



## CARTAS AL EDITOR

**Falta de adherencia en ancianos frágiles a un programa estructurado multicomponente de ejercicio físico*****The lack of adherence to a structured multicomponent program of physical exercise by the frail elderly***

Sr. Editor:

Recientemente Viladrosa et al. han publicado en su revista una interesante revisión que refuerza la importancia de los programas de ejercicio multicomponentes en la prevención de la fragilidad<sup>1</sup>.

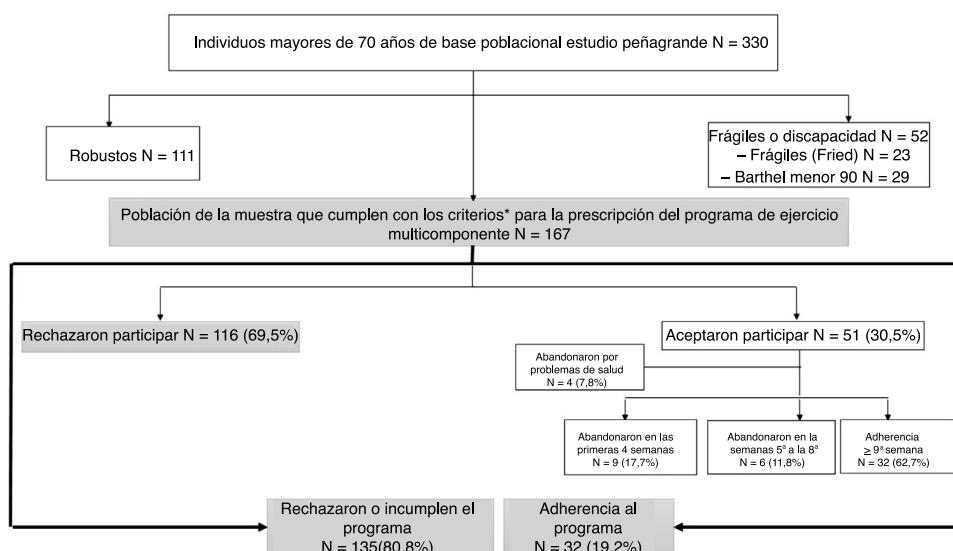
La elevada prevalencia del estado de prefragilidad en la población mayor en España<sup>2</sup> y la evidencia de poder revertir ese estado o de prevenir su evolución al estado de fragilidad<sup>3</sup>, justifica la aparición del «Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor» publicado por el Ministerio de Sanidad<sup>4</sup>, que promueve la detección precoz de la fragilidad en personas mayores, ya incorporada a la Cartera de Servicios de Atención Primaria, y la prescripción del ejercicio físico desde este ámbito.

A pesar de que las intervenciones en ejercicio son actividades altamente coste-efectivas<sup>5</sup>, su puesta en marcha en personas mayores frágiles precisa de una adecuada planificación y de

elevados recursos, y en un momento como el actual, de escasez y sobresaturación del trabajo en atención primaria, es especialmente importante valorar el grado de aceptación a un programa de estas características por parte de la población mayor.

En este contexto, nuestro grupo llevó a cabo un estudio piloto de un programa de ejercicio físico en una población de personas mayores de 70 años susceptibles de prescripción del mismo, para conocer el grado de adherencia. Para ello, se partió de una muestra de base poblacional en el área de influencia del Centro de Salud del Barrio Peñagrande (Distrito Fuencarral, Madrid), donde la prevalencia de prefrágiles era del 63,8%<sup>6</sup>. Los criterios de inclusión se realizaron con base al cribado descrito en el Documento Consenso del Ministerio<sup>6</sup>.

En función de las recomendaciones de diversos autores<sup>4,7,8</sup>, en 2016 se diseñó una intervención piloto de ejercicio físico multicomponente sobre pacientes prefrágiles. El programa consistió en 36 sesiones de 1 h/3 veces por semana/durante 3 meses, para grupos de 30–35 personas. Las cualidades físicas trabajadas fueron flexibilidad, resistencia aeróbica, potencia muscular y equilibrio. Cada sesión consistió en: 10 min de calentamiento, 20 min de caminata en los alrededores del centro de salud (90% terreno llano, 10% de pendiente suave), 20 min de ejercicios isotónicos e isométricos con balones de goma, se finalizaba con 10 min de ejercicios



**Figura 1.** Diagrama de flujo de participación en el programa de ejercicio estructurado multicomponente para individuos prefrágiles en la comunidad.

\* Criterios de inclusión: Mayores de 70 años que son: A) Personas prefrágiles según los criterios de Fried (1 o 2 de los 5 criterios: pérdida de peso > 5%, baja actividad física, lentitud en la marcha, debilidad en la mano dominante y agotamiento), y/o B) Personas independientes (respuesta negativa a las preguntas: ¿Tiene dificultades en caminar 400 m? y ¿Tiene dificultades en subir un piso de las escaleras?) y con desempeño físico limitado (puntuación total en el SPPB < 10) según criterios del documento de consenso sobre prevención de caídas y fragilidad en la persona mayor del Ministerio de Sanidad<sup>4,6</sup>.

de enfriamiento. Las sesiones de ejercicio fueron dirigidas por una fisioterapeuta con el apoyo de una enfermera y médicos residentes en medicina de familia durante el ejercicio aeróbico.

