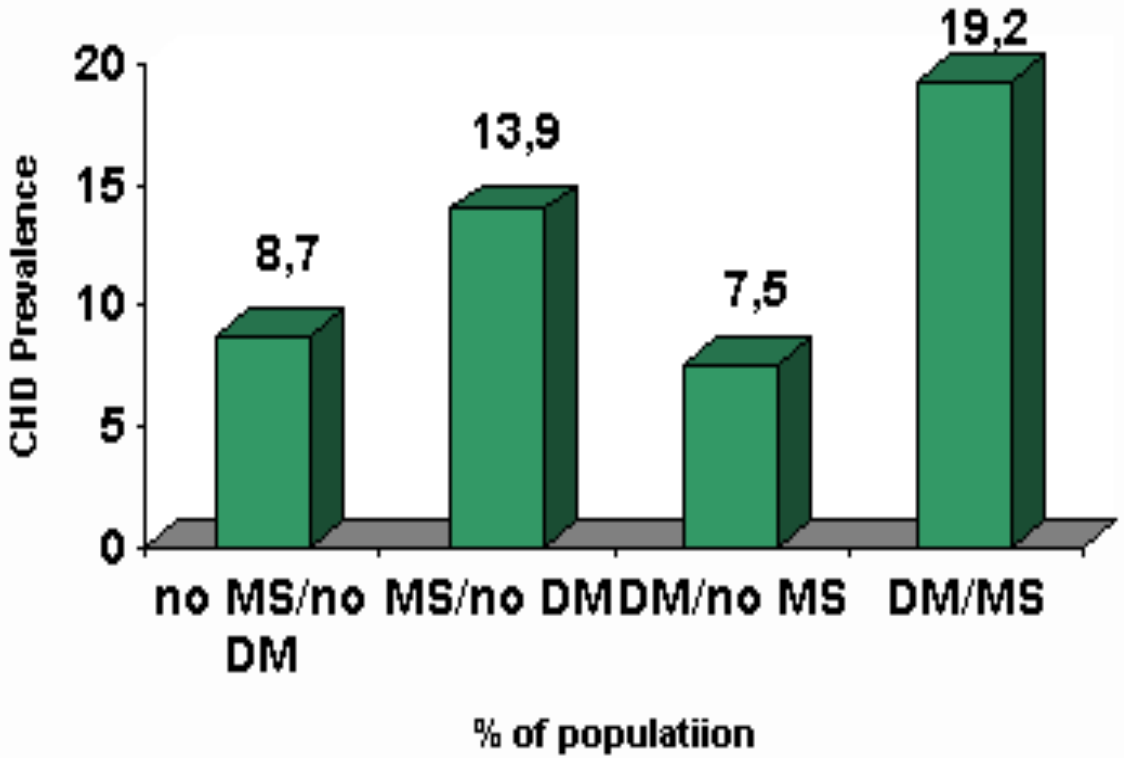
Archivo fotográfico de Bamboo Senior Health Services. Con autorización.



"No sé tú, pero a mí me encantan las personas con el nivel de azúcar alto"

¿Por qué algunos diabéticos si y otros no?

- Enfermedad Cardiovascular en > 50 años según SM y DM

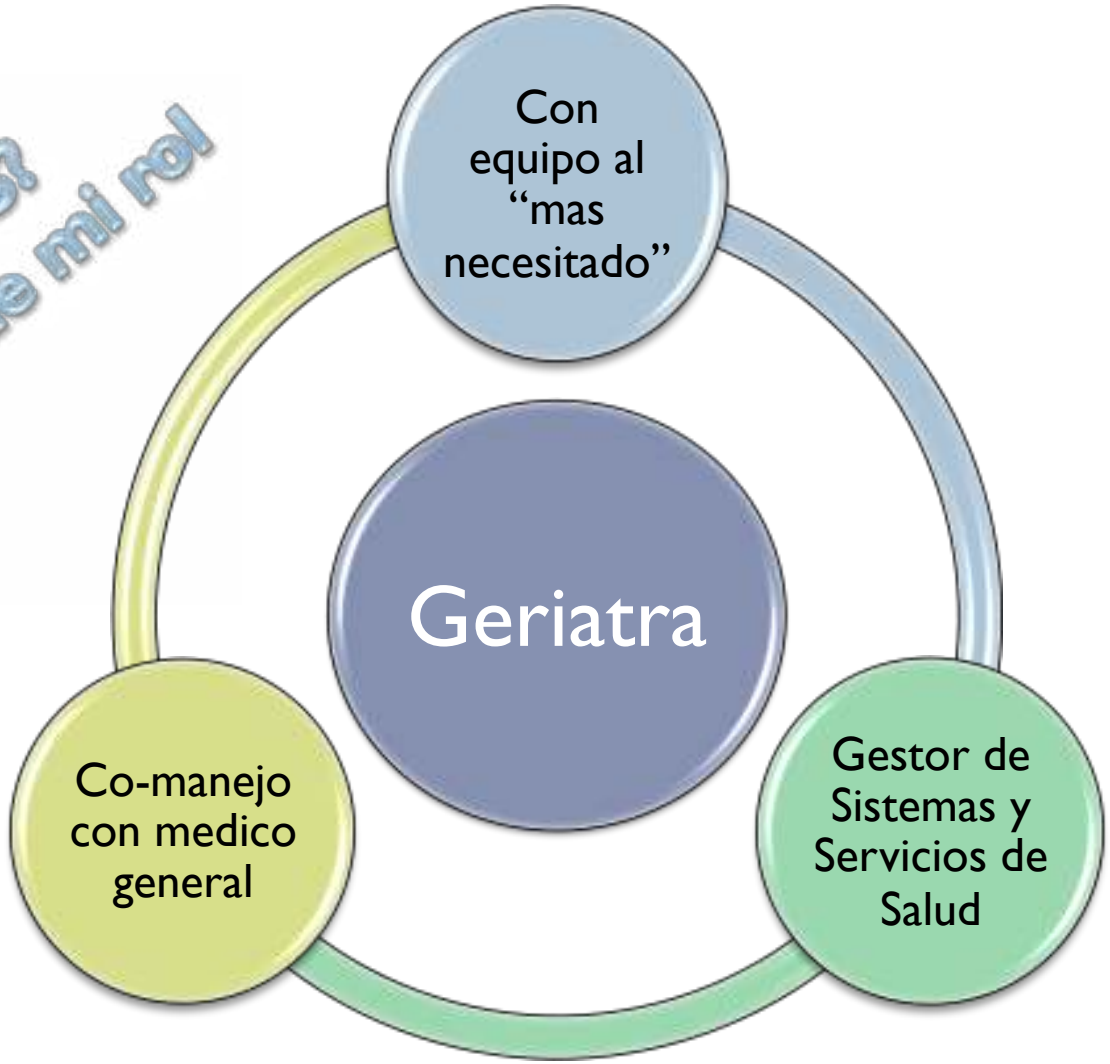


NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey). *Diabetes*, vol52,may2003,pg1211

Defining the Domain of Geriatric Medicine in an Urban Public Health System Affiliated with an Academic Medical Center

Christopher M. Callahan, MD,[*†‡] *Michael Weiner, MD, MPH,*[*†‡] *and Steven R. Counsell, MD*[*†‡]

ENFASIS?
Depende de mi rol



J Am Geriatr Soc 56:1802–1806, 2008.

Disfunción eréctil





Retinopatía diabética vs **"No poder ver"**

Control intensivo de glicemia redujo Rx relativo retinopatia (0.8, 0.67-0.94. p=0.009). Evidencia??.

- *Manzarbeitia J. El Anciano con Diabetes. SEMEG 2002; pag. 88*

272 personas deben recibir tratamiento intensivo de glicemia por 5 años prevenir 1 persona de volverse ciego.

- *Yudkin JS,. BMJ 2012;344:e708*

Las causas más frecuentes de pérdida de visión en AM relacionadas con diabetes mellitus son cataratas, retinopatía diabética, el glaucoma de ángulo abierto y la afectación vascular embolígena o trombosis venosa

- Hemmingsen BMJ 2011;343:d6898 doi: 10.1136/bmj.d6898 November 2011)

Enfermedad vascular cerebral isquémica vs **seguir independiente con diabetes"**

UKPDS: el sexo masculino, la HTA, y la FA eran los > factores de riesgo para ACV en población diabética

- *Davis TME. Et al Arch Inter Med 1999; 344: 1383 - 1389*

UKPDS: la dislipidemia, el mal control metabólico o la hiperinsulinemia NO CONFERÍAN RIESGO.

- *Adler et al. Am Heart J 1999; 138 (5Pt1): 353-359*

Tras diez años con la enfermedad del azúcar en sangre, las probabilidades de ACV se triplicaron.

- Elkind M et al. STROKE AHA. March 2012 111.641381

Es incierto q control estricto de la hiperglicemia sirva para la prevención primaria de ACV en diabeticos.

- *UKPDS 34. Lancet, 1998 352: 854 – 56*
- ADVANCE. NEJM, 2008; 358, 2545-59

¿Enfasis en la diabetes = bajar la glucosa intensivamente?

