

El síndrome de fragilidad, ¿un estado crónico de la vida?

Javier E. García de Alba García.*
 Itzel Berenice Barrera Padilla.**
 Jefe de la U.I.S.E.S.S.*
 CUCosta, Puerto Vallarta.**

Introducción

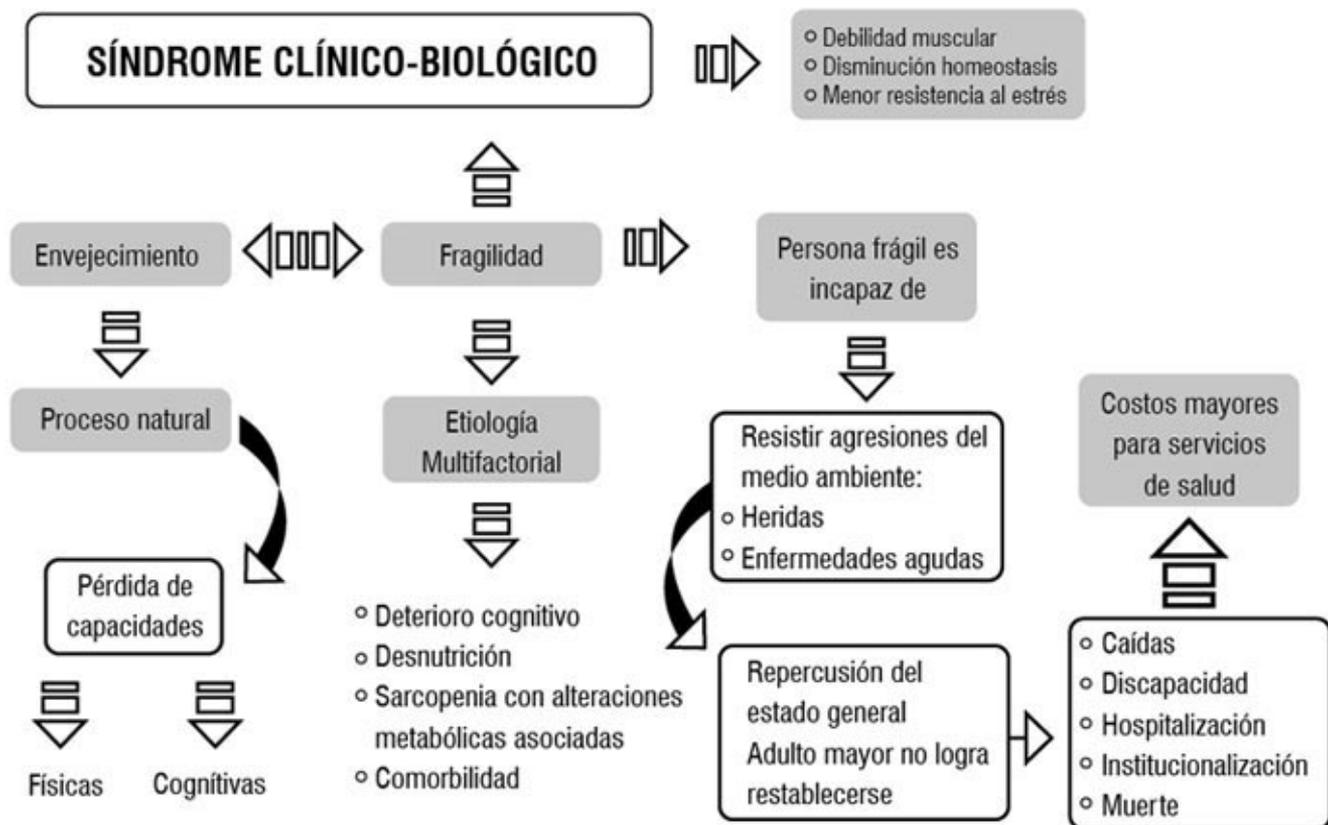
La fragilidad es parte de un continuo asociado a la edad avanzada y que actúa, sobre el plano biológico, en diversos sistemas: Endocrino, cardiovascular, músculo esquelético, inmunológico y nervioso (1). No hay todavía una definición ni criterios universalmente reconocidos para su descripción, pero se conocen elementos consistentes para su identificación. Ya que las personas frágil utilizan con mayor frecuencia todos los servicios de salud.

