

FRAGILIDAD y DIABETES MELLITUS TIPO 2

Criterios para considerar una potencial fragilidad en la persona adulta con DM2 en la consulta¹

- Los profesionales clínicos que atienden de forma habitual a las personas con diabetes deben **estar atentos al reconocimiento de signos o síntomas que puedan denotar fragilidad, independientemente de la edad cronológica¹**.
- En diabetes mellitus y otras patologías, la **fragilidad** (más que la edad) **es el proceso que va a marcar realmente el ajuste de objetivos de tratamiento y el pronóstico**, incluso por encima de las comorbilidades en sí¹.

Criterios para considerar una potencial fragilidad en la persona adulta con DM	
Pérdida de peso no intencional / signos de desnutrición	Historia de caídas recurrentes (o su consecuencia inmediata: fracturas), en especial, recientes
Debilidad muscular / disminución de la fuerza física	Presencia de diversas enfermedades crónicas avanzadas
Velocidad de la marcha lenta	Sedentarismo / Nivel bajo de ejercicio físico
Fatiga / agotamiento / falta de energía autopercebida frecuente	Polifarmacia
Dificultades para realizar actividades cotidianas	Aislamiento social o falta de apoyo familiar/comunitario
Problemas de equilibrio y coordinación	Quejas subjetivas de pérdida de memoria / deterioro cognitivo leve
Pérdida de capacidad para actividades instrumentales de la vida diaria	Problemas visuales o auditivos no corregidos

1. Liébana CLR, Juez AU. Recomendaciones en el manejo de la hiperglucemia en pacientes con diabetes mellitus según grado de fragilidad. Fecha de acceso: Noviembre 2024. Disponible en: <https://www.diabetespractica.com/files/113/art3.pdf>.

Gradación de fragilidad en la consulta de AP

Escala de Fragilidad Clínica (EFC, en inglés: Clinical Frailty Scale, CFS) de Rockwood ²	
EFC 1 1. Muy en forma. Persona robusta, activa, sin problemas físicos de salud, energética y motivada. Tiende al ejercicio regular y es capaz de realizar actividades vigorosas.	EFC 6 6. Frágil moderado. La persona necesita ayuda con todas las actividades externas al domicilio y en el mantenimiento del hogar. Dentro del domicilio, suelen presentar problemas con las escaleras y requieren ayuda para la higiene (baño/ducha, cocinar) y una mínima asistencia o supervisión para vestirse.
EFC 2 2. En forma. No síntomas activos de enfermedad, aunque menos en forma que la categoría 1. Suelen hacer ejercicio o son muy activos ocasionalmente, estacionalmente.	EFC 7 7. Frágil avanzado/grave. La persona es totalmente dependiente para su cuidado personal, ya sea por limitación física o cognitiva. Aun así, se encuentran estables clínicamente y no se encuentran en riesgo inminente de muerte (supervivencia esperable >6 meses).
EFC 3 3. Bien. Condiciones médicas menores, controladas, independiente en las actividades diarias. Persona no muy activa, aunque suelen mantener rutinas de paseo.	EFC 8 8. Frágil muy avanzado/muy grave/extrema. La persona es totalmente dependiente para cualquier aspecto de su vida, y se aproxima el final de vida. Generalmente, mucha dificultad en la recuperación de cualquier enfermedad menor que se manifieste.
EFC 4 4. Frágil incipiente/muy leve. Antes denominado "vulnerable". Con problemas médicos leves, que pueden generar algunas limitaciones en actividades diarias. Se queja de "ir más lento" y/o estar más cansado diariamente.	EFC 9 9. Enfermedad terminal. En el proceso de final de vida inminente. En esta categoría se incluyen a aquellas personas con una expectativa de vida <6 meses, y que no necesariamente viven con una fragilidad avanzada o extrema (algunas de estas personas pueden hacer ejercicio aun estando próximas a morir).
EFC 5 5. Frágil leve. Se evidencia ya enlentecimiento general, y limitaciones claras en AIVD complejas, en las que posiblemente necesite más ayuda. Típicamente, esta fase altera la capacidad de compras, caminar solo/a en la calle, preparación de las comidas, medicación, y restringe trabajos domésticos ligeros.	
EFC 4-5: Fragilidad Leve EFC 6: Fragilidad Moderada EFC 7-8: Fragilidad Grave EFC 9: Enfermedad terminal	

AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria (como manejo de dinero, transporte, trabajos, tareas domésticas más "pesadas")

2. Rockwood K, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005;173(5):489-95.

Premisas generales para el abordaje del paciente con DM2 y fragilidad en consulta

Abordaje del paciente frágil con DM2¹:



- La población anciana requiere una **valoración funcional integral del paciente** para plantear unos **objetivos terapéuticos individualizados**.
- La **fragilidad condiciona la terapia farmacológica** por delante del "glucocentrismo" y el "comorbicentrismo".
- Es fundamental **revisar regularmente la medicación basal** pautaada con el fin de **evitar el uso de tratamientos inadecuados** que puedan producir **iatrogenia e interacciones indeseables** en este grupo de personas vulnerables.
- Se recomienda **reevaluar a los pacientes frágiles en intervalos regulares** para **valorar la progresión de la fragilidad y ajustar el tratamiento según sea necesario**. Es particularmente interesante reevaluarla después de un cambio en el estado de salud o las circunstancias (tras hospitalización, cambio en la adherencia a los fármacos, pérdida de peso, traslado a un centro sociosanitario o residencia).

Uso racional de fármacos antihiperglucemiantes en la población frágil con DM2¹:



- Prima la seguridad:** considerada como la evitación de efectos adversos (EA) potencialmente graves.
- El **fármaco pautaado debe ser bien tolerado**, entendida aquí la tolerancia como la correcta adaptación de la persona a efectos secundarios "menores" del fármaco.
- La **efectividad no se mide ya tanto por el control glucémico sino por evitar eventos adversos** que comprometen la salud de la persona, **preservando la funcionalidad y la calidad de vida** de la persona tratada.
- Es imprescindible que en el **proceso de toma de decisiones se involucre al paciente, la familia y/o cuidadores**.

1. Liébana CLR, Juez AU. Recomendaciones en el manejo de la hiperglucemia en pacientes con diabetes mellitus según grado de fragilidad. Fecha de acceso: Noviembre 2024. Disponible en: <https://www.diabetespractica.com/files/113/art3.pdf>

Independientemente de la edad, la persona con DM que estoy evaluando es frágil? (ayudarse de FRAIL/IGUGI/YM/SPPB).

SI CRBAJE + → aplicar la Escala de Fragilidad Clínica (EFC).

- EFC 4-5: fragilidad leve.
- EFC 6: fragilidad moderada.
- EFC 7-8: fragilidad grave.

OBJETIVOS GLUCÉMICOS:

- EFC 4-5: HbA1c 7 - 7.5%
 - EFC 6: HbA1c 7.6 - 8.5%
 - EFC 7-8: no pecar
- HbA1c → evitar hiperglucemia sintomática.

a. Para identificar sarcopenia → escala SARC F. Si ≥4: sarcopenia.

b. Primer confort: glucemia 90-270 mg/dL (estado incipiente).

