

SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN ANCIANOS: ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

VIVIANA A. LONDOÑO-MORALES¹, HEIDER BAUTISTA-MIER¹,
JHEYSON PARRA-SALDARRIAGA², JORGE A. SÁNCHEZ-DUQUE^{1,3}

¹Grupo de Investigación GeriaUNAL - Griego, Unidad de Geriatria, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia, ²Grupo de Investigación Salud, Familia y Sociedad, Unidad de Medicina Familiar, Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia, ³Grupo de Investigación Epidemiología, Salud y Violencia, Unidad de Epidemiología, Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia

E-mail: jorandsanchez@utp.edu.co

En 1978, la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU) evidenció una transición demográfica sin precedentes caracterizada por sociedades envejecidas, razón por la cual se instauró la Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento (AME), cuyo objetivo fue iniciar un programa internacional para la construcción de políticas sanitarias con enfoque diferencial positivo para la vejez, de las cuales se han realizado dos ediciones, Viena (Austria) y Madrid (España) en 1982 y 2002, respectivamente. La población geriátrica se caracteriza por una disminución progresiva de la integridad fisiológica, sin embargo, el envejecimiento, también llamado senescencia, no debe entenderse como un proceso patológico, sino más bien, un periodo de transición condicionado por factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (estilos de vida) que llevarán a una trayectoria positiva (envejecimiento activo, exitoso, satisfactorio o saludable) o a una negativa (patológica)^{1,2}.

Senescencia

El envejecimiento saludable implica la necesidad de impactar conscientemente el bienestar físico, mental y social, con acciones de promoción y prevención tempranas mediante estrategias de atención anticipatoria y mantenimiento de la salud para transformar los hábitos de riesgo modificables en estilos de vida saludables, con el fin de maximizar la

funcionalidad y participación social gracias a la compresión de la morbilidad. Para lograr un envejecimiento activo, se requiere de un enfoque de curso de vida, en el cual, además de conocer cada etapa del ciclo vital y las transiciones entre etapas, obliga a la comprensión de las implicaciones e influencias de cada etapa en el periodo subsiguiente^{1,2}. En contraparte, el envejecimiento patológico se caracteriza por la reducción de la reserva fisiológica y funcional secundaria a mayor carga alostática y acúmulo de déficit por el inadecuado control de enfermedades y factores de riesgo, predisponiendo a la aparición de síndromes geriátricos y fenómenos de homeostenosis^{1,2}.

Abordaje del adulto mayor en atención primaria

Las personas mayores con multimorbilidad, dependencia y deterioro cognitivo no obtienen buenos resultados durante valoraciones breves con profesionales cuyo estilo de trabajo es más reactivo que proactivo. Por esta razón, la aplicación de la Valoración Geriátrica Integral (VGI), una valoración multidomínios (1] Clínico; 2] Funcional y físico; 3] Neuropsicológico; 4] Socio-ambiental; 5] Síndromes geriátricos) permite optimizar la condición global del adulto mayor mediante la búsqueda e intervención activa de factores modificables^{1,2}.