En Latinoamérica, la prevalencia y las consecuencias de la fragilidad han sido poco estudiadas. Fragilidad no es sinónimo de discapacidad, ni de la presencia de múltiples enfermedades crónicas o del envejecimiento extremo, aunque la línea que los divide es tenue y aún imprecisa (2).

El estado de fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del

adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: Caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. La definición tiene 2 aspectos: (7)

1. Existe una disminución de las reservas fisiológicas en múltiples áreas o dominios, como la resistencia, la flexibilidad y la fuerza muscular, el balance o equilibrio, el tiempo de reacción, coordinación, funcionamiento cardiovascular, audición, visión, nutrición y funcionamiento cognitivo.
2. Existe una predisposición para sufrir efectos adversos para la salud ante situaciones estresantes de la vida cotidiana, donde la magnitud de la situación no siempre está en correspondencia con el menoscabo que origina en la salud, produciéndose gran deterioro funcional.



Fried y colaboradores ⁽³⁾ desarrollaron una hipótesis de fragilidad considerando que las manifestaciones clínicas presentes en el síndrome están relacionadas entre sí. Los individuos pueden iniciar el síndrome por cualquier parte del ciclo, pero fundamentalmente por 2 vías:

1.- Como resultado de los cambios fisiológicos asociados a la edad, por ejemplo, la anorexia asociada al envejecimiento, los cambios músculo esqueléticos y la sarcopenia y 2.- Como resultado del efecto de las enfermedades.

Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad según los criterios de Fried en la población adulta mayor usuaria de la U.M.F. No. 3 del I.M.S.S. que puedan caminar por sí solos, pacientes con fracturas o cirugías recientes y pacientes que no acepten participar en el estudio.

Se utilizó el criterio diagnóstico de Fried⁽³⁾ para medir fragilidad que consiste en 5 parámetros a tomar en cuenta:

- Pérdida de peso involuntaria (4.5 Kg o más por año).
- Sentimiento de agotamiento general.
- Debilidad (medida por fuerza de tensión).
- Lenta velocidad al caminar (basados en una distancia de 4 m).
- Bajo nivel de actividad física (menor de 400 Kcal a la semana).

Los datos se obtuvieron mediante una encuesta semiestructurada basada en el estudio realizado por Castell Alcalá y colaboradores ⁽⁵⁾, que incluyó un apartado específico para cada criterio además de los espacios correspondientes para las cuestiones sociodemográficas. Los datos se incluyeron en una base de datos creada con el programa Excel Microsoft Office 2007® y se procesaron con apoyo del programa SPSS.15.

Resultados

Cuadro No. 1

Características generales de las personas estudiadas

Concepto	Porcentaje o promedio	
Sexo	Masculino	30 %
	Femenino	70 %
Edad promedio	70.78 ± 6.30	
Estado civil	Casado	50 %
	Viudo	30 %
	Soltero	20 %
Ocupación	Hogar	60 %
	Pensionado	17 %
	Empleado	13 %
	Autoempleado	10 %

Concepto	Porcentaje o promedio	
Comorbilidad	0 enfermedades	7 %
	1 padecimiento	43 %
	2 padecimientos	30 %
	3 padecimientos	13 %
	4 padecimientos	7 %
Índice de Masa Corporal	<20	10 %
	20-24	23 %
	25-29	47 %
	≥30	20 %

Cuadro #2

Prevalencia de Fragilidad en usuarios de la U.M.F. No. 3 I.M.S.S. - Guadalajara

Concepto	Hombres	Mujeres	Total
Normal	78 %	71 %	73 %
Pre-frágil	11 %	24 %	20 %
Frágil	11 %	5 %	7 %

Encontramos una prevalencia encontrada de 7% que coincide con la reportada por Castell Alcalá ⁽⁵⁾ y es menor a la reportada para personas de origen afroamericano con 12%.