- Efecto no significativo en mortalidad x cualquier causa (RR1.04 [0.91-1.19]) ni en mortalidad CV (1.11 [0.96–1.43])
- Reducción de riesgo IMA no fatales (NNT 117-150) y microalbuminuria (NNT 32 – 142).
- Mas del doble de hipoglicemias (NNH 15 – 52).
- Produjo un incremento de 47% del riesgo de ICC (P<0.001)

Boussageon R et al,.BMJ 2011;343:d4169 doi: 10.1136/bmj.d4169

Hemmingsen B. Intensive glycaemic control for patients with type 2 diabetes: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomised clinical trials.
BMJ 2011;343:d6898 doi: 10.1136/bmj.d6898

Study	No of events/total: Intensive control	No of events/total: Conventional control	Risk ratio (Mantel-Haenszel, random) (95% CI)	Weight (%)	Risk ratio (Mantel-Haenszel, random) (95% CI)
UGDP 1978	11/204	4/210		4.2	2.83 (0.92 to 8.75)
VA CSDM 1995	3/75	10/78		3.5	0.31 (0.09 to 1.09)
UKPDS 1998	11/2729	11/1138		6.8	0.42 (0.18 to 0.96)
Kumamoto 2000	9/55	24/55		9.3	0.38 (0.19 to 0.73)
Bagg 2001	4/21	1/22		1.3	4.19 (0.51 to 34.50)
ACCORD 2008	3056/5128	3077/5123		28.9	0.99 (0.96 to 1.02)
ADVANCE 2008	230/5571	292/5569		25.6	0.79 (0.67 to 0.93)
VADT 2009	78/892	78/899		20.4	1.01 (0.75 to 1.36)
Total (95% CI)	3402/14 675	3497/13 094		100.0	0.83 (0.64 to 1.06)

Test for heterogeneity: $\tau^2=0.06$, $\chi^2=28.09$, df=7, P<0.001, $I^2=75\%$

Test for overall effect: z=1.51, P=0.13

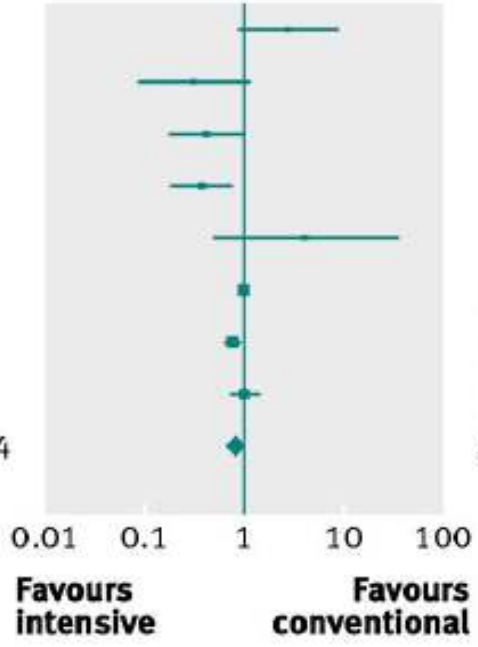


Fig 12 Forest plot for nephropathy

NTT: 627 pac x 5 años para prevenir 1 caso de enfermedad renal terminal.
Yudkin JS,. BMJ 2012;344:e708

BMJ

BMJ 2011;343:d7995 doi: 10.1136/bmj.d7995 (Published 28 December 2011)

ANALYSIS

The idolatry of the surrogate

Easier to measure surrogate outcomes are often used instead of patient important outcomes such as death, quality of life, or functional capacity when assessing treatments. **John Yudkin**, **Kasia Lipska**, **and Victor Montori** argue that our obsession with surrogates is damaging patient care

John S Yudkin *emeritus professor of medicine*[1], Kasia J Lipska *Robert Wood Johnson clinical scholar*[2], Victor M Montori *professor*[3]

[1]University College London, UK; [2]Department of Medicine, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA; [3]Knowledge and Evaluation Research Unit, Division of Endocrinology and Diabetes, Departments of Medicine and Health Sciences Research, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

USMP

Idolatría de los biomarcadores

- La idealización de los biomarcadores como criterios de valoración final, desvió a los profesionales de los parámetros duros y de la evolución clínica.
- hay que insistir en los objetivos "duros" para el desarrollo de nuevos fármacos
- Para tomar decisiones adecuadas sobre el tratamiento de los pacientes, es necesario entender en que medida la medicación incide sobre los objetivos que son importantes para el enfermo.
- Los criterios de valoración de los biomarcadores no resuelven este aspecto

¿QUÉ OPINAN?

¿Son iguales la diabetes y sus complicaciones en el Adulto y en el Anciano?

TABLA 1. Diferencias en la nefropatía diabética del adulto y el anciano

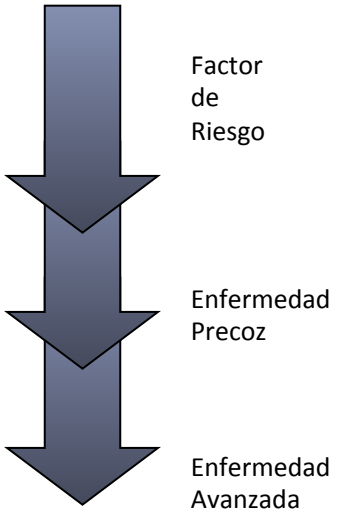
Aspectos	Ancianos	Adultos
Incidencia	Desconocida	Conocida
Etiología	Múltiple	Única[a]
Histología	Glomerulosclerosis Arterioesclerosis Necrosis papilar	Glomerulosclerosis[a]
Microalbuminuria	DM tipo 2: dos veces más frecuente	DM tipo 1: menos frecuente
HTA	Presente al momento del diagnóstico	Años después del diagnóstico[a]

HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus.
[a]Observado con mayor frecuencia.

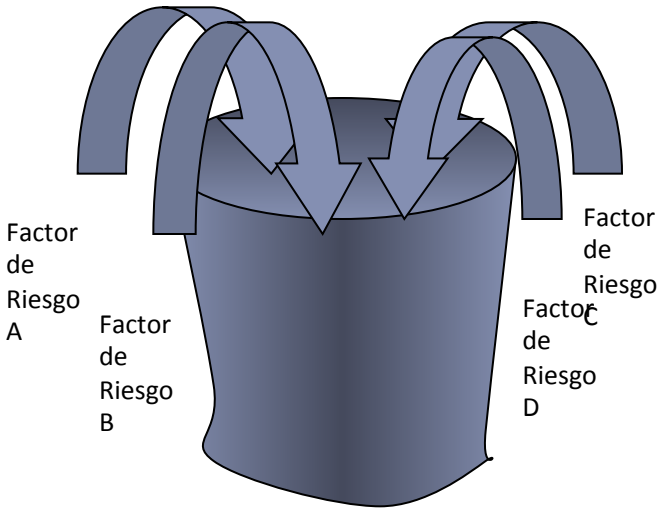
Rodriguez-Mañas L, Castro M. Rev Esp Cardiol Supl. 2007;7:54A-62A

¿El comportamiento de una enfermedad es siempre el mismo?

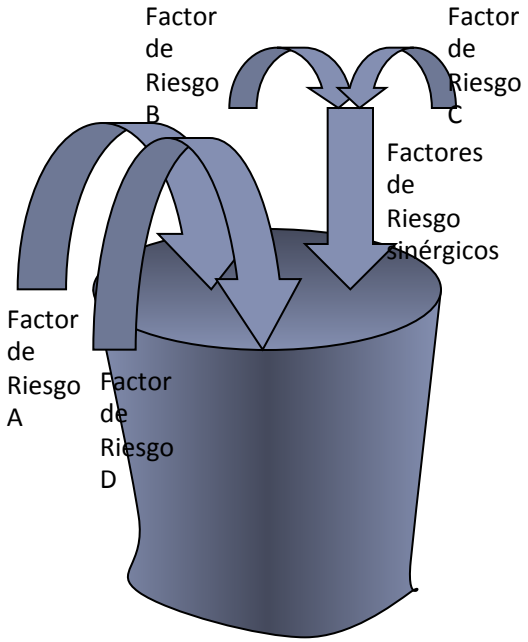
A. Lineal



B Concéntrico



C. Interactivo concéntrico



Conocer los "maridajes de la discapacidad" podría ser la clave para nuevas estrategias de prevención y tratamiento.

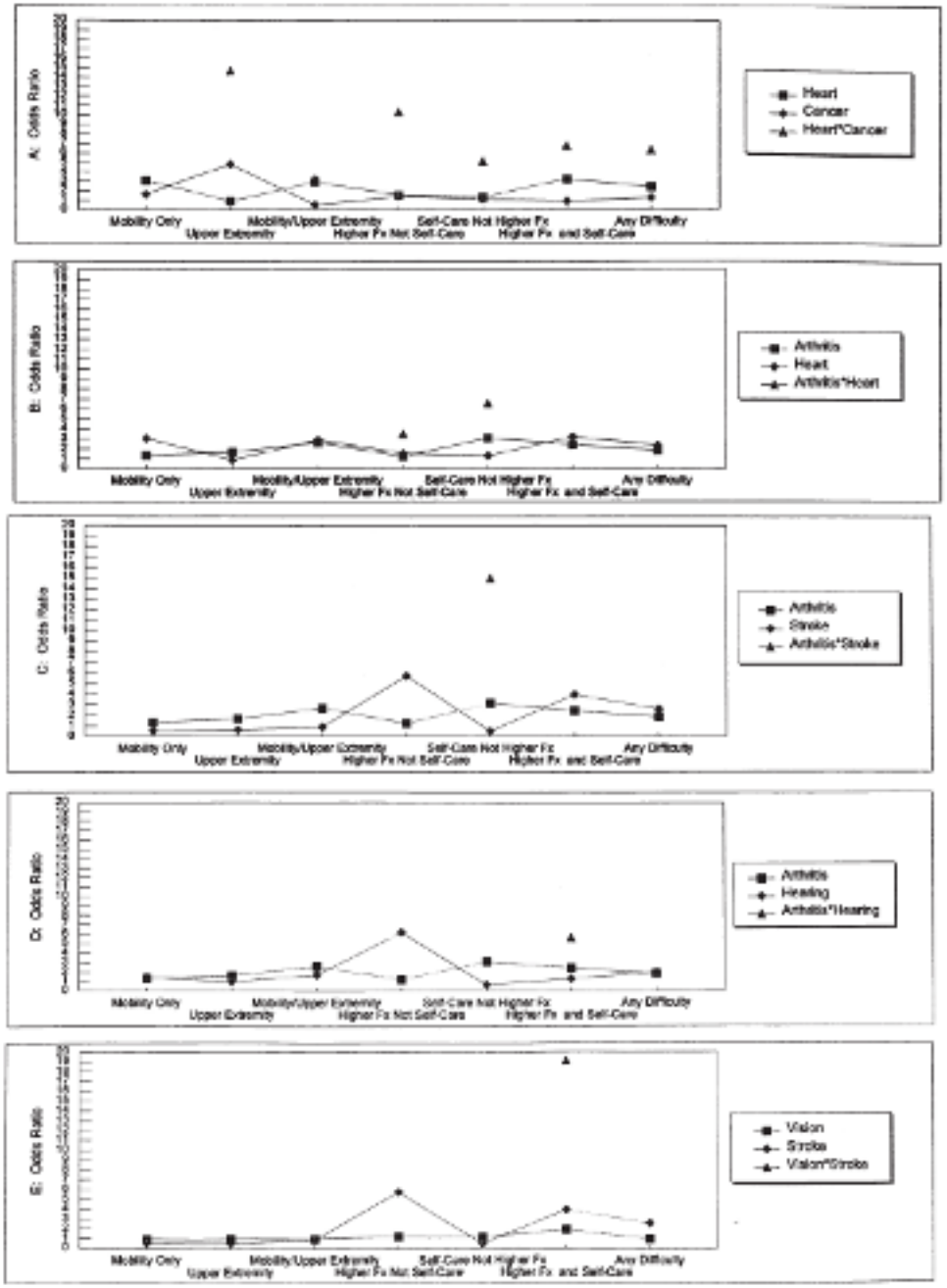


FIGURE 2. Odds ratios for the association of important synergistic interactions between disease pairs and for the independent associations of each of the two diseases, with disability types. For each disability type, "no disability" serves as the reference comparison group. For disease types, reference is "neither disease."

