

FACTORES DESENCADENANTES DE LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO

Llunia M. López Fábregas

RESUMEN:

En el presente trabajo se expone el proceso de transición demográfica que tiene lugar y su clasificación, así como lo que representa este proceso para la especie humana. Se enuncian los tipos de envejecimiento humano y sus características esenciales. Se incursiona en la evolución histórica de la “fragilidad en el adulto mayor” y “anciano frágil” y se presentan las principales definiciones enunciadas por diversos autores que han tratado el tema. Se anexan los criterios cubanos de fragilidad. El trabajo muestra los diferentes criterios de fragilidad propuestos a nivel mundial agrupados en cuatro categorías: médicos, funcionales, mentales y sociodemográficos. Se expone en un gráfico una serie histórica del envejecimiento en Cuba y se alerta que del porcentaje de adultos mayores que hoy viven en el país se desconoce cuántos de ellos son considerados frágiles. El conocimiento de esta información es crucial en la planificación y desarrollo de estrategias de intervención en salud en la población de adultos mayores por parte del Sistema Nacional de Salud, el Gobierno y las propias comunidades.

La característica fundamental del envejecimiento es común a la pérdida de la reserva funcional, que condiciona una mayor susceptibilidad a la agresión externa al disminuir los mecanismos de respuesta y su eficacia para conservar el equilibrio del medio interno. Esta disminución de la respuesta se manifiesta inicialmente sólo bajo circunstancias de intenso estrés para luego pasar a manifestarse ante mínimas agresiones, según se pierde la reserva funcional la susceptibilidad es mayor, aumentando la posibilidad de que cualquier nexo causal desencadene en pérdida de función, discapacidad y dependencia.

El número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX, de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos.

También se ha incrementado el grupo de los "muy viejos", o sea los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores (AM) en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo.

E Dr. Pedro Pablo Marín L. (2000) en una de sus publicaciones titulada *Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral* plantea que Chile es un país en transición demográfica. En 1960 sólo un 7% de la población era mayor de 60 años, mientras que actualmente este grupo es ya el 10% (más de 1,3 millones de personas), estimándose que será un 16% para el año 2025. La esperanza de vida promedio se ha desplazado de 45 años en 1930, a cerca de 75 años actualmente.

En la población de adultos mayores (PAM) el 55% tiene entre 60-69 años y el 13% tiene más de 80 años. Se acepta que el contingente que más rápidamente aumentará en el futuro próximo será el de las personas mayores de 75 años, observándose un gran incremento, sobre todo en las mujeres muy mayores. Los escasos estudios nacionales describen que la mayoría de la PAM (56,3%) son mujeres, 55,5% son casados o están conviviendo, cerca del 40% de las mujeres son viudas, el 81,8% viven en zonas urbanas, el 17,1% son analfabetos (en comparación con 5,4% en la población total nacional).

En el intento de encontrar términos con los cuales identificar la disminución de la capacidad funcional inherente al AM y por tanto el aumento de su dependencia del medio, surgen los conceptos de "fragilidad" y "anciano frágil". La detección precoz de la fragilidad y el empleo oportuno de técnicas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras pueden modificar positivamente la expresión esperada de la discapacidad en el anciano, por lo que intervenir en este sentido tiene implicaciones tanto en el plano social como en la calidad de vida del AM.

Las bases de la valoración geriátrica se iniciaron en las décadas de los años 60 y 70 del siglo xx, en los años 80 del mismo siglo, se demostró su utilidad, mientras que en la década de los años 90, el interés en este tema se concentró en la evaluación de la fragilidad de los ancianos. Se ha planteado incluso que la medicina geriátrica debe dirigirse concretamente al llamado "anciano frágil". Para unos autores lo que determina la fragilidad es la coexistencia de determinados procesos clínicos, para otros la

dependencia en las actividades de la vida diaria y para otros la necesidad de cuidadores institucionales, también ha sido relacionada con declinación funcional, impedimento inestable y discapacidad.

Fragilidad en el adulto mayor

Se ha demostrado que la edad por sí sola no es el factor más determinante, ni tampoco el número de enfermedades que presentan los AM.