Síndrome de fragilidad en ancianos

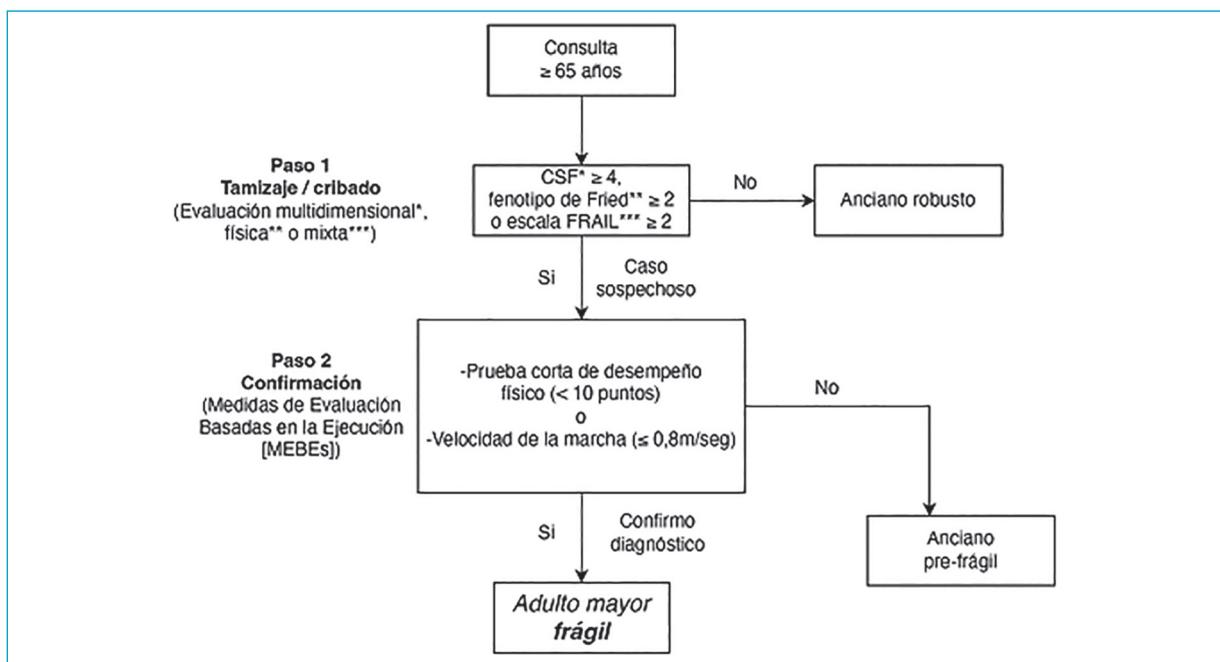
La fragilidad puede definirse como la capacidad reducida para conservar la homeostasis en momentos de estrés agudo, debido a menor capacidad intrínseca y de resiliencia, causando que una noxa que de otro modo sería trivial pudiese conllevar complicaciones graves, como un mayor riesgo de caídas, fracturas, hospitalización, discapacidad, deterioro cognitivo, peor calidad de vida y mortalidad^{1,3}. Actualmente existen dos paradigmas dominantes para conceptualizar dicho síndrome: 1] Modelo físico de fragilidad o fenotipo de Fried; 2] Modelo multidimensional por acumulación de déficit o índice de fragilidad de Rockwood. La prevalencia de fragilidad en población geriátrica varía según el modelo utilizado, siendo del 14% según el modelo de fenotipo, del 24% según el modelo por acumulación de déficit, y de hasta el 30% cuando se combinan estos abordajes^{1,3}.

Debido a la dificultad que puede implicar el diagnóstico del síndrome de fragilidad, especialmente en estadios iniciales, se hace necesario fomentar la aplicación regular de herramientas validadas que simplifiquen su detección^{1,4}. Por

esta razón, se propone un algoritmo diagnóstico práctico y fácil de aplicar en atención primaria, que permita el reconocimiento de población pre-frágil y frágil en 2 pasos, como se ilustra en la Figura 1. El tamizaje comienza con un cribado visual mediante la aplicación sistemática de la escala clínica de fragilidad de Rockwood (alternativas: fenotipo de fragilidad de Fried o cuestionario de FRAIL). Si una prueba de cribado se encuentra alterada, se considerará un tamizaje positivo y se procederá a realizar una evaluación basada en medidas de ejecución (MEBEs), la cual permitirá discriminar pacientes en estado de fragilidad de aquellos con pre-fragilidad.

Una vez identificado el caso, los servicios de atención primaria tendrán la función de la gestión y coordinación de los casos, basando las intervenciones en objetivos/metast establecidas (curación-rehabilitación-mantenimiento-paliativo). Mediante un abordaje centrado en el paciente, el médico de atención primaria implementará una estrategia multidimensional cuyo objetivo será optimizar el desempeño funcional del paciente, la cual incluirá la dimensión física (ejercicios aeróbicos, de resistencia, fuerza

Figura 1 | Algoritmo práctico de diagnóstico de fragilidad en población geriátrica en atención primaria



y equilibrio dirigidos por fisioterapia o por estrategias como VIVIFRAIL), función cognitiva (entrenamiento y rehabilitación de la memoria a cargo de terapia ocupacional), estado nutricional (ajustes dietarios o uso de suplementos nutricionales a cargo de nutrición clínica), red social de apoyo (a cargo de trabajo social), entrenamiento del cuidador (a cargo de enfermería) y apoyo psicoemocional a paciente y familiares (a cargo de psicología)^{1,4}.

Una vez aplicada la MEBE, el resultado de la prueba corresponderá a la estimación de la capacidad funcional, la cual, se utilizará para clasificar a cada paciente en una categoría VIVIFRAIL (A - discapacidad [SPPB 0-3; VM <0,5]; B - fragilidad [SPPB 4-6; VM 0,5-0,8]; C - pre fragilidad [SPPB 7-9; VM 0,9-1]; D - robustez [SPPB 10-12; VM >1]). Adicionalmente, en categorías B y C, es importante establecer si hay o no un riesgo elevado de caídas (>2 caídas en el último año), puesto que el programa se ajusta a esta variable en categorías B+ y C+. Posteriormente, se indicará un programa de entrenamiento de 12 semanas, una estrategia eficaz y segura para mejorar la capacidad funcional en adultos mayores frágiles y prefrágiles⁵.

