

FORMACIÓN CONTINUADA

SEXTA EDICIÓN

Programa Integral de Formación Continuada en Atención Primaria

TEMA 1

De nuevo el anciano frágil

J.M. Ribera Casado

Catedrático emérito de Geriátrica. Universidad Complutense. Madrid



Temas disponibles en:
www.sietediasmedicos.com

Evaluación y diplomas en:
www.aulamayo.com

Cada tema está acreditado por el
Consell Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del
Sistema Nacional de Salud con
5,5 créditos



Anciano frágil

Coordinador: **J. Ribera Casado**

Catedrático Emérito de Geriátrica.
Universidad Complutense. Madrid

1. De nuevo el anciano frágil

SÓLO DISPONIBLES EN

www.sietediasmedicos.com

2. Marcadores de fragilidad:
¿cuáles, cómo y dónde?

3. Fragilidad y deterioro cognitivo

4. Fragilidad y nutrición

5. Fragilidad y caídas

6. Fragilidad y polifarmacia



La fragilidad del anciano viene siendo un tema de creciente actualidad desde los años noventa, tanto por los proyectos de investigación que se están llevando a cabo sobre él como por el interés y cantidad de las publicaciones al respecto. En 2010 ofrecimos en *Siete Días Médicos* una serie de artículos sobre este tema; su relevancia, cada vez mayor, justifica que la revista haya decidido actualizar los contenidos de entonces. La idea es mantener el mismo índice temático. También que sean los autores de aquellas revisiones quienes pongan al día sus respectivas aportaciones. Mi pretensión como coordinador es recordar en esta introducción algunos conceptos básicos y, sobre todo, destacar de manera esquemática los trabajos de carácter general a mi juicio más importantes que han ido apareciendo desde la publicación anterior, partiendo de la idea de que trabajar sobre la fragilidad tiene como objetivo principal identificar los segmentos de población sobre los que poner mayor énfasis a la hora de aplicar programas preventivos.

Definir la fragilidad no es fácil. Creo que aún mantiene su vigencia y concita un amplio consenso la definición inicial que ofreció Linda Fried, sin duda una de las pioneras entre los principales estudiosos del tema. Habla de una «situación de vulnerabilidad fisiológica, vinculada a la edad, derivada de la pérdida de los mecanismos de defensa y de la menor capacidad del orga-

nismo para responder a cualquier tipo de estrés». Otra definición muy aceptada interpreta la fragilidad como un «síndrome geriátrico que implica pérdida de los mecanismos de reserva y una respuesta pobre ante cualquier tipo de agresión como consecuencia de las pérdidas fisiológicas acumuladas, lo que determina mayor vulnerabilidad a sufrir situaciones como caídas, hospitalización, institucionalización y muerte».

Ambas definiciones insisten en la fisiología –o en la fisiopatología– y recuerdan algo que constituye la característica básica del envejecimiento: la pérdida progresiva de nuestros mecanismos de reserva y, ligado a ello, la mayor vulnerabilidad ante estímulos cada vez más débiles. Quizá por ello se siguen buscando definiciones que sean más operativas desde la perspectiva de la práctica médica diaria. Una conferencia de consenso reciente, insistiendo en este aspecto, añade a los puntos ya señalados el interés que de cara al estudio de estos pacientes tiene el hecho de valorar aspectos más directamente vinculados con la clínica como la velocidad de la marcha, o las cuestiones relativas al estado nutricional y a la función cognitiva del individuo. Quiero destacar, igualmente, otros dos aspectos en los que esta conferencia insistía de forma especial: el carácter potencialmente reversible del síndrome y el papel de la actividad física como forma terapéutica.

En todo caso, las pérdidas fisiológicas de cualquier índole que acompañan al proceso de envejecer están estrechamente relacionadas con el desarrollo de un síndrome de fragilidad. Así se ha puesto de manifiesto en el caso del aparato cardiovascular a partir del análisis de los datos disponibles del Cardiovascular Health Study.

Buena parte de los esfuerzos de quienes han investigado sobre este tema se han centrado en la búsqueda de lo que cabría describir como «marcadores de fragilidad», en un intento tanto de identificar al anciano frágil como de plantear medidas de carácter preventivo y terapéutico. En la tabla 1 señalamos los criterios más habitualmente aceptados en este sentido; en general se considera que la presencia de tres o más de esos criterios es suficiente para poder hablar de anciano frágil, con un grado de fragilidad tanto mayor cuanto más elevado sea el número de criterios que se cumplan.

Cabe insistir en que el estudio de la fragilidad y sus diferentes connotaciones en cualquier ámbito de la investigación constituye un camino abierto. Hay que establecer cuáles son los criterios más adecuados para poder definirla, identificar sus factores de riesgo, consensuar normas de evaluación comunes, llegar a conocer las implicaciones pronósticas del síndrome y apuntar medidas eficaces para su prevención y, en la medida de lo posible, para su tratamiento. Todo ello constituye uno de los grandes retos a los que se enfrenta la geriatría actual.