J Clin Epidemiol Vol. 52, No. 1, pp. 27–37, 1999
Copyright © 1999 Elsevier Science Inc. All rights reserved.

- El comportamiento de cada enfermedad en la comorbilidad depende, entre otras cosas, de las demás enfermedades acompañantes.
- La sinergia sugiere bases fisiopatológicas comunes.
- Conocer estas bases sería la clave para nuevas estrategias de prevención y tratamiento.

BRIEF REPORTS

Diabetes Mellitus: Prevalence and Effect of Morbidities in the Oldest Old. The Octabaix Study

Assumpta Ferrer, MD, PhD,[*] Glòria Padrós, PhD,[†] Francesc Formiga, MD, PhD,[‡§] Sònia Rojas-Farreras, PhD,[‖] Jose-Manuel Perez, MD, PhD,[#] and Ramón Pujol, MD, PhD[‡§]

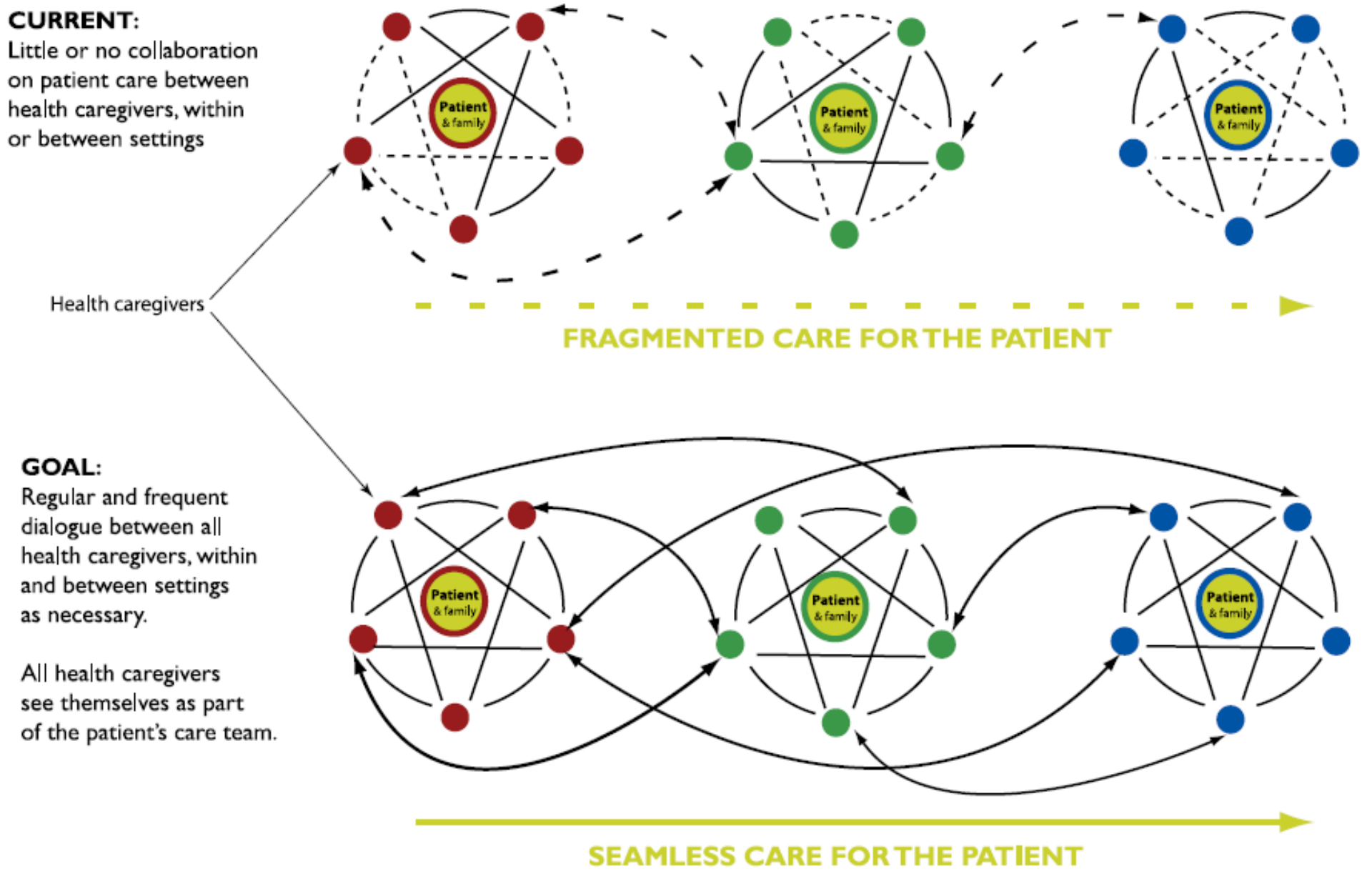
- The effect of morbidities on DM may require a multidisciplinary approach to manage its complexity.

  J Am Geriatr Soc 60:462–467, 2012.

Cuidado Interprofesional

- Interprofessional care (IPC).
- Es un abordaje colaborativo en equipo, con la finalidad de proveer un óptimo cuidado del paciente.
- Beneficia y empodera al paciente, a la vez que mejora la satisfacción del prestador de salud.
  - Mejora el acceso al cuidado de la salud.
  - Menor tensión y conflicto entre los miembros del equipo.
  - Mejor uso de los recursos clínicos.
  - Mejor reclutamiento de miembros del equipo de salud.
  - Bajo grado de reingeniería de staff.

Implementing Interprofessional Care in Ontario: Final Report of the Interprofessional Care Strategic Implementation Committee. May 2010. www.healthforceontario.ca



Interprofessional Care Strategic Implementation Committee Final Report, 2010

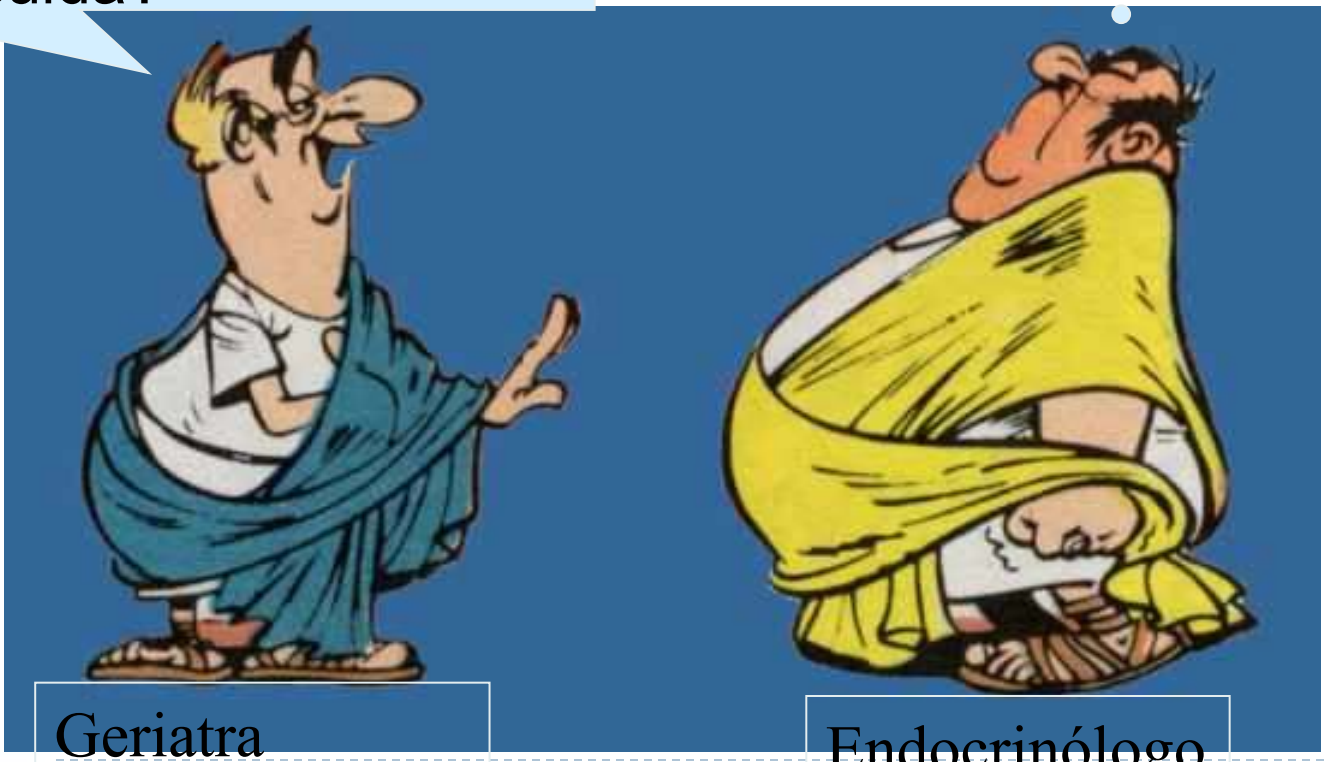
La comunicación y coordinación con otros especialistas:

¿Quién debe estar a cargo del Adulto Mayor diabetico?