Cabe señalar que para Brown y colaboradores ⁽⁶⁾ la fragilidad se atribuye a varios factores físicos que incluyen el entrecimiento y la falta o pérdida de la amplitud del movimiento, el desequilibrio, la disminución de la fuerza y la resistencia física; particularmente durante la realización de una prueba de marcha con obstáculos. En nuestro estudio no detectamos personas de ambos sexos con un rango superior a los 10.5 (hombres) y 11.2 (mujeres) segundos para desplazarse en una distancia de 4 metros, pero sí con debilidad muscular (37%, cansancio referido (33%) y pérdida de peso (20%).

Consideramos que la necesidad de desplazarse para asistir a la consulta externa determinó la carencia de personas con desplazamiento lento.

Queda pendiente estudiar con mayor profundidad los problemas que llevan a la discapacidad como: Deterioro cognitivo, depresión, comorbilidad, IMC elevado o bajo, limitación funcional de los miembros inferiores, aislamiento social, actividades físicas limitadas, mala percepción de salud, tabaquismo y disminución de la agudeza visual. ⁽⁹⁻¹⁰⁾ La interrelación entre estos factores y su impacto sobre la autonomía de los adultos mayores ⁽¹¹⁻¹³⁾, es importante debido a que en nuestro medio aún no ha sido del todo estudiada, para que el modelo explicativo de la generación de la fragilidad pueda definirse con mayor claridad debido a que la línea que divide a la fragilidad de la

discapacidad, la comorbilidad o el envejecimiento extremo, es tenue y aún imprecisa. (2). Asimismo el estudio de otros componentes es necesario para enriquecer el concepto. (14) Lo cual ayudará a reconocer, por ejemplo, la real influencia de las condiciones sociales adversas o psicológicas con el propósito de definir si son causas, componentes o consecuencias de la fragilidad. (15-16) y sobre todo para incrementar la homeostasis y de la resistencia frente al estrés, y reducir la vulnerabilidad, la discapacidad asociadas que favorecen la muerte prematura.

Bibliografía

- 1.- Ávila-Funes JA, Aguilar-Navarro S. El Síndrome de fragilidad en el adulto mayor. *Antología Salud del Anciano*. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina. UNAM: 2007, 1-7.
- 2.- Ávila-Funes JA, Aguilar-Navarro S, Melano-Carranza E. La fragilidad, concepto enigmático y controvertido de la geriatría. *La visión biológica*. *Gac Med Méx* 2008; 144(3).
- 3.- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56(3): M146-56.
- 4.- Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. INEGI. www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/.../estadisticas/2010/edad14.doc
- 5.- Castell Alcalá MA, Otero Puime A, Sánchez Santos MT, Garrido Barral A, González Montalvo JI, Victoria Zunzunegui M. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. *Atención Primaria* 2010; 42(10): 520-527.
- 6.- Yépez Montemayor JA, Galván Gutiérrez JA. Acondicionamiento físico en pacientes geriátricos con síndrome de fragilidad. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2010; 22(3): 77-82.
- 7.- Luis Ramos GE y Libre Rodríguez JJ. Fragilidad en el adulto mayor: Un primer acercamiento. *Rev Cubana Med Gen Integr [online]*. 2004; 20(4).
- 8.- Brown M, Sinacore DR, Binder EF, Kohrt WM. Physical and performance measures for the identification of mild to moderate frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000; 55: M350-355.
- 9.- Ferrucci L, Cavazzini C, Corsi A, Bartali B, Russo CR, Lauretani F, et al. Biomarkers of frailty in older persons. *J Endocrinol Invest* 2002; 25:10-15.
- 10.- Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999; 48: 445-469.
- 11.- Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 991-1001.
- 12.- Gillick MR. Long-term care options for the frail elderly. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37:1198-1203.
- 13.- Bergman H, Beland F, Karunanathan S, Hummel S, Hogan D, Wolfson C. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontologie et Société* 2004; 109:15-29.
- 14.- Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hebert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet* 1999; 353: 205-206.
- 15.- Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, et al. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 991-1001.
- 16.- Morley JE, Perry HM 3rd, Miller DK. Editorial: Something about frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; 5: M698-704.