El anciano frágil representa un reto clínico para el médico de atención primaria, no solo por la necesidad de iniciar una ruta de atención interdisciplinaria, sino por la difícil tarea de establecer las metas ajustadas para cada comorbilidad, gestionar el riesgo de polifarmacia y tomar decisiones con un enfoque de prevención cuaternaria para prevenir complicaciones asociadas a terapias intensivas en condiciones como hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo 2^{6,7}.

Actualmente, en el paciente frágil con hipertensión arterial, se propone como meta de tensión arterial sistólica entre 130-160 mmHg, con una tensión arterial diastólica entre 80-90 mmHg⁸, mientras que en el paciente frágil con DM2 se proponen metas de glucosa máxima antes de ir a dormir entre 100-180 mg/dL, glucosa preprandial entre 150-250 mg/dL y Hba1c de 8.0-8.5%⁹.

Diferentes herramientas han sido desarrolladas para identificar la medicación potencialmente inapropiada en el adulto mayor⁷, como los criterios Beers¹⁰ y los criterios STOPP/START¹¹. Sin embargo, en adultos con edad ≥65 años con fragilidad severa, quienes se encuentran en fase de fin de vida, según los siguientes criterios: 1) Fase final de una enfermedad irreversible; 2) Mal pronóstico de supervivencia a un año; 3) Deterioro funcional, físico y/o cognitivo grave (avanzado); y 4) Prioridad de tratamiento para el control de síntomas, más que la prevención de la progresión de la enfermedad, cobra valor la aplicación de estrategias de deprescripción como el STOPP-Frail, también llamados STOPP-Pal⁶, los cuales sugieren considerar la deprescripción de alfabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, antagonistas de los receptores de angiotensina II y buscar monoterapia antidiabética oral⁶.

El mundo se encuentra enfrentando a la pandemia ignorada del adulto mayor frágil, lo cual hace necesario reflexionar sobre la preparación de los servicios de atención primaria en salud en el abordaje y gestión del enorme problema de salud pública que se allega, especialmente en áreas rurales o dispersas, donde el acceso a medicina especializada es limitado.

Bibliografía

1. Acosta-Benito MÁ, Martín-Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. *Aten Primaria* 2022; 54: 102395.
2. Perilla-Orozco DM, Pantoja-Molina AD, Sánchez-Duque JA. Abordaje integral del adulto mayor: una mirada desde la atención primaria. *Aten Fam* 2020; 27: 109- 10.
3. Shamliyan T, Talley KM, Ramakrishnan R, Kane RL. Association of frailty with survival: a systematic literature review. *Ageing Res Rev* 2013; 12: 719-36.
4. Mudge AM, Hubbard RE. Management of frail older people with acute illness. *Intern Med J* 2019; 49: 28-33.
5. Casas-Herrero Á, Sáez de Asteasu ML, Antón-Rodrigo I, et al. Effects of Vivifrail multicomponent intervention on functional capacity: a multicentre, randomized controlled trial. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2022; 13: 884-93.
6. Delgado-Silveira E, Mateos-Nozal J, Muñoz García M, et al. Uso potencialmente inapropiado de fármacos

en cuidados paliativos: versión en castellano de los criterios STOPP-Frail (STOPP-Pa). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2019; 54: 151-5.

7. Sánchez-Duque JA, Perilla-Orozco DM, Herrera-Guerrero JA, García-Ruiz GV. Polypharmacy and deprescribing in geriatric care. *Rev Clin Esp (Barc)* 2023; 223: 325-6.
8. Masoli JAH, Delgado J, Pilling L, Strain D, Melzer D. Blood pressure in frail older adults: associations with cardiovascular outcomes and all-cause mortality. *Age Ageing* 2020; 49: 807-13.
9. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al., American Diabetes Association. 13. Older Adults: Standards of Care in Diabetes - 2023. *Diabetes Care* 2023; 46: S216-29.
10. 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2023; 71: 2052-81.
11. Delgado-Silveira E, Molina Mendoza MD, Montero-Errasquín B, et al. Versión en español de los criterios STOPP/START 3. Avances en la detección de la prescripción inapropiada de medicamentos en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2023; 58: 101407.