¿CUANTO ES SEGURO?
¿frágil, comorbido, demente, dependiente, donde vive, quien lo cuida?

Hay q bajar la Glucosa y el peso!!!

Bajar lo máximo la PA!!!



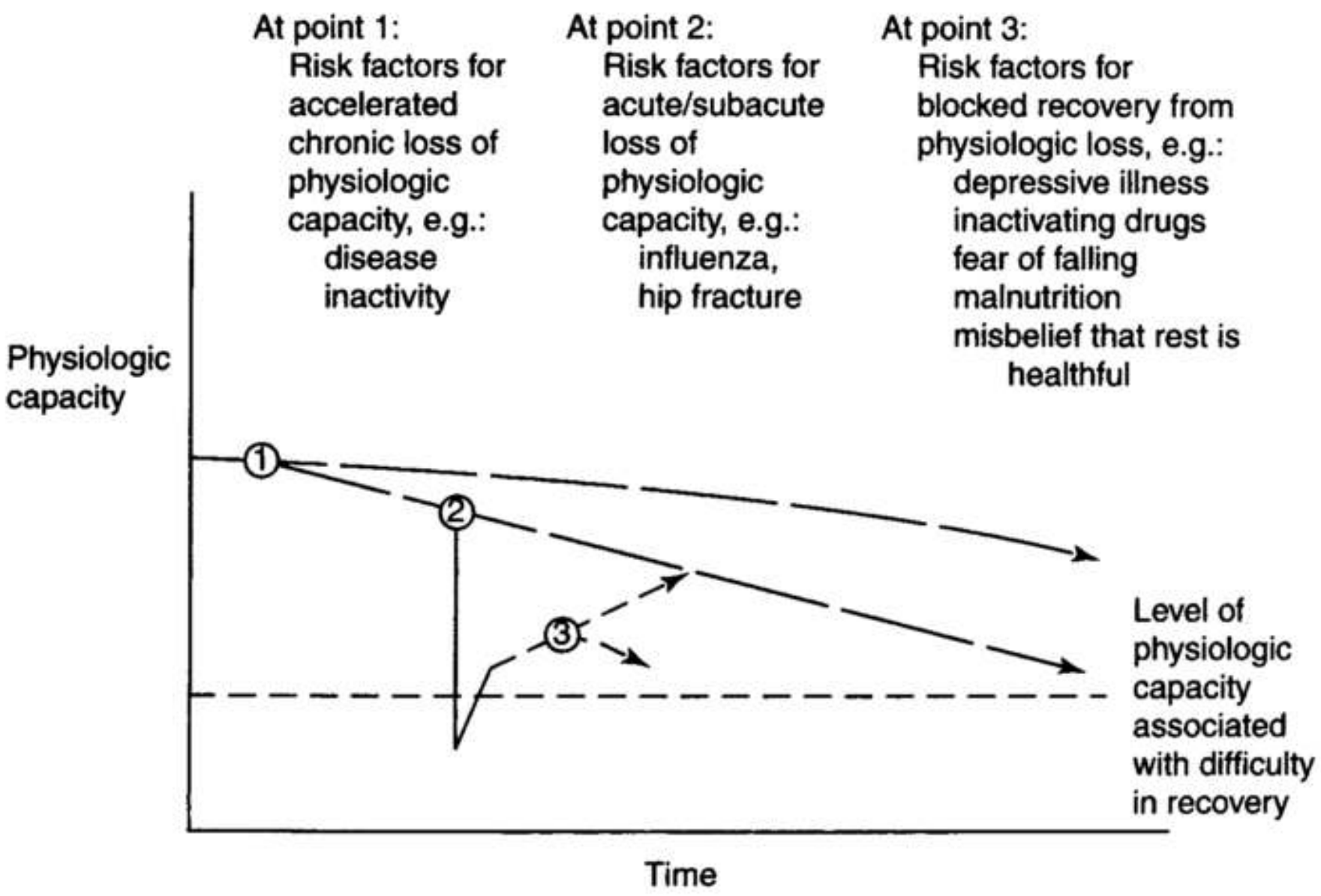
Geriatra

Endocrinólogo

Manejo agudo del evento y de las descompensaciones de las comorbilidades- Prevención Secundaria,TERCIARIA y cuateranaria: un gran reto. Los geriatras sabemos.







Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. In: Hazzard WR. Principles of geriatric medicine and gerontology. 5th ed. New York: McGraw-Hill, **2003:** 1487–1502.



Cuanto debe durar una consulta de un AM con diabetes??



El 60% de los fallecimientos de los ancianos se atribuye a la mala calidad de atención médica.

Castillo C. Situación de salud en las Americas. Rev Fac Nac Salud Publica 2006: 24; 106.

- Evidence suggests that many health care professional trainees feel uncomfortable with key chronic care competencies.
  - Darer JD, Hwang W, Pham HH, Bass EB, Anderson G. More training needed in chronic care: a survey of US physicians. Acad Med 2004;79(6):541–548.

Condiciones crónicas múltiples

- Fomentar el cuidado de la salud y el cambio de los sistemas de salud pública para mejorar la salud de los individuos con condiciones crónicas múltiples. (Mejorar la coordinación, acceso y calidad)
  - Identificar modelos basados en evidencia que mejoren la coordinación en el cuidado.
    - Identificar a las poblaciones con el problema o con alto riesgo.
    - Implementar programas piloto innovadores, centrados en la perdona, multidisciplinarios y longitudinales
  - Definir los outcomes apropiados de cuidados de la salud.
- Maximizar el uso de medidas probadas de autocuidado y otros servicios por individuos con condiciones crónicas múltiples.
- Proveer de mejores herramientas e información para el cuidado de la salud, salud pública y servicios de trabajo social que proporciones cuidados a individuos con condiciones crónicas múltiples.
- Facilitar la investigación para llenar las brechas de conocimiento e intervenciones y sistemas beneficiosos a individuos con condiciones crónicas múltiples.

US DHHS. Multiple Chronic Conditions: A Strategic Framework. Dec 2010

El camino de salud…

Estrategias de los servicios de salud para una longevidad exitosa

- Evaluación Periódica de Salud.
  - Tradicional + particularidades.
    - Tamizaje de Enfermedades Crónicas.
    - Tamizaje de Síndromes Geriátricos.
- Consejería en estilos de vida.
- Vacunas

Claves para un envejecimiento activo

- Programas comunitarios efectivos y servicios disponibles y accesibles.
- Comunidades seguras y que permitan ciudades saludables.
- Adopción individual y mantenimiento de conductas con evidencia que promuevan salud y bienestar



DiabetesVoice
December 2006 | Volume 51 | Issue 4

Envejecimiento, pobreza y enfermedades crónicas en América Latina

Martha Peláez y Enrique Vega



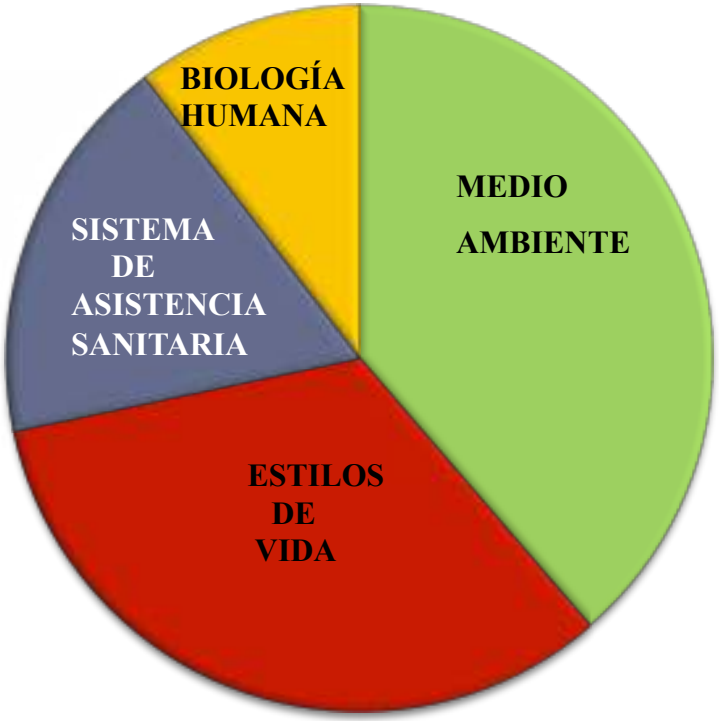


World Health Organization

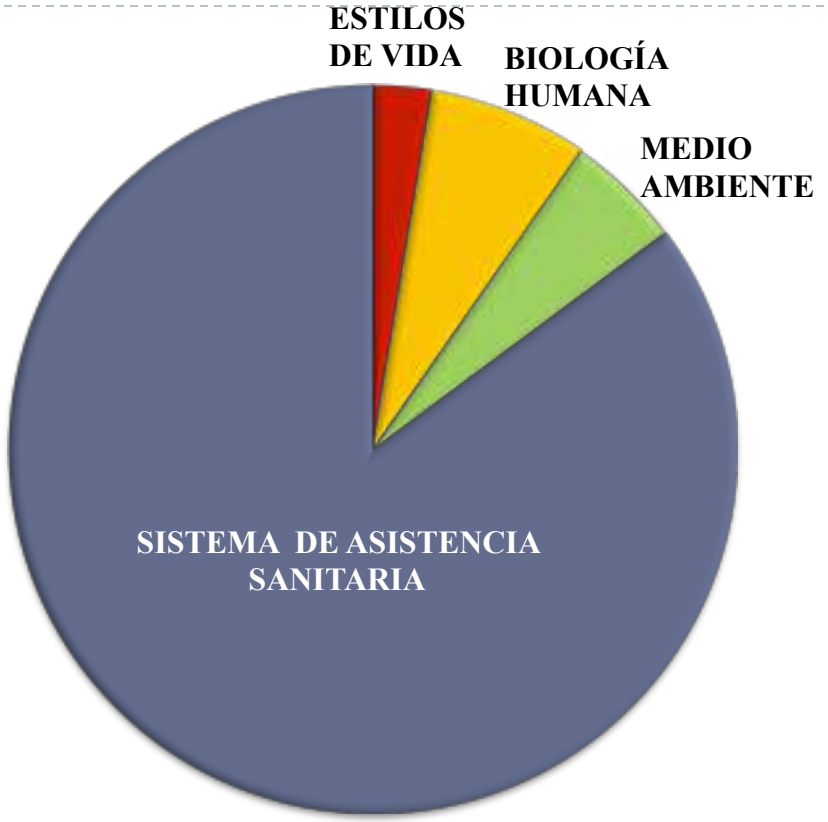
USMP

DEBATES, **POLICY & PRACTICE**, CASE STUDIES

Determinantes de la Salud



EFECTO RELATIVO DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD



PROPORCIONES RELATIVAS DEL DINERO PÚBLICO DESTINADO A LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

LALONDE, M. A new perspective on the Health of Canadians Health Promot. Int. (1986) 1 (1):93-100.

