

EN ATENCIÓN PRIMARIA, ¿CÓMO IDENTIFICAR FRAGILIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES?

Autor: Dr. Eduardo García S., Residente de Medicina Familiar UC.

Editora: Dra. Isabel Mora M., Docente de Medicina Familiar UC.

Fecha: Marzo 2022.

Portada: La fragilidad es una condición que se asocia a resultados adversos para la salud, por lo que su detección oportuna en personas adultas mayores es relevante ya que permite realizar un plan de intervención individualizado y acorde a las necesidades de estos pacientes. En este artículo revisaremos herramientas diagnósticas prácticas para identificar fragilidad en Atención Primaria.

Palabras clave: Fragilidad, Adultos Mayores, Diagnóstico, APS, Medicina Familiar.

Introducción

Más de 40 definiciones operacionales de fragilidad han sido propuestas en la literatura y el número sigue creciendo constantemente. Una de las definiciones utilizadas para fragilidad es: “un estado clínico en el que hay un aumento en la vulnerabilidad de un individuo a desarrollar eventos negativos relacionados con la salud (incluidas la discapacidad, hospitalizaciones, institucionalizaciones y muerte) cuando se expone a factores estresantes endógenos o exógenos”⁽¹⁾. Los adultos mayores frágiles son menos capaces de tolerar y adaptarse a factores estresantes como enfermedades agudas, intervenciones quirúrgicas o médicas, o traumas que personas más jóvenes o no frágiles⁽²⁾.

La prevalencia de fragilidad aumenta notablemente con la edad. En un estudio publicado el año 2020 con participantes de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 se determinó que en Chile, en adultos mayores de 60 años, la prevalencia de fragilidad es de 10,9% (7,7% para hombres y 14,1% para mujeres)⁽³⁾.

No existe un *gold standard* para detectar fragilidad y se han desarrollado y utilizado múltiples herramientas para su detección. Una revisión exhaustiva del año 2016 de las herramientas de medición de fragilidad más citadas, identificó 67 instrumentos diferentes de fragilidad⁽²⁾.

¿Qué herramientas se pueden aplicar en APS para detectar adultos mayores frágiles?

La Atención Primaria es el medio asistencial idóneo para detectar y manejar la fragilidad⁽⁴⁾. Es importante encontrar unos criterios claros y lo más sencillos posibles para poder detectar fragilidad en la población mayor.

En Chile, una forma recomendada para realizar screening de personas mayores frágiles, mencionada en la Actualización del Manual de Geriatría para Médicos del Ministerio de Salud de Chile (2019), es efectuar una **selección sobre la base de factores de riesgo**, considerando a adultos mayores frágiles a aquellos que posean uno o más de los siguientes criterios:

- Edad avanzada (mayor de 75 años).
- Hospitalización reciente.
- Caídas de repetición, alteración de la movilidad y equilibrio.
- Debilidad muscular y escaso ejercicio.
- Comorbilidad, fundamentalmente si existe enfermedad osteoarticular, sensorial, cardiovascular y mental.
- Deficiente soporte o condicionantes sociales adversos.
- Polifarmacia⁽⁵⁾.

Existen 2 modelos de referencia de fragilidad, que son los más citados comúnmente^(2,4):

- **El modelo físico:** que se basa en el fenotipo de Fried, que evalúa de forma objetiva la pérdida de peso, la debilidad muscular, la baja resistencia o agotamiento, la lentitud de la marcha y el nivel de actividad física bajo⁽⁴⁾. Es la herramienta de detección de fragilidad citada con mayor frecuencia. Requiere la participación del paciente y un equipo especializado para medir la fuerza de agarre (dinamómetro) y la velocidad al caminar. Define el fenotipo de fragilidad si cumple con 3 o más de los 5 criterios^(2,4). Su factibilidad de aplicación sistemática es menor en comparación a otras herramientas⁽⁶⁾.
- **El modelo acumulativo de déficits o multidimensional** (índice de fragilidad): que se basa en déficits en diferentes dominios (clínico-físico, funcional, mental y social). Requiere responder 20 o más preguntas médicas y relacionadas con funciones. Cuanto mayor sea el número de déficits, mayor es la puntuación de fragilidad^(2,4). Esta herramienta no se puede utilizar con fines de detección porque se basa en los resultados de una evaluación geriátrica integral por lo que se aplicaría en una etapa posterior⁽¹⁾.