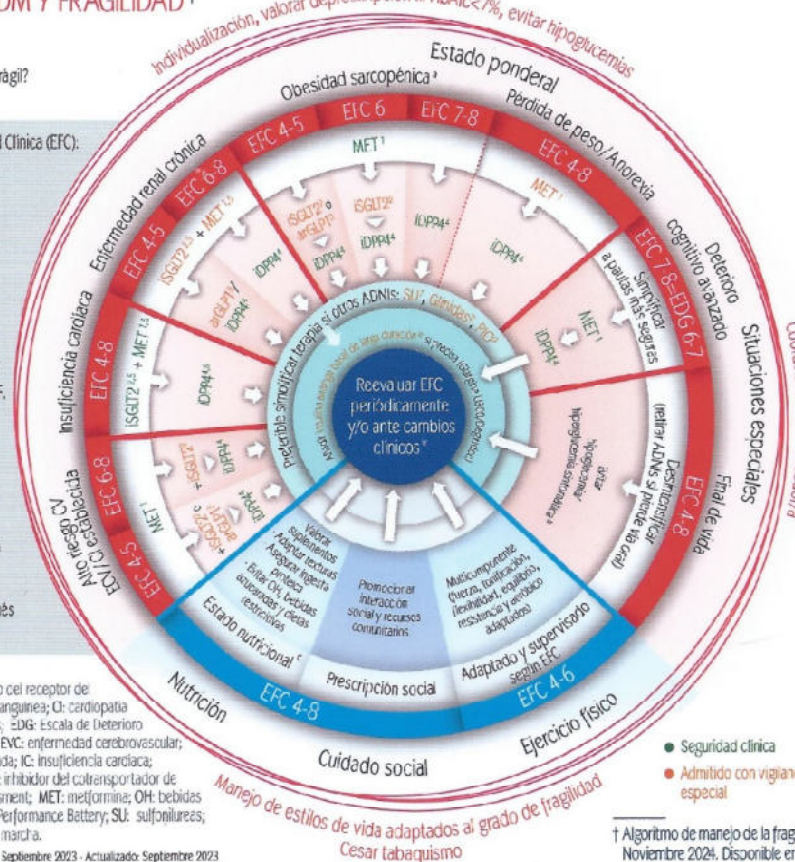
c. Valorar con MNA® +/- AS.

✓ Reevaluación regular de la fragilidad (mínimo cada 12 meses); adelantarla si cambio en el estado de salud o circunstancias. Reevaluar tratamiento antidiabético a los 3 meses después de cualquier intervención.

ABREVIATURAS:

ADNIs: antidiabéticos no insulínicos; arGLP1: análogo del receptor de péptido similar al glucagón de tipo 1; AS: analítica sanguínea; C: cardiopatía isquémica; CV: cardiovascular; DM: diabetes mellitus; EDG: Escala de Deterioro Global de Reisberg; ERC: enfermedad renal crónica; EVC: enfermedad cerebrovascular; FG: filtrado glomerular; HbA1c: hemoglobina glicosilada; IC: insuficiencia cardíaca; IDPP4: inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; ISGLT2: inhibidor del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2; MNA: Mini Nutritional Assessment; MET: metformina; OH: bebidas alcohólicas; PIO: pioglitazona; SPPB: Short Physical Performance Battery; SU: sulfonilureas; TGUGT: test "levántate y anda"; YM: velocidad de la marcha.

© redGDPS - <https://doi.org/10.3202/mgtmofrag> - Publicado: Septiembre 2023 - Actualizado: Septiembre 2023



1. Si se inicia, titular dosis para mejorar la tolerancia digestiva; si ya peulada → reducir dosis al 50% si FG < 45 ml/min/1,73m²; stop si < 30 ml/min/1,73m².
2. Precaución si infecciones genitourinarias recidivantes (atención si uso de pañal).
3. Se desestimará si riesgo de desnutrición (valoración nutricional) o hiporexia/anorexia. No iniciar si antecedente de pancreatitis. Interrumpir transitoriamente si vómitos o diarreas.
4. No asociar con arGLP1. Ajustar por FG, salvo linagliptina. Existe presentación en solución oral (sitagliptina).
5. Biterapia ISGLT2 + MET en cualquier grado de fragilidad independientemente del valor de HbA1c (mantener en fragilidad grave si se tolera y no efectos indeseados).
6. Evitar saxagliptina por riesgo de IC.
7. Gliclazida o glimepirida de elección en caso de pautarlas; precaución por riesgo de hipoglucemia. Desestimar glibenclámina y glipizida. No asociar SU con repaglinida.
8. Moderado riesgo de hipoglucemias. Repaglinida sin restricciones en cuanto al FG.
9. Evitar si IC o sospecha, osteoporosis o cáncer de vejiga.
10. Apta para cualquier grado de ERC (incluso diálisis). Inicio de insulina basal con 0,1 U/kg de peso. Si múltiples dosis de insulina (NPH, bolo-basal, premezcla) → simplificar régimen a basal.

† Algoritmo de manejo de la fragilidad en la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Fecha de acceso: Noviembre 2024. Disponible en: <https://www.redgdp.org/es/mgtmofrag/>