El Impacto del Costo de la Diabetes

Las complicaciones tardías son el real punto mayor del costo de la Diabetes

Decision Resources. Final Report, Vol II-X



2025: el mundo gastará más de 302.5 billones USD en la prevención y tto de DBT

International Diabetes Federation. The human, social and economic impact of diabetes. Available at: http://www.idf.org/home/index.cfm?node541./. Accessed October 16, 2009.

¿Cómo vencer el reto de alcanzar 5 años de excelentes cuidados al inicio sin tener 20 años de cuidados muy deficientes al final?



El enfoque de CV sólo puede ofrecer soluciones a largo plazo???

Copyright © eContent Management Pty Ltd. *Health Sociology Review* (2009) 18: 379–386

Ageing well, ageing productively: The essential contribution of Australia's ageing population to the social and economic prosperity of the nation

ABSTRACT

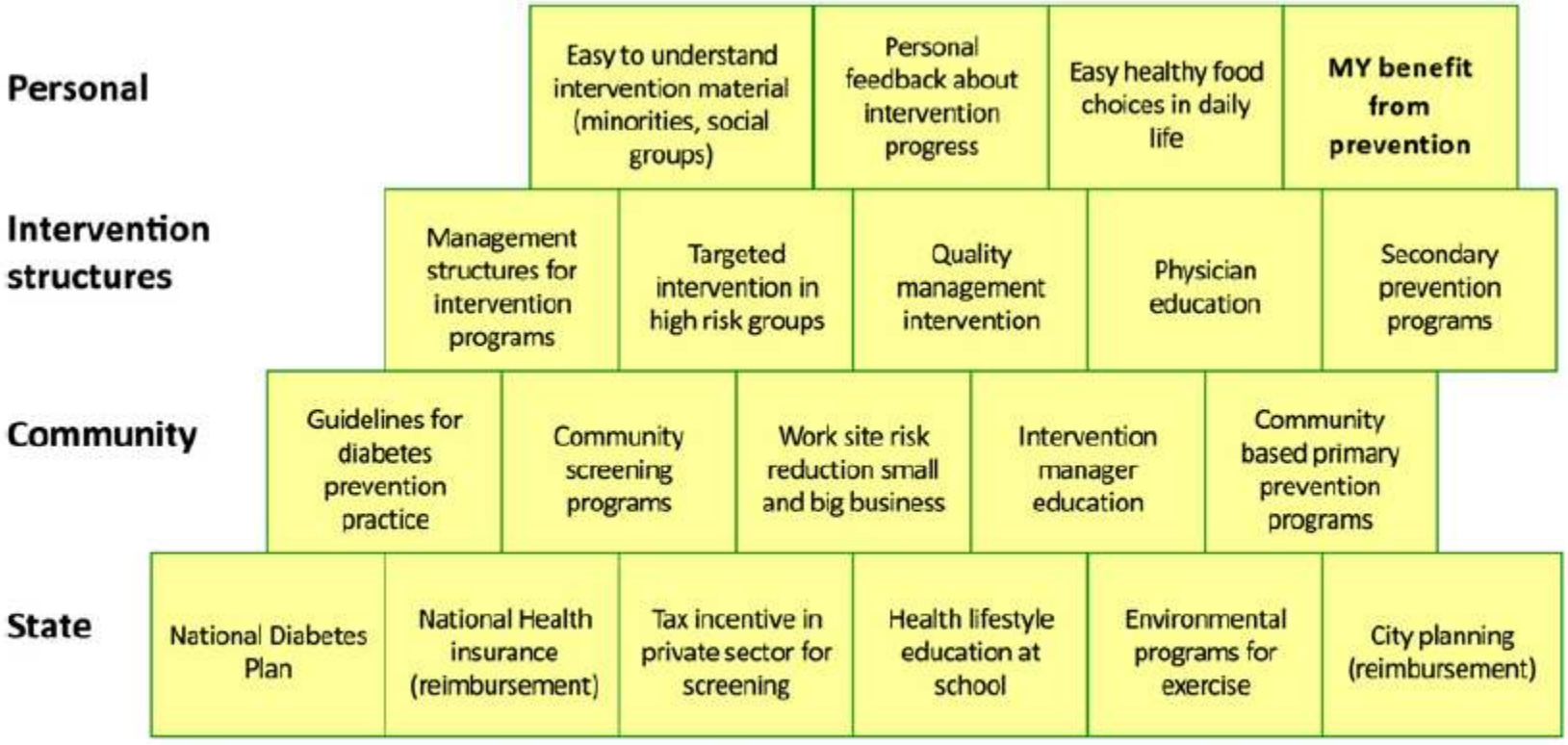
In Australia we have become preoccupied with the potential adverse impact of our ageing population on our health and social systems. The projected cost of having increasing proportions of our population in the over 70s, retired, chronically ill category of the demographic profile is emerging as a major challenge for governments and private insurers: so much so in fact that the government is now urging older people to stay at work longer.

In America, new approaches to the management and self-management of chronic diseases have been invoked to encourage and support older people to improve their quality of life and reduce their recourse to and dependence upon health care technologies, clinical interventions and health care management systems. Unless this is achieved, it is argued, the cost of looking after this emerging 'bubble' of elderly people will become increasingly unsustainable as fewer and fewer (proportionately) younger people work to pay the taxes that support ageing, retired, sick and dependent populations. This paper argues that we are at real risk of having our economic wealth and productivity impeded and truncated by the financial burden of looking after high demand and high cost

KEY WORDS

Ageing, preventive health care, self-management, service demand, sociology

Modelo de 4 niveles para la implementación de programas de prevención de diabetes



Schwarz, P. Med Clin N Am 95 (2011) 397–407

Iniciativas de Salud Publica para prevención de Diabetes con potencial para extenderse a nivel nacional.

Program	Aim	National Policy	Setting	Target Population	Intervention Manager	Intervention Program	Outcome Evaluation	Quality Management	Funding	References
FIND2D, Finland	Primary diabetes prevention	Yes – National Diabetes Plan	PHC, decentralized community	Person at risk FINDRISK >15	Diabetes nurses	1–3 sessions	Waist circ	None	National program	[14,33]
GOAL-LIT, Finland	Diabetes prevention and healthy ageing	Yes – National Diabetes Plan	PHC, decentralized, occupational medicine	Person at risk FINDRISK >12	Occupational nurses	5 sessions and 1 booster session	Anthr., biomarker, behavior by physician	None	Included in occupational service	[34]
PLAN4WARD, USA	Primary diabetes prevention	National Coordinating Center in Development	YMCA	American Diabetes Association Risk Score	Nonspecialist staff at YMCA	6-month, 16-session curriculum, then monthly maintenance sessions	Anthr., HbA1c, lipids	Centralized instructor training; peer-based session fidelity checklists	National Institutes of Health	[11,35,36]
Reset Your Life, Australia	People	Council of Australian Government	PHC, decentralized community	Person aged 40–49 years at risk AUSDRISK >12	Health professional	5 + 1 sessions, intervention facilitator	Waist and weight	None	Australian government	[14]
LIFE! Taking Action on Diabetes, Australia	Primary diabetes prevention	State Government of Victoria	PHC, decentralized community	Person at risk AUSDRISK >12	Health professional	5 + 1 sessions, intervention facilitator	Anthr., biomarker, behavior	Yes, at facilitator and program levels	Free for most participants aged 50 years or older	[14]
SDPP,[a] Australia	Primary diabetes prevention	NSW Department of Health	PHC, decentralized medical GP-based community	Person aged 50–65 years at risk AUSDRISK >15	Health professional	5 + 1 sessions, GP and lifestyle officer	Anthr., biomarker, behavior	None	NSW Department of Health	[14]
SDPP,[b] Germany	Primary diabetes prevention	Saxony, Gesundheitsziele	Public health, paramedical, decentralized community	Person at risk FINDRISK >10	Prevention manager, different professions	Structured program 8 sessions, telephone and email support and annual follow-up	Blood pressure, waist, anthr., parallel study on OGTT	Blood pressure and waist circ	Local health insurances reimburses prevention manager	[10,14]

USMP

Schwarz, P. Med Clin N Am 95 (2011) 397–407

Iniciativas de Salud Publica para prevención de Diabetes con potencial para extenderse a nivel nacional (2).

