

RED I NFORMAL DE D OCUMENTACIÓN SOBRE
LA S ALUD P SICOSOCIAL DE LA F AMILIA

la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN • Nº 88

Síndrome de fragilidad del anciano.

1 octubre de 2017

Elaborado por el Dr. Jose Antonio Serrano, director del Área de Salud de The Family Watch

El 14 de diciembre de 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la Resolución 45/106, designa el 1º de octubre como Día **Internacional de las Personas de Edad**.

Pues bien, con tal motivo queremos presentar una situación que puede presentarse a lo largo del proceso del envejecimiento, el **síndrome de la fragilidad**. Es un síndrome porque presenta un conjunto de síntomas característicos de una enfermedad o un estado determinado.

No corresponde a una enfermedad concreta, es un estado o condición, muy prevalente, implica a varios órganos y sistemas corporales, es multidimensional y se asocia a eventos adversos graves de salud. De hecho, se considera a la fragilidad como la situación previa a la **dependencia** o **discapacidad**, por eso se la considera como la antesala de la dependencia

La Discapacidad se define como dificultad o dependencia a la hora de llevar a cabo actividades esenciales para vivir de forma independiente, incluyendo actividades básicas de la vida diaria y tareas de autocuidado, vivir en su domicilio de forma independiente y realizar las actividades deseadas por la persona como importantes para su calidad de vida,

Además, la discapacidad, definida como dificultad para realizar estas tareas, se asocia con mayor riesgo de mortalidad, más hospitalizaciones, más necesidad de cuidados a largo plazo y un mayor gasto sanitario. A la discapacidad se puede llegar de forma abrupta, por ejemplo, un ictus o a través de un deterioro paulatino y progresivo, que es lo más habitual.

Esta pérdida progresiva de la capacidad para responder a las demandas propia de la discapacidad paulatina, causada por la disminución de la reserva funcional, supone el paso por diferentes etapas que conducen desde la normalidad la situación de discapacidad grave propia de las situaciones de dependencia absoluta.

Una de estas etapas, en la que aún no hay discapacidad y donde el riesgo de discapacitarse es máximo, es el de la **fragilidad**, que puede preceder varios años al desarrollo de la discapacidad. La fragilidad es prevenible y evitable. Los objetivos de evaluar la fragilidad son la mejora de la calidad de vida de los pacientes y limitar el coste de su manejo. También puede ayudar a orientar el manejo de los pacientes mayores, en particular cuando nos enfrentamos a intervenciones de alto riesgo, como una intervención quirúrgica.

El reconocimiento de la fragilidad y la prefragilidad es importante para los clínicos, así como para los legisladores porque su presencia se asocia a un mayor riesgo de efectos adversos sobre la salud como caídas, aumento de la morbilidad, dependencia física y psicosocial e incluso muerte. La fragilidad lleva a un aumento de las necesidades de atención a largo plazo de las personas mayores. Cuando vemos la repercusión sobre el gasto sanitario, la fragilidad se relaciona con aumento en los costes y supone una carga añadida para la financiación de los sistemas de salud. En consecuencia, prevenir la fragilidad se ha convertido en una prioridad a nivel mundial, ya que el esfuerzo puede reducir los niveles de dependencia, institucionalización, necesidad de cuidados a largo plazo y los gastos médicos/sociales.

La buena noticia es que no todas las personas mayores desarrollan fragilidad. Y lo mejor es que muchos estados de prefragilidad y algunos de fragilidad pueden ser revertidos. Debemos recordar que la fragilidad no puede ser superada luchando exclusivamente desde el marco conceptual tradicional típico de las enfermedades crónicas. Debemos tratar y manejar la fragilidad

con un nuevo concepto y abordaje, que incluye la práctica de la valoración funcional integral y las intervenciones multidisciplinares.

Cómo se define la fragilidad

Una definición bastante aceptada de fragilidad es la siguiente: “Síndrome biológico asociado a la edad caracterizado por el descenso en la reserva biológica y resistencia al estrés debido al declinar de varios sistemas fisiológicos, colocando al individuo en especial riesgo ante la presencia del mínimo factor estresante y está relacionado con la aparición de una serie de eventos desfavorables como son discapacidad, hospitalización y muerte”.

La prevalencia de fragilidad en pacientes mayores de 65 años es elevada, situándose entre el 7% y el 16.9%, siendo muy variable según las distintas series, y esta proporción aumenta con la edad. Se estima que entre la mitad y un cuarto de la población mayor de 85 años es frágil.

Criterios de fragilidad

Los más usados datan del año 2001, publicados por Fried LP y colaboradores, y son los siguientes:

1.- *Pérdida de peso no intencionada* en el último año. Mayor de 4,5 kg, o Mayor del 5% del peso previo en el último año.

2.- *Baja energía resistencia*. Respuesta afirmativa a cualquiera de las dos preguntas de la escala de depresión CES-D: “¿Sentía que todo lo que hacía suponía un esfuerzo en la última semana?” o “¿Sentía que no podía ponerse en marcha la última semana?”. Se considera criterio de fragilidad si a una de ellas se responde: “moderada cantidad de tiempo (3-4 días) o la mayor parte del tiempo”.

