

Anciano frágil: ¿hablamos todos de lo mismo?

María Luisa Martínez Martín^a, Juan Ignacio González Montalvo^b y Ángel Otero Puime^c

^aEnfermería Geriátrica. Escuela Universitaria de Enfermería La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

^bServicio de Geriatria. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

^cDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

El concepto de fragilidad es objeto de interés y debate en el campo de los cuidados geriátricos, sin que se disponga de una definición consensuada que permita identificar al anciano frágil. El propósito de este trabajo es conocer y agrupar las opiniones de expertos clínicos de nuestro entorno sobre este tema. Se han realizado y analizado entrevistas semiestructuradas a 19 profesionales -médicos y de enfermería- que llevan a cabo su actividad asistencial principalmente con personas mayores, en distintos servicios de salud de las Áreas 2 y 5 de la Comunidad de Madrid. Los resultados obtenidos indican que existen distintos enfoques a la hora de definir al anciano frágil, que se pueden agrupar, al menos, en 5 tendencias diferentes: disminución de la reserva fisiológica, pérdida de autonomía funcional, deterioro cognitivo, presencia de enfermedades crónicas y una, minoritaria, que no contempla el concepto. Así mismo, destaca la consideración de la fragilidad como un estado multifactorial en el que se otorga distinto peso a los factores biológicos, psicológicos y sociales según el tipo de profesional consultado. La diversidad conceptual del término fragilidad no facilita la comparación entre los diferentes estudios, por lo que es necesario alcanzar una definición operativa de fragilidad que sea aceptada por los distintos profesionales ligados a los cuidados geriátricos y gerontológicos.

Palabras clave

Fragilidad. Anciano frágil. Vulnerabilidad. Dependencia. Valoración geriátrica.

The frail elderly: are we all talking about the same thing?

The concept of frailty is currently being debated in the field of geriatric care, but there is no agreed definition that would allow frail elderly persons to be identified. The purpose of this article was to identify and group the opinions of clinical experts in our setting. We conducted 19 semi-structured interviews with health profes-

sionals (clinicians and nurses) working mainly with the elderly in several health care settings in districts 2 and 5 of the autonomous region of Madrid.

The responses obtained indicated five distinct trends: a reduction in physiologic reserve, loss of functional autonomy, cognitive impairment, the presence of chronic diseases, and a minority view that rejects this concept. Notable was the view of frailty as a multifactorial phenomenon in which different weight was given to biological, psychological or social factors according to the type of health professional consulted.

The conceptual diversity of the term «frailty» hampers comparison among different studies. Therefore, a working definition of the term, accepted by health professionals involved in the care of the elderly, should be established.

Key words

Frailty. Frail elderly. Vulnerability. Disability. Geriatric assessment.

INTRODUCCIÓN

El creciente interés por el término de fragilidad y la búsqueda de una definición que permita un acercamiento a este concepto es motivo de preocupación tanto de clínicos como de investigadores. Recientemente la Sociedad Americana de Geriatria estableció los términos de investigación prioritarios en este ámbito^{1,2}. Existe un consenso a la hora de discriminar entre fragilidad y discapacidad, pero todavía no hay una definición operativa que permita utilizar este concepto como marcador de envejecimiento patológico³.

Los estudios realizados en España sobre la prevalencia de fragilidad en las personas mayores ofrecen cifras muy elevadas y diferentes que oscilan entre un 38 y un 94%⁴⁻⁸. El instrumento mayoritariamente empleado para medir la fragilidad ha sido el test de Barber, cuya utilidad está cuestionada en la actualidad.

Los estudios de prevalencia en EE.UU. y en Canadá señalan cifras mucho menores. Ostir et al⁹, empleando los criterios de Fried y Watson, encuentran una prevalencia del 3,6%, que se duplica a los 5 años de seguimiento. Rockwood et al¹⁰, empleando la Geriatric Status Scale, se-

Correspondencia: María Luisa Martínez Martín.

Escuela Universitaria de Enfermería La Paz.

Paseo de la Castellana, 261. 28046 Madrid. España.

Correo electrónico: mmartinez.hulp@salud.madrid.org

Recibido el 1-3-07; aceptado el 20-7-07.

ñalan una prevalencia de fragilidad del 7, 17,5 y 36,6% para los grupos de edad de 65 a 74, 75 a 84 y 85 y más años.

Las elevadas diferencias detectadas en los resultados de estas investigaciones permiten señalar que el significado del término es interpretado de forma distinta por los diferentes autores (dependencia en las actividades de la vida diaria, necesidad de institucionalización, concurrencia de determinados procesos patológicos o degenerativos, etc.), así como que los criterios que lo definen no están suficientemente consensuados. Mientras que en el ámbito norteamericano las variables que se evalúan son principalmente de carácter físico o biológico, en España, la fragilidad se sigue identificando en parte con dependencia, teniendo un mayor peso las escalas de valoración funcional y psicosocial.