Program	Aim	National Policy	Setting	Target Population	Intervention Manager	Intervention Program	Outcome Evaluation	Quality Management	Funding	References
Do It Yourself, Canada	Diabetes prevention and management	Local health policy	Community, Aborigines	Risk factors evaluation	Health workers	3-day agenda + manual	None	None	Government + private	[14]
Walking Away from Type 2 Diabetes, UK	Primary diabetes prevention	National Health Service (NHS) Health Check Program	Primary care	High-risk person identified using the Leicester Risk Score	Registered or nonregistered health care professional	3.5-hour structured education program followed by annual maintenance program. Telephone contact every 6 months	1st = physical activity 2nd = OGTT, progression to diabetes, lipids and anthr. variables	All educators are trained and quality assured to ensure fidelity to Person-centered philosophy and content	Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care, National Institute for Health Research	[13,98]
Let's Prevent Diabetes, UK	Primary diabetes prevention	NHS Health Check Program	Primary care	Leicester Risk Score and confirmed with OGTT	Registered health care professional	6-hour structured education program followed by annual maintenance program. Telephone contact every 3 months	1st = progression to type 2 diabetes using OGTT 2nd = physical activity, diet, lipids, and anthr. variables	All educators are trained and quality assured to ensure fidelity to person-centered philosophy and content	National Institute for Health Research	[14]
Let's Beat Diabetes, New Zealand	Diabetes prevention and improved management of disease	National Strategy Healthy Eating Healthy Action (HEHA)	Community	Maori, Pacific, and South Asian with risk factors identification	At all levels from community people to health professionals	A range of different interventions are offered	Waist and weight	Yes	Regional funding from Health Budget and other partner organizations	[14]
DE-PLAN, Greece	Primary diabetes prevention		PHC, occupational	Person at risk FINDRISK >12	Prevention manager, nurse	6 sessions, by prevention manager	Blood pressure, waist, anthr., lipids, parallel study on OGTT	Parallel to intervention	Public health + private	[15]

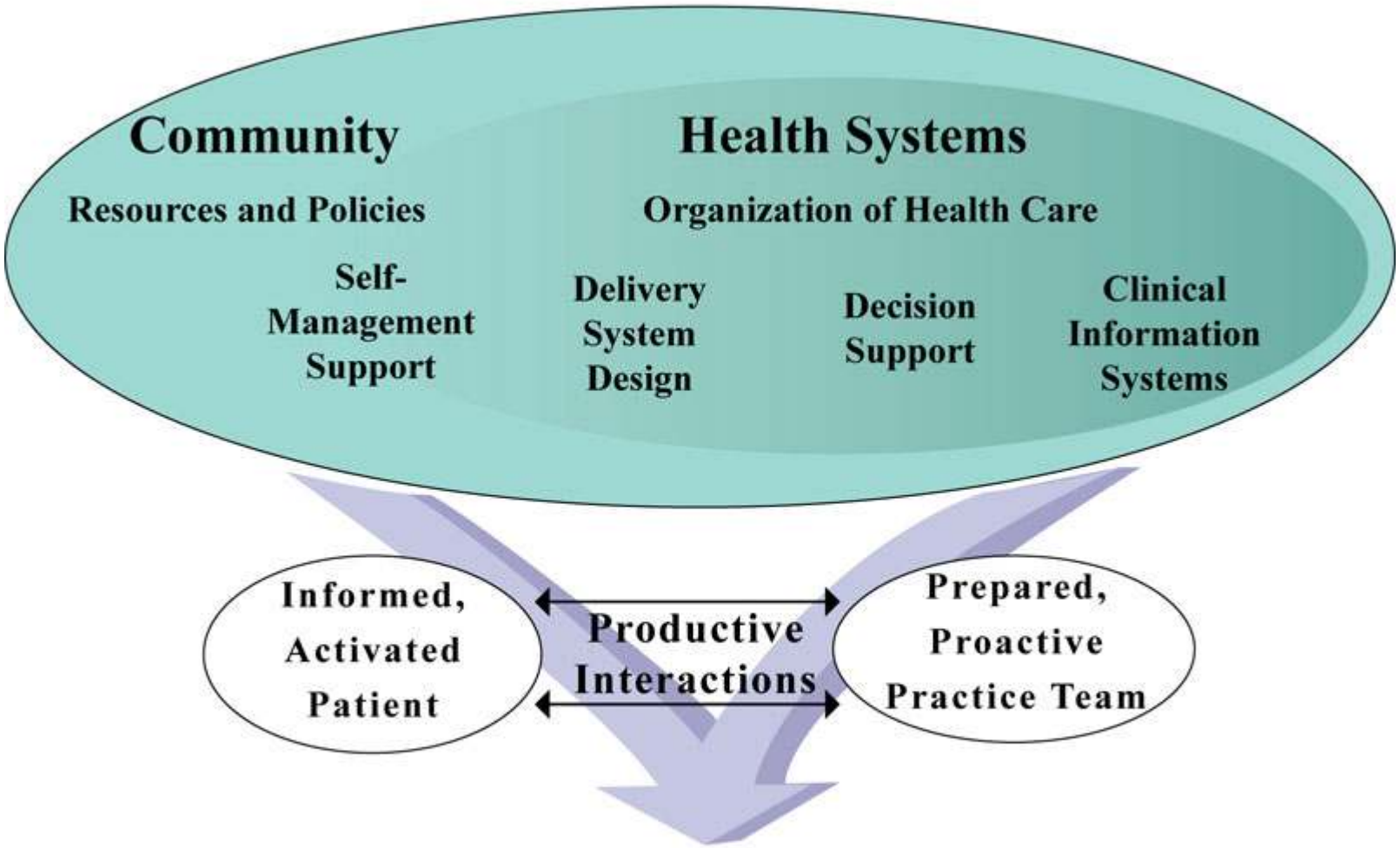
Abbreviations: Anthr., anthropomentric; AUSDRISK, The Australian Type 2 Diabetes Risk Assessment Tool; circ, circumference; GP, general practitioner; PHC, primary health care; YMCA, Young Men's Christian Association hostels.

[a] Sydney Diabetes Prevention Program.

[b] Saxony Diabetes Prevention Program.

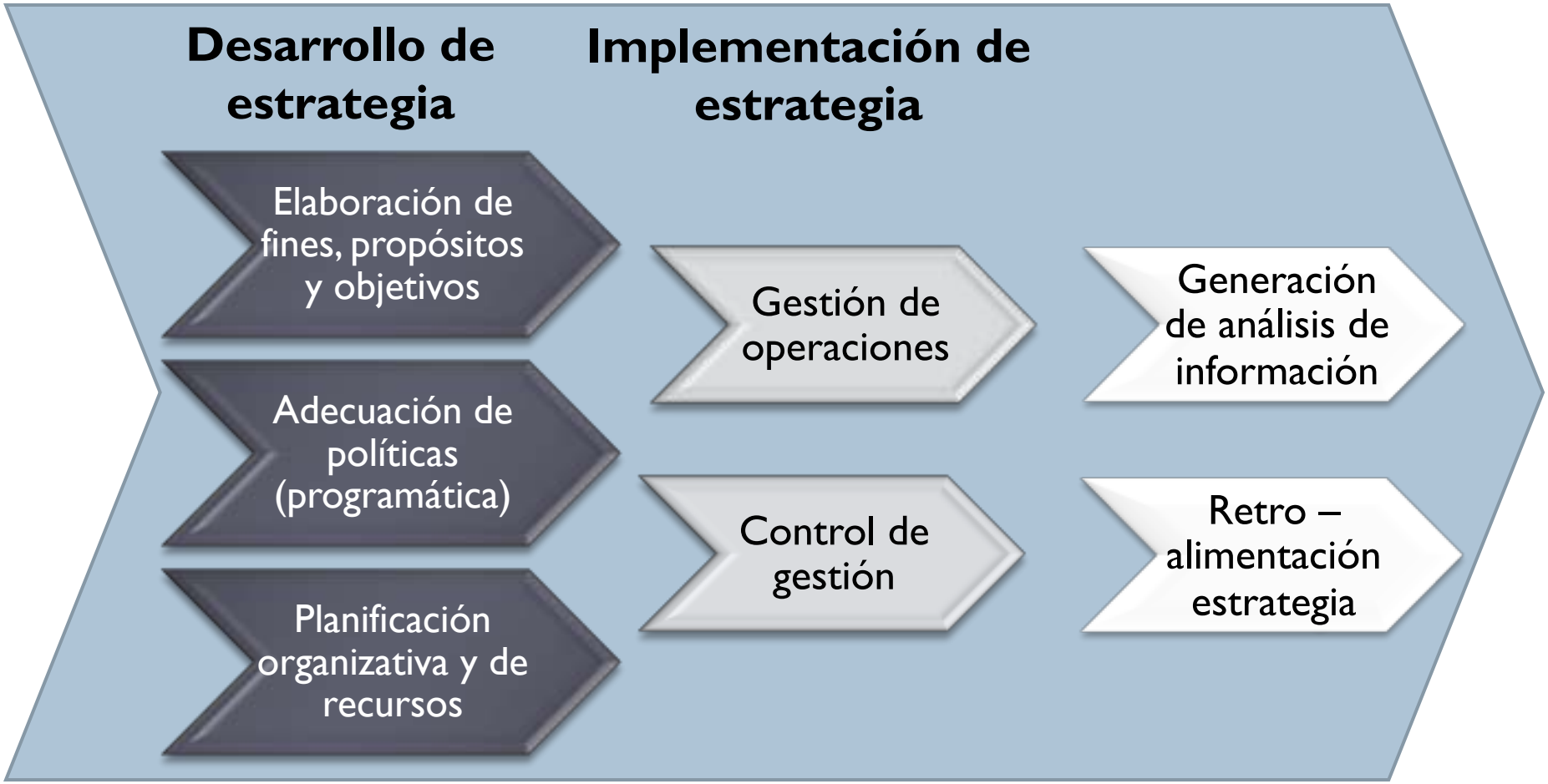
Schwarz, P. Med Clin N Am 95 (2011) 397–407

The Chronic Care Model



Developed by The MacColl Institute
® ACP-ASIM Journals and Books

El Manejo del Adulto Mayor diabético: como trazador de la adecuación de los servicios y sistemas de salud a las particularidades de este grupo etareo



Fuente: elaborado con base en Barzelay (curso Contested Issues in Public Management 2003 - 2004, London School of Echonomics and Political Science)

- Even the highest quality provision of care to individuals with Multiple Chronic Condition alone will not guarantee improved health outcomes for this population. Individuals must be informed, motivated, and involved as partners in their own care.
  - Greenhalgh T. Chronic illness: beyond the expert patient. BMJ 2009;338:629–631.

Los programas de promoción de salud basados en evidencia se basan en que lo que sabemos funciona en lugar de lo que pensamos que funciona. (Whitelaw, 2010)



CAMBIO DE CONDUCTAS

Telemedicina

- Las nuevas aplicaciones en internet de telemedicina han generado la posibilidad de
- Responder y atender:
  - PROBLEMAS COMPLEJOS
  - POBLACIONES REMOTAS O AISLADAS
- Guiar acciones de trabajadores comunitarios y técnicos que están en contacto directo con pacientes.

COSAS QUE YO NO SABÍA.

Diabet Med. 2004 Sep;21(9):999-1006.