3.- *Bajo nivel de actividad física*. Kilocalorías gastadas por semana usando un cuestionario, estratificado por género. Se considera fragilidad cuando se encuentra en el quintil inferior:

Hombres < 383 kcal/semana

Mujeres < 270 kcal/semana

4.- *Velocidad de la marcha*. Tiempo que se tarda en andar 15 pasos (4,6 m), estratificado por altura y género. Se considera criterio de fragilidad cuando los sujetos están en el quintil inferior:

Hombres: altura ≤ 173 cm ≥ 7 segundos/altura > 173 cm ≥ 6 segundos

Mujeres: altura ≤ 159 cm ≥ 7 segundos/altura > 159 cm ≥ 6 segundos

5.- *Fuerza prensora*. - Medida en kilogramos y estratificada por género e índice de masa corporal.

Se considera criterio de fragilidad cuando los sujetos están en el quintil inferior:

Hombres:

IMC $\leq 24 \leq 29$

IMC $24,1-26 \leq 30$

IMC $26,1-28 \leq 30$

IMC $> 28 \leq 32$

Mujeres:

IMC $\leq 23 \leq 17$

IMC $23,1-26 \leq 17,3$

IMC $26,1-29 \leq 18$

IMC $> 29 \leq 21$

Se considera frágiles a los sujetos que cumplen tres o más criterios, prefrágiles a los que cumplen uno o dos y no frágiles o robustos a los que no cumplen ninguno.

A efectos prácticos, para el diagnóstico bastaría, además de la valoración geriátrica integral con la medida de la velocidad de la marcha, junto con la fuerza de prensión de la mano medida con un dinamómetro, una analítica completa que incluya los niveles de vitamina D, aunque se puede complementar con otras pruebas.

En un reciente documento de consenso internacional para la llamada a la acción sobre la fragilidad, se recomienda que todos los mayores de 70 años, y aquellos con pérdida de peso mayor del 5% en un mes debido a enfermedades crónicas, debieran ser cribados para fragilidad. Atención primaria es el medio asistencial idóneo para la detección y manejo de la fragilidad, tal como indica, la última actualización PAPPS 2014 sobre “actividades preventivas en mayores”. (PAPPS es el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, proyecto de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria que promueve este tipo de actuaciones en los centros de salud).

La fragilidad es un factor de riesgo independiente de episodios adversos graves de salud, con un riesgo relativo de 2,54 para institucionalización y un riesgo relativo de muerte entre 1,63 y 6,03. Además, la fragilidad es un poderoso predictor de discapacidad, hospitalización, caídas, pérdida de la movilidad y enfermedad cardiovascular.

El estudio Fragilidad y Dependencia en Albacete (FRADEA) ha puesto de manifiesto, en población mayor de 70 años, que la fragilidad supone un riesgo ajustado de mortalidad 5,5 veces mayor, un riesgo de nueva discapacidad 2,5 veces mayor y un riesgo de pérdida de movilidad 2,7 veces mayor. La fragilidad se asocia a mayor edad, sexo femenino, mayor carga de enfermedad, discapacidad y deterioro cognitivo, entre otros factores, y entre sus causas se han identificado factores genéticos, hormonales, inflamatorios, de estrés oxidativo, neuromusculares, energéticos y nutricionales.

Para reducir la fragilidad hay que actuar sobre su principal factor de riesgo, la inactividad. La inactividad es un elemento nuclear en el desarrollo de la fragilidad, puesto que es esencial en determinar el estado cardiovascular, la resistencia insulínica y el deterioro musculoesquelético (sarcopenia), al tiempo que contribuye al deterioro cognitivo y la depresión. Las intervenciones centradas en la actividad física han demostrado su eficacia en retrasar e, incluso,

revertir la fragilidad y la discapacidad. También tienen demostrada eficacia en mejorar el estado cognitivo y fomentar el bienestar emocional. Si, además, se realizan de forma grupal, tienen el beneficio añadido de fomentar el bienestar y las redes sociales en la persona mayor.

Las caídas

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. (OMS, 2012).

Las caídas son una causa importante de discapacidad en las personas mayores y, a su vez, uno de los desenlaces adversos de la fragilidad. Aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de las mayores de 80 años que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año. De los mayores que se caen, la mitad tienen caídas recurrentes y el 50% se vuelve a caer en el mismo año. La caída es, por tanto, un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas. Las caídas en personas mayores tienen graves consecuencias; más de un 70% tienen consecuencias clínicas como fracturas, heridas, esguinces, etc. y más de la mitad presentan secuelas posteriormente, el 50% de las personas que sufren una fractura por una caída no recuperan el nivel funcional previo. Además, una de cada diez caídas genera lesiones graves, incluyendo la fractura de cadera. La edad es el mayor factor de riesgo de las lesiones por caídas, los adultos de edad avanzada ingresan en el hospital por lesiones relacionadas con esta causa con una frecuencia cinco veces mayor que por lesiones debidas a otros motivos.