En esta nota clínica se presenta una aproximación y sistematización de las opiniones que tienen expertos clínicos de nuestro entorno sobre la fragilidad en el anciano.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una consulta a expertos clínicos, con la finalidad de conocer cómo se maneja el concepto de fragilidad en el contexto práctico. Se ha elegido la técnica cualitativa de la entrevista semiestructurada y se ha llevado a cabo con 19 profesionales —9 médicos y 10 enfermeras— que realizan su actividad asistencial en los servicios de Geriatría, Medicina Interna, Traumatología y Urgencias del Hospital Universitario La Paz, así como en los centros de atención primaria de las Áreas Sanitarias 2 y 5 de la Comunidad de Madrid. Las entrevistas fueron realizadas por la primera autora de este trabajo (M.L. Martínez Martín) en septiembre de 2006 y se estructuraron sobre la base de 3 cuestiones: concepto de anciano frágil, criterios utilizados para identificar a un anciano como frágil e instrumentos empleados habitualmente para medir la fragilidad en el anciano. Posteriormente, se realizó un análisis del contenido de las entrevistas y se clasificaron las respuestas en grupos homogéneos, que reflejaban una tendencia similar ante las 3 cuestiones planteadas.

RESULTADOS

Las opiniones de los 19 expertos clínicos entrevistados muestran la falta de acuerdo para definir al anciano frágil y seleccionar los instrumentos para su evaluación. Los resultados de estas entrevistas se pueden agrupar en 5 tendencias diferentes: a) disminución de la reserva fisiológica; b) pérdida de autonomía funcional; c) deterioro cognitivo; d) presencia de enfermedades crónicas, y e) no se contempla el concepto de fragilidad. En cada enfoque se recogen las expresiones más frecuentes verbalizadas du-

rante la entrevista en respuesta a las 3 cuestiones planteadas: concepto, criterios diagnósticos e instrumentos de medida (tabla 1). Es destacable que para la mayoría de las personas consultadas la fragilidad es un estado multifactorial en el que se otorga distinto peso a los factores biológicos, psicológicos y sociales según el tipo de profesional.

DISCUSIÓN

El análisis de las entrevistas refleja la variabilidad conceptual existente, si bien es importante resaltar la desaparición prácticamente del criterio de la edad como definitorio de fragilidad. Sin embargo, se mantiene su identificación con dependencia, lo que explica que el instrumento de evaluación más común sea el índice de Barthel. En los últimos años, el concepto de fragilidad en el anciano se ha definido utilizando distintos criterios: criterios clínicos (pluripatología, polimedicación, hospitalizaciones frecuentes, caídas de repetición, déficit sensorial, incontinencia urinaria); criterios funcionales (dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria); criterios socioeconómicos (vivir solo, viudez reciente, institucionalización, edad mayor de 80 años, bajos ingresos económicos), y criterios cognoscitivos/afectivos (depresión, deterioro cognitivo). Esta diversidad ha conducido a que en la actualidad exista una gran variabilidad en cómo los profesionales sanitarios tienen integrado el concepto de anciano frágil. Situación que se refleja en los resultados obtenidos de la entrevista realizada a los expertos clínicos de nuestro ámbito.

Coincidimos con Baztán³ en que, a pesar de la frecuente utilización del término *frágil* para calificar a la población anciana y a la exhaustiva literatura médica relativa a este tema, que sin duda ha permitido un mayor acercamiento a este concepto, no existe todavía una definición consensuada y validada de fragilidad. En este sentido, entendemos que:

- La diversidad conceptual impide la comparación entre los diferentes estudios epidemiológicos sobre la fragilidad en las personas mayores, por lo que es necesario llegar a un consenso sobre el significado del término y sobre el marco teórico que mejor se ajuste a la actual realidad social.

- Las distintas propuestas operativas obedecen a modelos conceptuales diferentes, constatándose un distanciamiento entre los enfoques biológicos, que predominan en el marco internacional, y los psicosociales, que siguen vigentes en España.

- Aunque lógicamente con la edad es más frecuente la prevalencia de fragilidad, no puede incluirse este criterio como un factor en la definición de anciano frágil.

- Al tiempo que se profundiza en la conceptualización de la fragilidad sería conveniente validar instrumentos que permitan detectarla e identificar la población susceptible de intervención.