La adherencia se midió según el número de sesiones por semana al que asistieron. Se consideró una adherencia alta ( $> 70\%$  del programa completo) a la participación en  $\geq 25$  sesiones lo que equivale a  $\geq 9$  semanas, un indicador recomendado en otros estudios<sup>9,10</sup>.

De los 330 sujetos de la muestra poblacional de Peñagrande, 167 cumplieron los criterios de inclusión para el estudio piloto (fig. 1). El 52,7% eran mujeres y la edad media 79,7 ( $\pm 5,3$ ) años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas poblaciones en variables demográficas, comorbilidad o en la tasa de supervivencia a los 2 años de la realización del estudio (abril 2018).

Rechazaron participar en el programa 116 individuos (69,5%). No se realizó la evaluación específica de las causas de rechazo.

De los 51 sujetos que aceptaron participar, el 54,9% eran mujeres y su edad media de 78,4 ( $\pm 4,9$ ) años. De esta muestra el 7,8% abandonó debido a problemas de salud intercurrentes. El 29,5% abandonó el programa antes de la 8.<sup>a</sup> semana. La adherencia al programa fue de un 62,7% de los individuos que aceptaron participar.

A pesar de este dato que reflejaría una adherencia aceptable, entre los participantes, nuestros resultados muestran un elevadísimo rechazo a participar o en cumplir con el programa diseñado (80,8% de los pacientes a los que se ofertó el programa) cuando tenemos en cuenta el número total de pacientes con necesidad de prescripción de ejercicio.

Son varios los factores que pueden influir en la adherencia a un programa de ejercicio en adultos mayores: la accesibilidad, el formato del programa ofertado, la actitud del paciente al creer que es demasiado mayor para realizar ese tipo de actividades, sin olvidar el compromiso de los profesionales sanitarios con el buen desarrollo de la intervención<sup>9</sup>.

La baja aceptación de este tipo de programas, resalta la importancia de realizar estudios sobre su factibilidad y eficiencia antes de generalizar su prescripción o incluirlos en la cartera de servicios en atención primaria. En este marco nuestro grupo ha obtenido una ayuda estratégica en salud (AES 2017; Instituto de Salud Carlos III) para continuar con esta línea de investigación.

## Financiación

Este estudio piloto se enmarca en un proyecto parcialmente financiado con ayudas del Instituto de Salud Carlos III (PI09/2143), RETICEF (RD06/0013/1013) y fondos europeos FEDER.

## Bibliografía

1. Viladrosa M, Casanova C, Ghiorghies AC, Jürschika P. El ejercicio físico y su efectividad sobre la condición física en personas mayores frágiles. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52:332-41.
2. Abizanda Soler P. Actualización en fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:106-10.
3. Otero A, Castell MV, Canto de Hoyos M. Cribado de fragilidad en Atención Primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46:239-40.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Documento aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del 11 de junio de 2014. Informes, Estudios e Investigación 2014 Disponible en: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 1 May 2018] Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas>.
5. Fairhall N, Sherrington C, Kurle SE, Lord SR, Lockwood K, Howard K, et al. Economic evaluation of a multifactorial, interdisciplinary intervention versus usual care to reduce frailty in frail older people. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16: 41-8.
6. Rosas Hernández AM, Alejandre Carmona S, Rodríguez Sánchez JE, Castell Alcalá MV, Otero Puime A. Detección de la población mayor susceptible de prescripción de un programa de ejercicios en Atención Primaria para prevenir la fragilidad. *Aten Primaria.* 2018, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.11.005>.
7. Casas Herrero A, Cadore EL, Martínez Velilla N, Izquierdo Redin M. El ejercicio físico en el anciano frágil: una actualización. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50:74-81.
8. Fairhall N, Kurle SE, Sherrington C, Lord SR, Lockwood K, John B, et al. Effectiveness of a multifactorial intervention on preventing development of frailty in pre-frail older people: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMJ Open.* 2015;5:e007091, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007091>.
9. Freiberger E, Kemmler W, Siegrist M, Sieber C. Frailty and exercise interventions: Evidence and barriers for exercise programs. *Z Gerontol Geriatr.* 2016;49:606-11.
10. Hawley-Hague H, Horne M, Skelton DA, Todd C. Review of how we should define (and measure) adherence in studies examining older adults' participation in exercise classes. *BMJ Open.* 2016;6:e011560.

Ana María Rosas Hernández<sup>a,\*</sup>,  
María Victoria Castell Alcalá<sup>b</sup>, Ángel Otero Puime<sup>a</sup>  
y Juan Ignacio González-Montalvo<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, Instituto de Investigación IdiPAZ, Madrid, España

<sup>b</sup> Atención Primaria, Centro de Salud Dr. Castroviyo, Área asistencial Norte Madrid, Unidad de Medicina de Familia, Universidad Autónoma de Madrid, Instituto de Investigación IdiPAZ, Madrid, España

<sup>c</sup> Departamento de Geriatría, Hospital Universitario La Paz, Instituto de Investigación IdiPAZ, Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rosas.ana9031@gmail.com](mailto:rosas.ana9031@gmail.com)  
(A.M. Rosas Hernández).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.10.007>

0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.