

Diagnóstico de la fragilidad del paciente DM2 en la consulta



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

- Los profesionales clnicos que atienden de forma habitual a las personas con diabetes deben **estar atentos al reconocimiento de signos o sntomas que puedan denotar fragilidad, independientemente de la edad cronolgica¹**.
- **En diabetes mellitus y otras patologas, la fragilidad (ms que la edad) es el proceso que va a marcar realmente el ajuste de objetivos de tratamiento y el pronstico**, incluso por encima de las comorbilidades en s¹.

Crterios para considerar una potencial fragilidad en la persona adulta con DM	
Prdida de peso no intencional / signos de desnutricin	Historia de cadas recurrentes (o su consecuencia inmediata: fracturas), en especial, recientes
Debilidad muscular / disminucin de la fuerza fsica	Presencia de diversas enfermedades crnicas avanzadas
Velocidad de la marcha lenta	Sedentarismo / Nivel bajo de ejercicio fsico
Fatiga / agotamiento / falta de energa autopercebida frecuente	Polifarmacia
Dificultades para realizar actividades cotidianas	Aislamiento social o falta de apoyo familiar/comunitario
Problemas de equilibrio y coordinacin	Quejas subjetivas de prdida de memoria / deterioro cognitivo leve
Prdida de capacidad para actividades instrumentales de la vida diaria	Problemas visuales o auditivos no corregidos

Gradación de fragilidad en la consulta de AP

Escala de Fragilidad Clínica (EFC, en inglés: Clinical Frailty Scale, CFS) de Rockwood²

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 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 3



3. Bien. Condiciones médicas menores, controladas, independiente en las actividades diarias. Persona no muy activa, aunque suelen mantener rutinas de paseo.

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 mas lento" y/o estar más cansado diariamente.

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 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 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 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 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 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")

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 antihiper glucemiantes 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**.

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

SI CRIBAJE + → 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 pedir

HbA1c → evitar hiperglucemia sintomática.

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

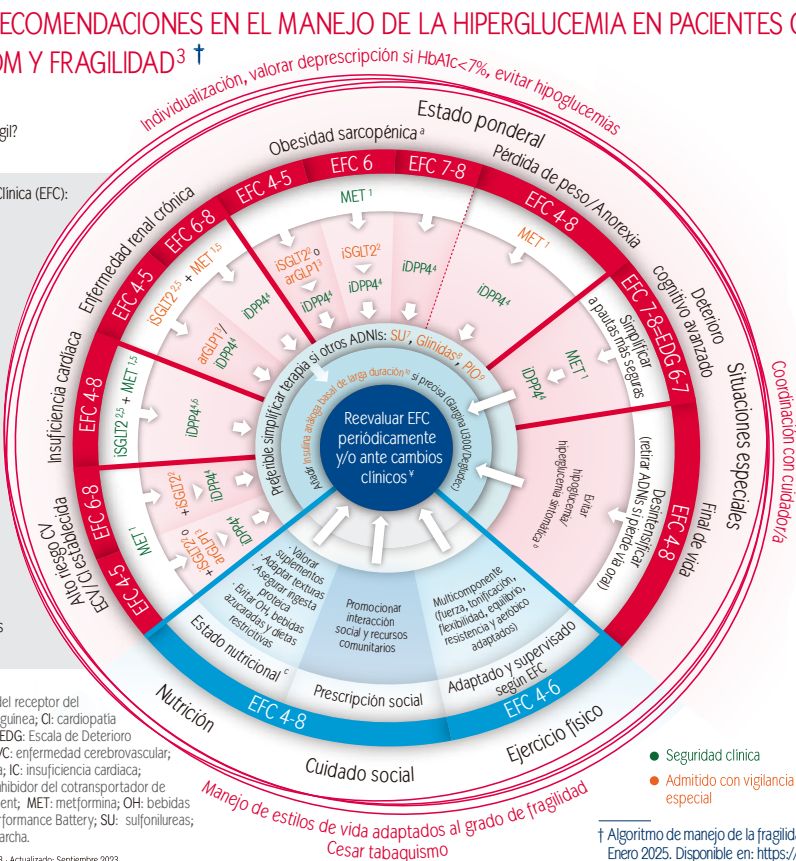
b. Primer confort: glucemia 90-270 mg/dL
(estado incipiente).

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 antihipertensivo a los 3 meses después de cualquier intervención.

ABREVIATURAS:

ADNs: antihipertensivos no insulínicos; arGLP1: análogo del receptor del péptido similar al glucagón de tipo 1; AS: analítica sanguínea; CI: 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"; VM: velocidad de la marcha.



1. Si se inicia, titular dosis para mejorar la tolerancia digestiva; si ya pautada → 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 desestimar¹ 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 glibeperida de elección en caso de pautarlas; precaución por riesgo de hipoglucemia. Desestimar glibenclámdia y glipezida. 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: Enero 2025. Disponible en: <https://www.redgdps.org/algoritmo-de-fragilidad/>

1. Liébana CLR, Juez AU. Recomendaciones en el manejo de la hiperglucemia en pacientes con diabetes mellitus según grado de fragilidad. Fecha de acceso: Enero 2025. Disponible en: <https://www.diabetespractica.com/files/113/art3.pdf>.

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

3. Diabetes práctica Volumen 14 - Número 03 - 2023 .Diabetes práctica 2023; 14(02):37-75. doi: 10.52102/diabet.pract.2023.2.art3

Fecha de elaboración del material: Enero 2025.