Tabla 1. Opinión de expertos clínicos

Enfoques	Concepto de fragilidad	Criterios diagnósticos	Instrumentos de medida
1. Disminución de la reserva fisiológica Principalmente médicos geriatras	Disminución de la reserva fisiológica que implica un riesgo de desarrollar incapacidad funcional, mental y/o social Estado de debilidad en el que la acción de cualquier agente, endógeno o exógeno, provoca una pérdida de la homeostasis, que a su vez genera una pérdida de autonomía Deterioro fisiológico que dificulta la realización de las AIVD	Factores de riesgo cardiovascular y enfermedades degenerativas Deterioro biológico y su influencia en cómo la persona se desenvuelve en el entorno Disminución de la fuerza, lentitud en los movimientos y alteraciones sensoriales que se producen como consecuencia del envejecimiento biológico	Valoración geriátrica integral Índice de Lawton Escala de Pfeiffer Marcadores biológicos: parámetros musculares y óseos, índice cardíaco, capacidad vital y niveles de parathormona
2. Pérdida de autonomía funcional Fundamentalmente enfermeras del hospital y médicos y enfermeras de atención primaria	Situación que implica una limitación física, que impide las actividades de autocuidado y genera aislamiento Pérdida de autonomía para las AVD, escasos recursos económicos y poco o ningún apoyo social Persona mayor de 75 años que está en riesgo de sufrir una situación de dependencia	Dependencia en las AVD Déficit de autocuidado en los requerimientos básicos (aseo, alimentación, eliminación, etc.) Vivir sólo No disponer de cuidador Bajos recursos económicos Viviendas inadecuadas Edad mayor de 75 años	Valoración de enfermería Índice de Barthel Escala funcional de Cruz Roja Índice de Katz Valoración social Escala FIM (dependencia funcional)
3. Deterioro cognitivo Mayoría de médicos entrevistados de los servicios de geriatría y urgencias	Dificultad para seguir tomando decisiones de manera autónoma respecto a cualquier acontecimiento vital cotidiano	El deterioro cognitivo puede ser un buen predictor de fragilidad Determinados estados emocionales: sentimientos de soledad o dependencia Enfermedades como la demencia o la depresión Falta de recursos, internos o externos, para resolver las situaciones cotidianas (AIVD)	Escala de Pfeiffer Escala mental de Cruz Roja Mini-mental Índice de Lawton
4. Presencia de enfermedades crónicas Médicos y enfermeras de los servicios de urgencias y medicina interna y equipos de atención primaria	Déficit clínico, psicológico-cognitivo e inmunitario que predispone a la enfermedad y a la dependencia Estado en el que cualquier problema de salud puede ocasionar incapacidad o incluso la muerte	La presencia de enfermedad crónica de carácter invalidante, como los problemas respiratorios graves o aquellos que afectan a la movilidad Determinados procesos patológicos como la ICC o la EPOC, indican por sí mismos fragilidad Procesos oncológicos o que ocasionan dolor e inmovilidad Infecciones Sufrir caídas Hospitalización reciente Polifarmacia	Valoración del estilo de vida. Escala SIP (grado de impacto en el estilo de vida) Índice de Lawton Valoración geriátrica integral Valoración de enfermería Escala de Norton
5. No contemplan el concepto de fragilidad	Consideran innecesario establecer esta diferenciación y no manejan el término <i>anciano frágil</i> ni otros similares, mencionando que es lo habitual en su ámbito	No existen criterios definitorios de fragilidad, aunque determinadas patologías, como la ICC y la EPOC, son decisivas para que la situación global de un anciano se deteriore	No consideran útiles las escalas de valoración empleadas en geriatría

AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria; AVD: actividades de la vida diaria; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FIM: *functional independence measure*; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; SIP: *sickness impact profile*.

Agradecimientos

A los 19 profesionales, que amablemente dedicaron su tiempo para darnos su opinión sobre el tema del que trata este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan D, Hummel S, Karunananthan S, et al. Frailty, an Emerging Research and Clinical Paradigm: Issues and Controversies. *J Gerontol A Biol Med Sci*. 2007;62:731-7.
2. Walston J, Hadley E, Ferrucci L, Guralnik J, Newman A, Studenski S, 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.
3. Baztán JJ. Función y fragilidad: ¿qué tenemos que medir? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41(Supl 1):36-42.
4. Cortés Rubio JA, Méndez-Bonito González E, Koutsourais Movills R, Utrilla Moro J, Macías Rodríguez J, Casado Aguado MA, et al. ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria? *Aten Primaria*. 1996;18:327-30.
5. Sepúlveda D, Martín-Peces B, Jiménez Jiménez MP, Urbina J, Ruipérez I. Perfil del anciano frágil en la población rural de Guadalajara. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1995; 30(Supl 1):20.
6. Martín Brun M, Suárez el Villar Acebal, T, Molina Cabañero A. El anciano frágil en la Comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1997; 32(NMI):39-44.
7. Valderrama Gama E, Pérez del Molino Martín J. Prevalencia de anciano frágil o de riesgo en el medio rural. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1998;33:272-6.
8. Peñacoba Maestre D, Franco Vidal A. Perfil de las personas mayores de 75 años que acuden a un centro de salud. *Enferm Comun*. 2005;1:29-34.
9. Ostir GV, Ottenbacher KJ, Markides KS. Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychol Aging*. 2004;19:402-8.
10. Rockwood K, Howlett SE, MacKnight C, Beattie BL, Bergman H, Hebert R, et al. Prevalence, attributes and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian Study Of Health and Aging. *J Gerontol Med Sci*. 2004;59A:1310-7.