Junto con los trabajos que se esfuerzan por definir eficazmente lo que se entiende como fragilidad, hay que destacar otros cuyo interés se centra en intentar cuantificarla. Un estudio cooperativo europeo llevado a cabo sobre casi 10.000 sujetos evaluó un nuevo método de medida, el SHARE-F1, y se llegó a la conclusión de que conseguir cuantificar el grado de fragilidad tiene el valor añadido de ofrecer un marcador independiente capaz de predecir otros muchos problemas que afectan

a la población de más edad, incluyendo la mortalidad. Eso es así con independencia de la presencia o no de otros posibles factores asociados, como el grado de comorbilidad, la discapacidad, la autovaloración subjetiva de la propia salud, el nivel educativo o la existencia de depresión.

El interés por detectar la presencia de fragilidad y establecer su severidad alcanza a todos los ámbitos de la medicina geriátrica, incluyendo los relacionados con la cirugía. Existe una relación estrecha entre la fragilidad y el riesgo que conlleva cualquier procedimiento quirúrgico, lo que implica la necesidad de identificar a estos pacientes antes de llevarlos al quirófano y, en caso de hacerlo, de tomar determinado tipo de medidas precautorias.

Al hablar de fragilidad resulta obligado destacar, o al menos tomar en consideración, otro campo muy vinculado a ella y que también ha sido objeto de numerosas publicaciones en estos últimos años: el relacionado con la sarcopenia. Referirse a la sarcopenia no implica únicamente hablar de pérdida muscular, sino también de un marcador de enfermedad crónica, de un proceso inflamatorio activo, que en general conlleva un mal pronóstico global para la persona que la padece. Se estima que la sarcopenia puede constituir la primera manifestación de fragilidad, y ha pasado a engrosar la relación de síndromes geriátricos. Una revisión reciente muy detallada y sumamente recomendable maneja de manera conjunta ambos conceptos, fragilidad y sarcopenia, a la hora de buscar estrategias terapéuticas, ya sea a través de la alimentación, de la actividad física, del recurso a los nuevos agentes farmacológicos que están siendo objeto de ensayos clínicos en estos momentos o mediante cualquier otra forma de intervención.

La fragilidad constituye una situación de alta prevalencia entre la población muy anciana. De acuerdo con el estudio FRALLE, llevado a cabo en nuestro país con una muestra de población

Tabla 1. Anciano frágil: elementos definitorios

- Tener más de 80 años
- Vivir solo o aislado
- Alta hospitalaria reciente
- Reingresos hospitalarios en el último año
- Ser portador de enfermedades crónicas (pluripatología)
- Reunir criterios objetivables de deterioro funcional físico o mental
- Tomar más de 3-4 fármacos al día
- Haber presentado trastornos en la marcha o caídas repetidas en el último año
- Disponer de un apoyo social insuficiente
- Reunir criterios de desnutrición

mayor de 75 años (edad media de 81), la fragilidad afecta a cerca del 10% de los individuos que han superado esa edad. Este porcentaje se elevaría hasta el 47% de tener en cuenta a aquellos sujetos que, de acuerdo con los criterios de Fried, pueden ser calificados como prefrágiles. Según este mismo estudio, serían marcadores positivos de fragilidad una edad superior a 85 años y la presencia de comorbilidad importante, depresión o deterioro cognitivo; también, en menor medida, la mala salud física autopercibida y disponer de un escaso apoyo en su entorno social. El estudio OCTABAIX, realizado en el medio comunitario con una población de mayor edad que el anterior (media de 86 años) pero utilizando los mismos criterios, eleva al 20,5% la tasa de ancianos frágiles y al 54% la de prefrágiles. En este caso se añaden como marcadores significativos la mala situación funcional, la desnutrición y la necesidad de consumir un elevado número de fármacos.

Antes de concluir este breve capítulo introductorio me parece oportuno añadir a la bibliografía ya citada otras referencias, también muy recientes, que ofrecen al lector interesado información actualizada en la materia. Cabe destacar, sobre todo, dos revisiones de gran interés, ambas muy completas y extensas: la primera, publicada en 2011, ha sido efectuada por un grupo de expertos geriatras finlandeses que llevan años trabajando sobre el tema,

y la segunda acaba de ver la luz en una publicación tan prestigiosa como la revista *Lancet*.

Mencionaré también un ambicioso proyecto europeo denominado Gérontopôle, a cargo de un grupo de investigadores de Toulouse liderado por el Prof. Bruno Vellas. El objetivo es establecer una plataforma orientada a la evaluación de la fragilidad y a la prevención de la discapacidad, mediante la búsqueda sobre todo de marcadores precoces. Se basa en un cuestionario de cribado dirigido a los médicos de familia a través del cual se pretende identificar en cada caso marcadores clínicos y sociales de fragilidad, a fin de analizar con carácter individual las posibilidades de intervención mediante programas de actividad física, nutrición, apoyo social y eventualmente otros, establecidos siempre sobre la base de las circunstancias individuales de cada paciente.