Para ser costo-efectivo en los programas, es necesario focalizar los recursos socio-sanitarios disponibles en el grupo de AM que están en riesgo o son ya frágiles. Es en este grupo que debemos intervenir prontamente con los recursos locales, para prevenir y tratar a los AM antes que se transformen en dependientes y requieran aún mayores costos en sus cuidados integrales, si llegan a transformarse en discapacitados o postrados.

Por lo anterior es que es muy importante emplear el concepto de fragilidad (frailty) en el anciano. La definición no está aún bien consensuada, ya que diferentes autores utilizan variados conceptos.

De una forma u otra forma, la fragilidad resulta de la disminución de la capacidad de reserva que lleva a la discapacidad y precipita la institucionalización o muerte. Se sabe que el AM presenta habitualmente una mayor vulnerabilidad al medio interno o externo, la que es producida en gran parte por la pérdida normal de la reserva fisiológica con el paso de los años. El organismo presenta una menor capacidad en la homeostasia fisiológica que un sujeto más joven. Por ejemplo, se reduce su fuerza muscular, las horas de sueño, la capacidad de regular la temperatura corporal, la capacidad de ingerir líquidos en caso de deshidratación. (Marín L. 2000)

Entre las definiciones de fragilidad encontradas se encuentra la de Buchner que la considera “el estado en que la reserva fisiológica está disminuida, llevando asociado un riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad”. Por su parte Brocklehurst defiende la idea de que se trata de un “equilibrio precario, entre diferentes componentes, biomédicos y psicosociales, que condicionarán el riesgo de institucionalización o muerte”.

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo de fragilidad serían un compendio de los problemas derivados de:

- El envejecimiento biológico.
- Alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades (sensoriales, muscular, equilibrio, etc.).
- Enfermedades agudas o crónicas reagudizadas (conocidas o no).
- Factores de riesgo en cuanto a abusos (estilos de vida, factores sociales y económicos).
- Factores de riesgo en cuanto a desuso (inactividad, inmovilidad, déficit nutricional).

Algunos de los factores determinantes de fragilidad en el AM aceptados por la mayoría de los autores son los siguientes:

1. Mayor de 75 u 80 años.
2. Pluripatologías.
3. Polifarmacia.
4. Problemas cognitivos o afectivos.
5. Reingreso hospitalario frecuente o reciente.
6. Patología crónica invalidante.
7. Sin soporte/apoyo social adecuado.
8. Problemas en la deambulación (caídas frecuentes, miedo a caerse)
9. Pobreza.

Impedimento inestable

El concepto fragilidad debe complementarse con el de impedimento inestable (*unstable disability*), ya que ambos pueden coexistir en un adulto mayor.

En personas jóvenes, el impedimento suele producirse por sólo una causa médica catastrófica, como accidente vascular encefálico, amputación, fractura de cadera, etc., que al ocurrir en un sujeto robusto, previamente sano, sin el deterioro normal del envejecimiento, generalmente tiende a recuperarse o estabilizarse, por lo que presenta muy poca variación en la función con el transcurso del tiempo. (Marín L. 2000)

En Cuba, según consenso de los especialistas en el tema, se considera que los AM frágiles son aquellos que por sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales o funcionales están en riesgo de desarrollar un estado de necesidad.

Para determinar el estado de los ancianos que participan en esta investigación se ha tenido en cuenta los siguientes criterios:

a) Criterio Médico:

- Padecer enfermedades crónicas o invalidante
- Deficiencias sensoriales
- Alteraciones de la marcha y el equilibrio
- Incapacidad de miembros inferiores
- Presencia de síndromes geriátricos
- Mala salud autopercebida
- Caídas a repetición
- Polifarmacia
- Consumo de sedantes
- Ingresos hospitalarios recientes o repetidos
- Visitas domiciliarias con frecuencia superior al mes

b) Criterios Funcionales:

- Dificultad para la deambulación y la movilidad.
- Dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
- Dependencia para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

c) Criterios Mentales:

- Deterioro cognoscitivo
- Depresión

d) Criterios Sociodemográficos:

- Vivir sólo
- Viudez reciente
- Edad superior a ochenta años
- Escasez de ingresos económicos

Valoración geriátrica integral

La valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso diagnóstico multidisciplinario e idealmente transdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, sociales y psíquicos que presenta el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de los recursos necesarios para afrontarlos.