Structured treatment and teaching of patients with Type 2 diabetes mellitus and impaired cognitive function--the DICOF trial.

Braun A, Muller UA, Muller R, Leppert K, Schiel R.

Department of Internal Medicine III, University of Jena Medical School, Jena, Germany. anke.braun@med.uni-jena.de

Abstract

BACKGROUND: Patient education is integral part of any diabetes therapy in Germany, but elderly patients are not able to follow the variety of topics comprising standard treatment and teaching programmes (TTP), primarily due to impaired neuropsychological function. This leads to deficits in diabetes knowledge and hindered ability for diabetes self-management.

AIM: To evaluate structured TTP for geriatric patients with impaired cognitive function.

PATIENTS AND METHODS: A neuropsychological examination was performed on all patients over 54 years [n=102, age 68.6 +/- 8.7 years, diabetes duration 10.3 (0.03-35.4) years, HbA1c 10.3 +/- 1.7% (HPLC, Diamat, NR 4.5-6.3%), cognitive function 87.7 +/- 12.3 IQ points] who took part in TTP for insulin therapy. Patients with impaired cognitive function participated either in the standard TTP of Berger [n = 35, age 67.6 +/- 8.9 years, diabetes duration 9.9 (0.04-35.4) years, HbA1c 10.3 +/- 2.0%] or in the specialized structured geriatric DICOF-TTP [n=33, age 70.4 +/- 8.2 years, diabetes duration 10.4 (0.03-24.9) years, HbA1c 10.7 +/- 1.8%].

RESULTS: After TTP there were no differences in knowledge and ability for diabetes self-management (standard/DICOF: knowledge 11.0 +/- 2.6 vs. 12.2 +/- 2.7 points, P = 0.11; handling 14.9 +/- 3.3 vs. 15.9 +/- 2.5 points, P = 0.18). However, patients who took part in the DICOF programme showed better scores in satisfaction with the education programme [standard/DICOF 44.7 (31-57) vs. 52.5 (45-59) points, P < 0.001]. Six months later the DICOF participants showed better results regarding diabetes self-management (standard/DICOF: handling 12.5 +/- 4.1 vs. 15.9 +/- 3.1 points, P = 0.001). Both groups showed HbA1c decrease (8.3 +/- 1.4 vs. 8.5 +/- 1.3%, P=0.62) and similar incidence of acute complications.

CONCLUSIONS: Elderly patients with impaired cognitive function should take part in specialized structured TTP. This leads to both better satisfaction with the education programme and an improved ability for diabetes self-management.

PMID: 15317605 [PubMed - indexed for MEDLINE]


Descubra una Cura
100% Natural
El Vencedor de
DIABETES
EL VENCEDOR DE LA DIABETES
¿QUE ES LA DIABETES?
TIPOS DE DIABETES
ESTUDIOS PRE CLINICOS
¿TIENE CURA LA DIABETES?
TRATAMIENTO
CONSECUENCIAS DE LA DIABETES
CONTACTENOS
511-29221
TIENE CURA LA DIABETES ?
¡PARA LA MEDICINA NATURAL SÌ TIENE CURA¡
En el Perú, el investigador naturista Víctor Medina Peña, luego de experimentar con plantas medicinales de diferentes tipos por más de 20 años, ha descubierto la fórmula natural que cura la diabetes tipo 2 . Manifiesta que "es la naturaleza la fuente misma del alivio y curación de esta terrible enfermedad". Con una dieta especial y en base a un jugo de plantas medicinales, el investigador naturista cura la diabetes tipo 2 en un 100 por ciento de los casos. Pueden tener uno o más años padeciendo la enfermedad, pero obtienen alivio inmediato y la cura total en un tiempo relativamente corto.
EL VENCEDOR DE LA DIABETES
Víctor Medina Peña nació en la ciudad de Ica del Perú, estudió en el Colegio Nacional "San Luis Gonzaga " de esa ciudad y en la Universidad Mayor de San Marcos, en el Programa Especial de Medicina Humana y Natural. Antes de los 35 años le fue detectada la diabetes.
Consciente de las secuelas de esta enfermedad, Medina Peña decidió buscar la cura de su dolencia. Antes de acudir a la naturaleza invoca a Dios y encuentra en la Biblia este mensaje que siente suyo: " Y JUNTO AL RIO EN LA RIBERA A UNO Y OTRO LADO, CRECERÁ TODA CLASE DE ÁRBOLES FRUTALES. SUS HOJAS NUNCA CAERÁN NI
TESTIMONIOS REALE
DE GENTE SANADA :
DR. MANUEL FERNANDEZ I.
QUIMICO FARMACEUTICO:
CQFP 07154
VER MAS DETALLE..
CLICK
LUCILA MAYORAL F.
57 AÑO
ESPAÑA
Ver Mas..
CLICK
MAXIMO ZAVALETA PEREZ
55 AÑOS
LIMA - PERU
VER MAS DETALLE..
CLICK

Todos los días en el kiosko de periódico!!!





Suplementos y Hierbas usadas para el manejo de la Diabetes

Name	Proposed Dose	Drug Interactions	Side Effects	Scientific Evidence of Efficacy
Chromium picolonate	200 to 400 μg daily	Caution with hypoglycemic agents	Abdominal discomfort and bloating	C
Vitamin C (ascorbic acid)	1–2 g daily		Abdominal discomfort and renal lithiasis	C
α-Lipoic acid	600–1800 mg daily	Thyroid medications, chemotherapeutic agents, aminoglycosides	Gastrointestinal discomfort and skin rash	B
Bitter melon	100–200 mg 3 times daily (standard capsules)	Hypoglycemic agents	Hypoglycemia, headache, and possible increase in liver function tests	C
Burdock (*Arctium lappa*)	Root tincture: 2–4 mL daily. Dried root: 1–2 g 3 times daily	None known	Possible allergic reaction to inulin	D
Cinnamon	1–6 g daily	No evidence	None reported	C
Fenugreek	12.5–100 g daily	Caution if taken with coumadin; may delay absorption	Hypoglycemia, diarrhea and flatulence at high doses	C
Gymnema silvestre	200 mg twice daily		Decreased ability to taste sweets	C
Green tea (*Camellia sinensis*)	3 cups/d (240–320 mg of polyphenol)	Theoretic based on the caffeine content	Hypertension; abdominal discomfort; insomnia; diuresis; tachycardia, and constipation	D
Prickly pear cactus (nopal)	500 g grilled stems daily	Hypoglycemic agents	Diarrhea, nausea, abdominal fullness, and headache	C

A, strong evidence; B, good evidence; C, conflicting evidence; D, mostly weak evidence; E, negative evidence.

USMP

Najm W. et al. Prim Care Clin Office Pract 37 (2010) 237–254



- …noticia interesará a más de 30 mil magallánicos. Según el médico cirujano F.B … **tiene cura definitiva por medio de una simple operación laparoscópica.** Una revolucionaria noticia que cambia el concepto de la enfermedad y que, a juicio del médico, debe transformar las políticas de salud pública…

Pero para eso falta mucho…??

- El 33% de estadounidenses que buscan información en internet sobre enfermedades.
- Usan redes sociales para discutir con otras personas que padecen la misma enfermedad.
- 36% usan Redes Sociales antes de tomar decisiones relacionadas con la salud.
  - *Delloite 2010*, *Social Networks in Health Care: Communication, collaboration and insights*

Razones por las que los adultos mayores estarían al mando de las redes sociales

- Son ideales para personas que quieren volver a conectar con amigos del pasado.
- Pueden ayudar a que personas con enfermedades crónicas se encuentren y compartan vivencias acerca de esto.
- El carelibro se ha convertido en una herramienta útil para que los adultos no se aíslen de la sociedad por el simple hecho de ser mayores.

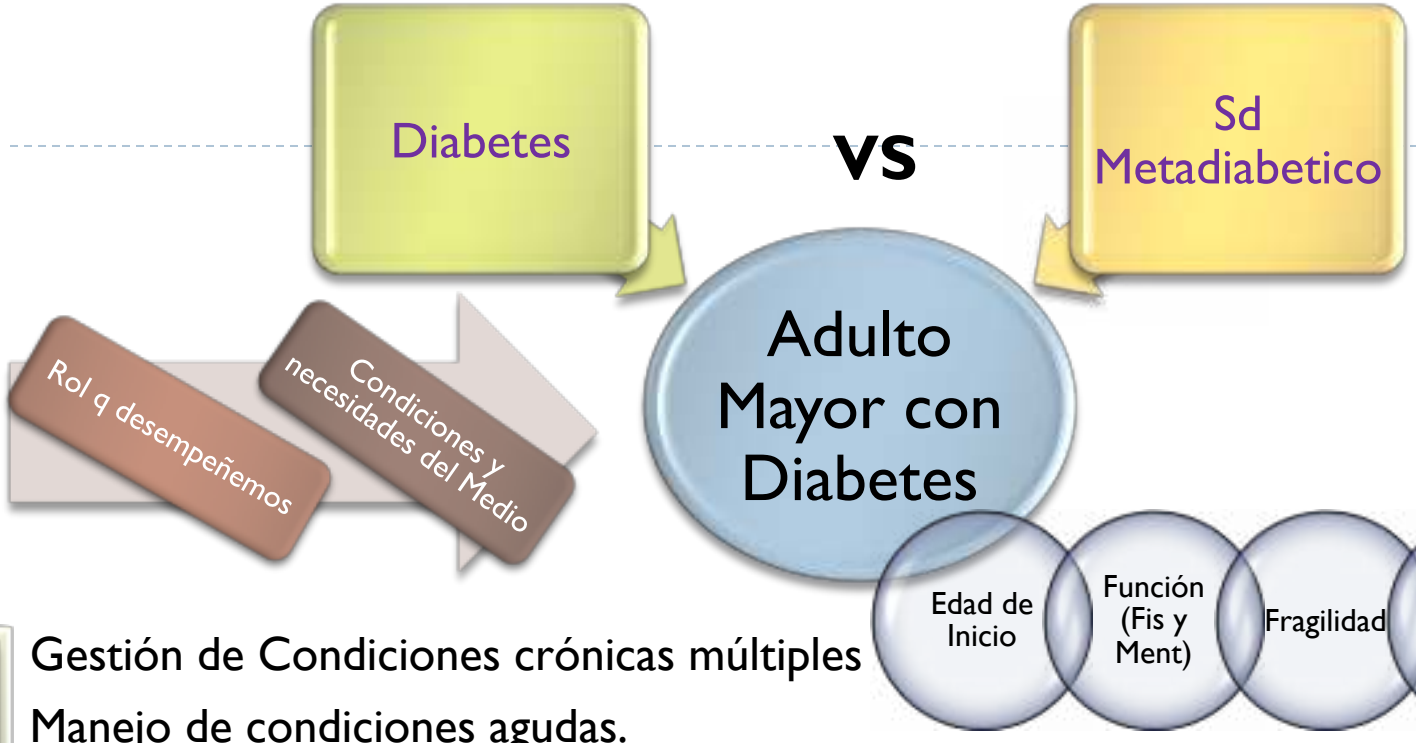
47% de los internautas entre las edades de 50 a 64 años ya ingresan a sitios de redes sociales, y se dice que hoy en día son los que más aportan al crecimiento del carelibro.
Personas mayores de 50 años representan son 42% de usuarios de redes sociales, casi el doble de lo que se había presupuestado hace un año (que fue del 22%).

