

SIMPOSIO: Enfoque integral del adulto mayor

Coordinadora: Carina Parisi

Fragilidad y sarcopenia

Graciela Rubin

Médica Especializada en Diabetes, Hospital Privado Universitario de Córdoba S.A., Córdoba, Argentina

La sarcopenia y la fragilidad son síndromes geriátricos frecuentemente subdiagnosticados que se asocian de manera bidireccional con la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en el adulto mayor, con una prevalencia notablemente mayor que en la población sin DM.

La hiperglucemia crónica, la inflamación subclínica y las complicaciones microvasculares aceleran el deterioro del músculo esquelético, mientras que la pérdida de masa y fuerza muscular compromete a su vez el control metabólico, configurando un círculo de retroalimentación negativa¹. La DM constituye además un factor de riesgo independiente de fragilidad, síndrome caracterizado por la reducción de la reserva fisiológica frente a factores estresantes agudos, como una internación, una infección o una hipoglucemia².

La detección temprana puede realizarse en el consultorio con herramientas simples y de bajo costo, sin necesidad de tecnología ni de derivación a un centro especializado: el cuestionario SARC-F, la velocidad de la marcha en 4 metros y la fuerza de prensión manual permiten identificar a los pacientes en riesgo, reservando la bioimpedancia o la densitometría para la confirmación diagnóstica³. Su reconocimiento oportuno resulta clave, dado que ambos síndromes se asocian a mayor riesgo de caídas, hipoglucemias graves, hospitalización, discapacidad y mortalidad, de forma independiente del grado de control glucémico. Se recomienda repetir el tamizaje anualmente y tras toda internación o descompensación aguda.

El enfoque terapéutico debe individualizarse según el grado de fragilidad. En el paciente frágil se recomienda flexibilizar las metas de HbA1c, priorizar fármacos de bajo riesgo de hipoglucemia y evitar la sobremedicalización, considerando la desintensificación terapéutica cuando el riesgo supere el beneficio⁴. El ejercicio de resistencia constituye la intervención no farmacológica de mayor evidencia disponible, y debe combinarse con un aporte proteico adecuado (1,0–1,5 g/kg/día) y la corrección del déficit de vitamina D.

Incorporar el tamizaje de sarcopenia y fragilidad en la consulta diabetológica de rutina -mediante preguntas breves y mediciones funcionales sencillas- permite anticipar el deterioro funcional y adaptar el tratamiento a tiempo, mejorando la calidad de vida y reduciendo complicaciones evitables en esta población vulnerable.

Bibliografía

1. Lisco G, Disoteo OE, De Tullio A, De Geronimo V, Giagulli VA, Monzani F, et al. Sarcopenia and diabetes: a detrimental liaison of advancing age. *Nutrients*. 2024;16(1):63. doi:10.3390/nu16010063.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 13. Older adults: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S277-S292. doi:10.2337/dc26-S013.
3. 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.
4. Sinclair AJ, Abdelhafiz AH. Metabolic impact of frailty changes diabetes trajectory. *Metabolites*. 2023;13(2):295. doi:10.3390/metabo13020295.

Palabras clave: sarcopenia; fragilidad.

SYMPOSIUM: A comprehensive approach to older adults

Coordinator: Carina Parisi

Frailty and sarcopenia

Graciela Rubin

Specialist in Diabetes, Private University Hospital of Córdoba S.A., Córdoba, Argentina

Sarcopenia and frailty are geriatric syndromes that are frequently underdiagnosed and bidirectionally linked to type 2 diabetes (T2D) in older adults, occurring at a markedly higher prevalence than in people without diabetes. Chronic hyperglycemia, subclinical inflammation, and microvascular complications accelerate skeletal muscle deterioration, while the resulting loss of muscle mass and strength further impairs metabolic control, creating a self-reinforcing negative feedback loop¹. Diabetes is also an independent risk factor for frailty, a syndrome defined by reduced physiological reserve in the face of acute stressors such as hospitalization, infection, or hypoglycemia².

Early detection can be achieved in routine office visits using simple, low-cost tools that require no specialized technology or referral: the SARC-F questionnaire, 4-meter gait speed, and handgrip strength allow at-risk patients to be identified, reserving bioimpedance or dual-energy X-ray absorptiometry for diagnostic confirmation³. Timely recognition is essential, since both syndromes are associated with a higher risk of falls, severe hypoglycemia, hospitalization, disability, and mortality, independent of glycemic control. Annual screening is advised for all patients aged 65 years and older, along with reassessment after any hospitalization or acute decompensation.

Diabetes treatment should be individualized according to the degree of frailty. In frail patients, HbA1c targets should be relaxed, low-hypoglycemia-risk agents prioritized over sulfonylureas and complex insulin regimens, and overtreatment avoided, with therapeutic deintensification considered whenever risk outweighs benefit⁴. Resistance exercise remains the non-pharmacological intervention with the strongest evidence base and should be paired with adequate protein intake (1.0–1.5 g/kg/day) and correction of vitamin D deficiency.

Incorporating sarcopenia and frailty screening into routine diabetes follow-up — through brief questions and simple functional measures — allows functional decline to be anticipated and treatment adjusted in time, improving quality of life, preserving independence, and reducing preventable complications in this vulnerable population.

Key words: frailty; sarcopenia.