No querría cerrar esta introducción sin mencionar al grupo de geriatras de Albacete que dirige el Dr. Pedro Abizanda. Merece la pena destacar el esfuerzo que representa el estudio FRADEA, que iniciaron hace unos años con un grupo de población de aproximadamente un millar de sujetos para, con carácter de estudio longitudinal, establecer el método más idóneo para identificar al «anciano frágil» y, en su caso, aplicar medidas orientadas a revertir el síndrome, o al menos a enlentecer su desarrollo.

Concluiré comentando, por lo que tiene de proximidad temática con el tratamiento del «anciano frágil», la sugerencia de algunos autores de crear una subespecialidad de la geriatría, para la que se ha propuesto el nombre de «gerogeriatría», que estaría centrada en la atención de los mayores de 85 años, grupo etario donde esta condición es más frecuente. De acuerdo con el criterio del autor de la propuesta, ello equivaldría a llevar al terreno de la ancianidad un mensaje similar al que en pediatría supone haber oficializado la subespecialidad de neonatología. ■

Bibliografía

Abizanda P, Romero L, Sánchez-Jurado PM, Martínez-Reig M, Gómez-Arnedo LI, Alfonso SA. Frailty and mortality, disability and mobility loss in a Spanish cohort of older adults: The FRADEA Study. *Maturitas*. 2013; 74: 54-60.

Bauer JM, Sieber CC. Sarcopenia and frailty: a clinician's controversial point of view. *Exp Gerontol*. 2008; 43: 674-678.

Clegg A, Young J, Iliffe S, Olde-Rikkert M, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013; 381: 752-762.

Conroy S. Defining frailty. *The Holy Grial of Geriatric Medicine*. *J Nutr Health Ageing*. 2009; 13: 389.

Cruz-Jentoft AJ, Landi F, Topinkova E, Michel JP. Understanding sarcopenia as a geriatric syndrome. *Curr Opin Clin Nutr Met Care*. 2010; 13: 1-7.

Farhat JS, Velanovich V, Falvo AJ, Horst HM, Swartz A, Patton JH Jr, et al. Are the frail destined to fail? Frailty index as predictor of surgical morbidity and mortality in the elderly. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012; 72: 1.526-1.532.

Ferrer A. Frailty in the oldest old: prevalence and associated factors. *J Am Geriatr Soc*. 2013; 66: 294-296.

Fried L, Walston J. Frailty and failure to thrive. En: Hazzard W, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti

ME, eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, 5.ª ed. Nueva York: McGraw-Hill, 2003; 1.487-1.502.

Jürschik P, Nunin C, Botigué T, Escobar MA, Lavedán A, Viladrosa M. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: The FRALLE survey. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012; 55: 625-631.

Partridge JSL, Herari D, Dhosi JK. Frailty in the older surgical patients: a review. *Age Ageing*. 2012; 41: 142-147.

Pol-Little RE, Schuurmans MJ, Emmelot-Vonk MH, Verhaar HJJ. Frailty: defining and measuring of a concept. *J Nutr Health Ageing*. 2009; 13: 390-394.

Rodríguez Mañas L, Féart C, Mann G, Viña J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W, et al. Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method basis consensus statement. The frailty operative definition-consensus conference project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2013; 68: 62-67.

Rolland Y, Dupuy Ch, Abellán van Kan G, Gillette S, Vellas B. Treatment strategies for sarcopenia and frailty. *Med Clin North Am*. 2011; 95: 427-438.

Romero-Ortuño R. The frailty instrument of the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE-FI) predicts mortality beyond age, comorbidities, disability, self-rated health, education and depression. *Eur Geriatr Med*. 2011; 2: 323-326.

Roubenoff R. Sarcopenia: effects on body composition and function. *J Gerontol Med Sci*. 2003; 58A: 1.012-1.017.

Sanders JL, Boudreau RM, Fried LP, Walston JD, Harris TB, Newman AB. Measurement of organ structure and function enhances understanding of the physiological basis of frailty: the Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc*. 2011; 59: 1.581-1.588.

Strandberg TE, Pitkälä KH, Tilvis RS. Frailty in older people. *Eur Geriatr Med*. 2011; 2: 344-355.

Strandberg TE, Pitkälä KH. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2007; 369: 1.328-1.329.

Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B. The integration of frailty into clinical practice: preliminary results from the Gérontopôle. *J Nutr Health Aging*. 2012; 16: 714-720.

Yoshikawa TT. Future directions of geriatrics: "Geriatricists". *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60: 632-634.