- … Si la mejor ciencia se mantiene oculta dentro de la literatura revisada por pares, no va a mejorar la salud pública.

Proceedings of the Nutrition Society (2011), 70, 38–46

HAY MUCHO RUIDO SOBRE SALUD PERO LA POBLACIÓN NO ESTÁ EN CAPACIDAD PARA DISCRIMINAR QUÉ LE PUEDE SER BENEFICIOSO Ó QUE LE PUEDE HACER DAÑO

CONCLUSIONES



Priorización de Problemas

Gestión de Condiciones crónicas múltiples

Manejo de condiciones agudas.

Prevención y manejo de reagudizaciones de crónicas y aparición de nuevas crónicas

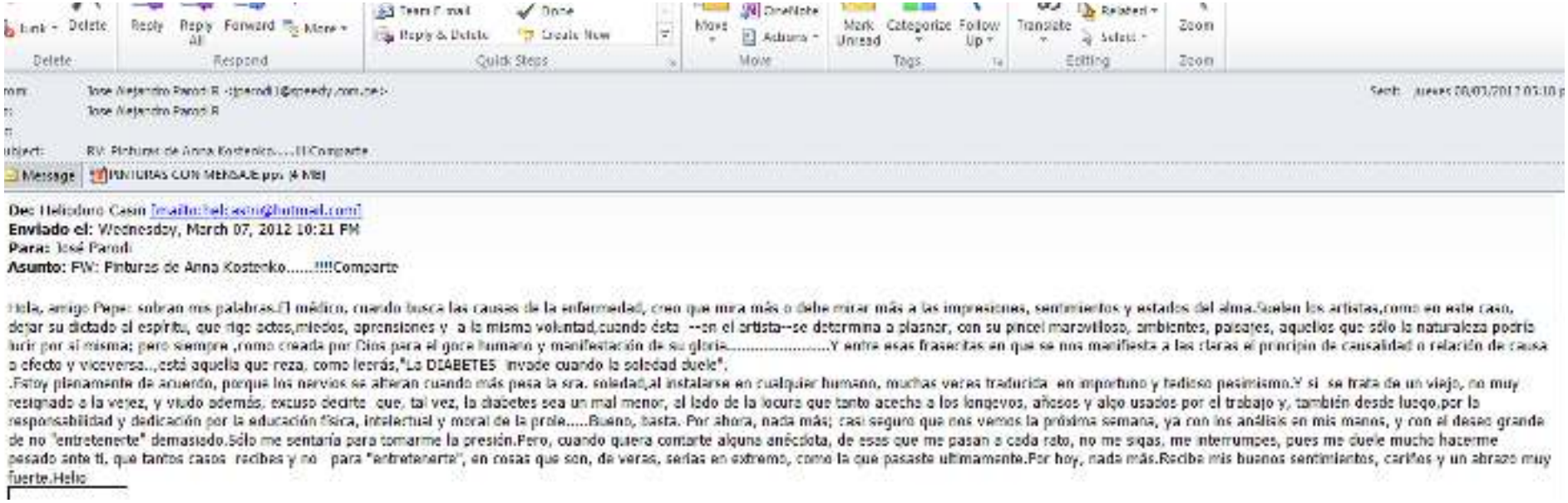
Vigilancia del Potencial para producir Sd. Geriátricos. (relación px funcional y control metabólico

Tener como guía la capacidad funcional y el riesgo vascular.

Ser actor líderes en mejorar el acceso a Sistemas dinámicos y servicios de salud adecuados. (incluye capacitación).

Demandar de los otros sectores una acción coordinada

Crear evidencia clínica, de gestión y salud publica en el proceso.



De: Heliodoro Casm [mailto:helcasm@hotmail.com]
Enviado el: Wednesday, March 07, 2012 10:21 PM
Para: José Parodi
Asunto: RV: Pinturas de Anna Kostenko.....!!!!Comparte

Hola, amigo Pepe: sobran mis palabras.El médico, cuando busca las causas de la enfermedad, creo que mira más o debe mirar más a las impresiones, sentimientos y estados del alma.Suelen los artistas,como en este caso, dejar su dictado al espíritu, que rige actos,miedos, aprensiones y a la misma voluntad,cuando ésta --en el artista--se determina a plasmar, con su pincel maravilloso, ambientes, paisajes, aquellos que sólo la naturaleza podría lucir por sí misma; pero siempre ,como creada por Dios para el goce humano y manifestación de su gloria.....Y entre esas frasecitas en que se nos manifiesta a las claras el principio de causalidad o relación de causa a efecto y viceversa...,está aquella que reza, como lecrás,"La DIABETES invade cuando la soledad duele".
.Estoy plenamente de acuerdo, porque los nervios se alteran cuando más pesa la sra. soledad,al instalarse en cualquier humano, muchas veces traducida en importuno y fastidioso pesimismo.Y si se trata de un viejo, no muy resignado a la vejez, y viudo además, excuso decirte que, tal vez, la diabetes sea un mal menor, al lado de la locura que tanto acecha a los longevos, añosos y algo usados por el trabajo y, también desde luego,por la responsabilidad y dedicación por la educación física, intelectual y moral de la prole.....Bueno, basta. Por ahora, nada más; casi seguro que nos vemos la próxima semana, ya con los análisis en mis manos, y con el deseo grande de no "entretenerte" demasiado.Sólo me sentaría para tomarme la presión.Pero, cuando quiera contarte alguna anécdota, de esas que me pasan a cada rato, no me sigas, me interrumpes, pues me duele mucho hacerme pesado ante ti, que tantos casos recibes y no para "entretenerte", en cosas que son, de veras, serias en extremo, como la que pasaste ultimamente.Por hoy, nada más.Reciba mis buenos sentimientos, cariños y un abrazo muy fuerte.Helio

- "La DIABETES invade cuando la soledad duele".
- …Estoy plenamente de acuerdo, porque los nervios se alteran cuando más pesa la sra. soledad…
- Y si se trata de un viejo, no muy resignado a la vejez, y viudo además, excuso decirte que, tal vez, la diabetes sea un mal menor…
- …El médico, cuando busca las causas de la enfermedad…debe mirar más a las impresiones, sentimientos y estados del alma…
- …Pero, cuando quiera contarte alguna anécdota, de esas que me pasan a cada rato, no me sigas, me interrumpes, pues me duele mucho hacerme pesado ante ti, que tantos casos recibes …





Gracias!

Preguntas y comentarios??



Puedes **juzgar tu edad** con la **cantidad de temor** que sientes cuando te topas **con una nueva idea**.

Pearl Buck

Renovando los sistemas de Información e investigación

Para mejorar la toma de decisiones.

Para implementar intervenciones de Salud Pública basada en evidencia

Para acercar a los investigadores a las necesidades reales de la población

Para acercar el conocimiento a la práctica.

En Adulto Mayor con diabetes

- Es prioritario el control metabólico óptimo: PA, lípidos además de glucosa.
  - Resultados a corto plazo (2-5 años).
  - Sólo hiperglicemia resultados a mas largo plazo (6 -8 años).
- control glucémico en AM no frágil, con buena esperanza de vida, los valores de HbA1c > 7%: considerar una posible intensificación del tratamiento.
- **…en las personas mayores, más que nunca los objetivos deben ser individualizados, incorporando a las decisiones la opinión del paciente…**

NeumillerJJ, SetterSM. Pharmacologic management of the older patient with type 2 diabetes mellitus. Am J Geriatr Pharmacother.2009;7:324–42.

Areas de importancia clínica y metas para acciones concertadas: diabetes mellitus en AM

- Importancia de la valoración funcional y del riesgo vascular.
- Relación entre el pronóstico funcional y el control metabólico.
- El manejo de la diabetes en el primer nivel de atención.
- Detección del deterioro cognitivo y la depresión.
- Manejo específico de las complicaciones:
  - Problema del pie.
  - Pérdida visual.
  - Hipoglicemia.
  - Dolor.
- Cuidado domiciliario de la diabetes.
- Aspectos éticos y morales del tratamiento.

Alta calidad en el cuidado de Diabetes en AM

• Tamizaje y diagnóstico temprano puede prevenir la progresión de complicaciones vasculares no detectadas	I+A
• En general el control metabólico va a reducir el riesgo cardiovascular	I+A
• Un abordaje integral para manejar la enfermedad vascular periférica va a disminuir la frecuencia de amputaciones.	I+A
• Mejorar el tamizaje para maculopatía y cataratas va a reducir la discapacidad visual y la ceguera.	2+C

European Diabetes Working Party for Older People / Diabetes & Metabolism 37 (2011) S27-S38

- Falta de una base de evidencia clínica suficiente para el establecimiento de recomendaciones para mejores prácticas.
  - ausencia de estudios de intervención a gran escala en las personas mayores con diabetes tipo 2,
  - no hay evidencia sustancial de beneficio de reducción de la glucosa o lípidos
  - no hay pruebas en grandes estudios en residentes
- Falta evidencia para recomendar un modelo de atención particular.