Algunos de los beneficios demostrados en los estudios que emplean el meta-análisis de la VGI son:

- Mayor precisión diagnóstica.
- Reducción de la mortalidad.
- Mejoría del estado funcional.
- Utilización correcta de los recursos.
- Disminución de la institucionalización.
- Disminución de la estadía hospitalaria.

Toda VGI debe contener los siguientes datos:

- ✓ Biomédicos, diagnósticos actuales y pasados.
- ✓ Farmacológicos.
- ✓ Nutricionales.
- ✓ Psicológicos, cognitivos y emocionales.
- ✓ Funcionales, básicos e instrumentales de la vida diaria.
- ✓ Sociales, capacidad social y sistemas de apoyo.

La evaluación clínica debe tener en cuenta la especial forma de presentación de la enfermedad en el paciente AM, que se caracteriza por:

- ❖ Pluripatología.
- ❖ Presentación atípica, sintomatología larvada.
- ❖ Frecuentes complicaciones clínicas.
- ❖ Tendencia a la cronicidad e incapacidad.
- ❖ Presentación frecuente como pérdida de la capacidad funcional.
- ❖ Aumento del consumo de fármacos.
- ❖ Mayor dificultad diagnóstica.

❖ Frecuente tendencia a la gravedad y muerte.

A modo de ejemplo, algunas formas de presentación atípicas de enfermedades comunes en el AM frágil son:

Infarto del miocardio: muchas veces indoloro, donde prevalece la disnea o el síncope como forma de presentación.

Insuficiencia cardíaca: hay menos disnea, probablemente por inmovilidad, muchas veces se presenta como síndrome confusional, anorexia y astenia.

BIBLIOGRAFÍA

- Anuario Estadístico 2005 [serie en Internet]. [citada 2006]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IscScript=anuario/iah.xis&tag5003=anuario&tag5021=e&tag6000=B&tag5013=GUEST&tag5022=2005>
- Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. Clin Geriatr Med. 2009; 8:1-17.
- Castanedo JF, Vicente N. Modelo de atención gerontológica en el Consejo Popular Los Sitios Ciudad de La Habana, Cuba. Rev Electrónica Geriatria. 2005; 2:1-8.
- Composortega Cruz S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, editor. El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México DF: CIRSS, OPS, OMS; 2007.
- De la Fuente C. Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. En: Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ, editores. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2008.p.15-55.
- Espinosa JM. El anciano en atención primaria. Aten Primaria. 2006; 26:515-6.
- Finch CE, Tanzi RE. Genetics of aging. Science. 2006; 278:407-11.
- Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts Res Gerontol. 2008; Suppl 2:15 -59.
- Halliwell B. The antioxidant paradox. Lancet. 2005; 355:1179-80.
- Hayflick L. The future of ageing. Nature. 2005; 408:267-9.
- <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/FragilidadAdulto.html>
- Kalache A. Situación global del envejecimiento. Consulta interregional sobre el envejecimiento de la población organizada por el Banco Interamericano de Desarrollo, en la ciudad de Washington el 1-2 junio del 2006 [serie en Internet]. [citada 17 Nov 2006]. Disponible en: http://www.gerontologia.org/envejecimiento_poblacional.htm
- Kessel H. La edad como criterio. Med Clin (Barc). 2008; 110:736-9.
- Mañas R. Aproximación al desarrollo de un Programa Nacional de Investigación sobre Envejecimiento desde el concepto de fragilidad. Rev Esp. Geriatr Gerontol. 2005; 36 (NM 3):24-35.
- MARIN P, VALENZUELA E, REYES P et al. Evaluación geriátrica de adultos mayores en un Hospital Universitario. Rev Méd. Chile 1994; 122: 1362-66.

- Mussoll J. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. Rev esp. Geriatra Gerontol. 2005; 37 (NM 5):249-53.
- Prieto O, Vega E. La atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
- Report of the council on scientific affairs: American Medical Association white paper on elderly health. arch. Interne Med. 2008; 150:2459-72.
- Rodríguez Mañas L. Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias. En: Fernández-Ballesteros R, editor. Gerontología Social. Madrid: Pirámide; 2005.p. 153-65.
- Tennstedt SL, Kinlay JB, Sullivan LM. Informal care for frail elders: the role of secondary caregivers. Gerontologist. 2006; 29:677-83.