Etiopatogenia de la fragilidad

La etiopatogenia de la fragilidad es multifactorial, aunque se ha propuesto que la piedra angular sobre la que se asienta es la pérdida de masa muscular asociada al envejecimiento o sarcopenia.

El sistema musculoesquelético es el que más energía consume en reposo, por lo que su reducción supone un descenso de la cantidad de energía consumida en reposo. Así mismo, la sarcopenia disminuye la energía consumida con el ejercicio, ya que los sujetos se mueven menos, caminan más lento, tienen mayor fatiga y evitan el ejercicio. Ambos procesos suponen un descenso en el gasto energético total que produce una regulación a la baja del apetito, con el consiguiente descenso en la ingesta de nutrientes (proteínas especialmente), que causa menor síntesis proteica.

Añadido a estos fenómenos, existe un estado de inflamación crónica de bajo grado característico de la edad anciana, desencadenado por el estrés oxidativo y por la producción de citoquinas desde diferentes sistemas corporales, entre los que destaca la grasa visceral (en el músculo la grasa intramuscular), y que se hace más evidente en los frágiles.

Tratamiento de la fragilidad

La detección precoz de la fragilidad es fundamental. La valoración geriátrica y la intervención sobre los síndromes geriátricos con un ajuste individual de la medicación son algunas de las intervenciones encaminadas a prevenir dicho estado, entre otras. En la práctica clínica, todos los mayores de 70 años y aquellos con pérdidas ponderales superiores al 5% deberían ser incluidos en programas de detección, ya que esta, realizada precozmente, puede mejorar la calidad de vida y reducir los costes de la atención. Por ello, todo el esfuerzo preventivo debe realizarse sobre el sujeto antes de que se presente la discapacidad.

El tratamiento del síndrome de fragilidad parte de cinco premisas básicas derivadas de su etiología multidimensional y de la reversibilidad del proceso.

- En primer lugar, debe ser individualizado para cada sujeto debido a la gran variabilidad en la etiología y presentación del síndrome, así como a la variabilidad en los condicionantes personales y ambientales de cada persona.
- En segundo lugar, las intervenciones deben ser lo suficientemente largas y mantenidas en el tiempo para garantizar la recuperación o mantenimiento de las funciones perdidas, y para prevenir y controlar los estresores intercurrentes, entre los que destacan la hospitalización, la institucionalización, las caídas y los accidentes.
- Tercero, las intervenciones deben ser multidimensionales (físicas, cognitivas y sociales) y destinadas a que el anciano mantenga su independencia y autocuidado en su domicilio preferido.
- En cuarto lugar, deben promoverse medidas de apoyo que faciliten la adherencia al plan de intervención.
- En quinto lugar, es imprescindible la implicación de familiares y cuidadores en todo el proceso.

La terapia que ha demostrado mayor eficacia hasta el momento para prevenir y tratar la fragilidad es el ejercicio físico, que ha demostrado reducir la mortalidad y la discapacidad en ancianos, manteniendo la masa muscular, aumentando la fuerza y funcionalidad, estabilizando la densidad mineral ósea y favoreciendo el metabolismo hidrocarbonado y la dinámica cardiovascular.

Podemos actuar tratando el principal componente de la fragilidad, que es la sarcopenia, que se basa tres grandes pilares: ejercicio físico e intervención nutricional y farmacológica. Los ejercicios de resistencia (realización de contracciones dinámicas o estáticas contra una resistencia) son los más efectivos. El tiempo de tratamiento necesario para observar efectos positivos es de 10-12 semanas de media; sin embargo, en algunos estudios se observan efectos positivos con dos semanas de entrenamiento.

En relación con la intervención nutricional, estudios recientes han demostrado que en ancianos frágiles las dietas moderadamente hiperproteicas (1,5 g/kg/día), con un reparto proteico equilibrado entre las tres comidas principales (25-30 g/comida) con dosis elevadas de calcio

(1000-1.200 mg/día) y vitamina D (más de 800 UI/ día) mejoran la salud osteomuscular y reducen el riesgo de caídas y fracturas. La Sociedad Europea para la Nutrición Clínica y el Metabolismo recomienda, con un grado A de evidencia, el uso de suplementos nutricionales para mejorar o mantener un adecuado estado de salud en ancianos frágiles. Finalmente, teniendo en cuenta el origen del síndrome, los moduladores selectivos de los receptores androgénicos jugarán un papel en un futuro más o menos cercano.

Referencias

- 1.-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:” Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS”. Informes, estudios e investigación (España, 2014).
- 2.- “El libro blanco de la fragilidad”, Editor jefe Bruno Vellas (2016).
- 3.- “Guía de buena práctica en geriatría. Fragilidad y nutrición en el anciano”, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2014).
- 4.- Martín Lesende, Iñaki y cols, “El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP”. Aten Primaria (2010; 42(7),388-393).
- 5.- Abizanda Soler, Pedro y cols, “Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores”, Med Clin (Barc, 2010; 135(15),713-719)
- 6.- Leocadio Rodríguez-Mañas, Jeremy D. Walstonb,” Fragilidad: ¿de qué estamos hablando? Implicaciones para la práctica clínica diaria”. Rev Esp Geriatr Gerontol, (2017; 52(4),179-181)