Los pacientes se pueden beneficiar del uso de herramientas de evaluación de fragilidad más rápidas como la **escala FRAIL**⁽²⁾, derivada del fenotipo de fragilidad, pero que incluye una variable de complejidad clínica, es decir la multimorbilidad y supera una de las limitaciones del modelo propuesto por Fried, que es su viabilidad en la atención ambulatoria diaria. Identifica como **frágiles** a aquellos individuos con 3 o más respuestas positivas, como **predisponentes a fragilidad** si presentan 1 o 2 respuestas positivas, y **robustos** a aquellos sin respuestas positivas a las siguientes preguntas:

- Fatiga: ¿Está cansado?
- Resistencia: ¿No puede subir un piso de las escaleras?
- (Ambulation) Deambulación: ¿No puede caminar una cuadra?
- (Illnesses) Enfermedades: ¿Tiene más de 5 enfermedades?
- (Loss of weight) Pérdida de peso: ¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?⁽¹⁾

En un estudio publicado el año 2020 realizado en el sur de Tailandia, donde participaron 214 adultos mayores de 60 años que vivían en la comunidad, la aplicación de esta escala presentó una sensibilidad de 88% y especificidad del 85,71% para el diagnóstico de fragilidad. Este hallazgo sugirió que la escala FRAIL es una prueba apropiada de screening de fragilidad en la comunidad al poseer una mayor sensibilidad en comparación con los criterios del fenotipo de Fried, como estándar de referencia⁽⁷⁾.

Otra herramienta recomendada es el **cuestionario de Lawton-Brody** que evalúa las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Consta de 8 ítems cuya puntuación de 0 (máxima dependencia) a 8 (independencia total). Influyen en las respuestas de su aplicación los hábitos de vida, culturales, nivel de educación y entorno, por ejemplo, en varones ancianos hay algunas actividades como las tareas del hogar que no son habitualmente realizadas por ellos, por lo que la aplicación en estos casos está limitada a la evaluación de solo 5 actividades y la puntuación sería de 0 a 5⁽⁵⁾. Con un corte ≤ 3, para identificar fragilidad en adultos mayores, presenta una sensibilidad de 86% (74-94%) y una especificidad de 93% (89-95%)⁽⁴⁾.

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2020), para la detección inicial de fragilidad recomienda las **pruebas de ejecución, “levántese y ande” (test timed up and go o TUG), la velocidad de la marcha y la Short Physical Performance Battery (SPPB)**⁽⁴⁾. Estas pruebas tienen una buena concordancia con otros métodos, son sencillas y son factibles de implementar en Atención Primaria. Probablemente son el mejor método para detectar fragilidad en la práctica clínica diaria⁽⁸⁾. El Ministerio de Salud de Chile indica que las pruebas más empleadas son el TUG y el de velocidad de marcha⁽⁵⁾.

La tabla 1, a continuación, resumen las pruebas de ejecución con su descripción, criterios para diagnosticar fragilidad y su sensibilidad y especificidad.

Tabla 1: Pruebas de ejecución para detectar fragilidad en adultos mayores^(5,6,8,9,10).

Prueba/Test	Corte Diagnóstico Fragilidad*	Sensibilidad	Especificidad
Timed up and go (TUG): Se le solicita al paciente que se levante de una silla con reposabrazos, camine 3 metros, gire sobre si mismo, camine 3 metros (dirección contraria a la inicial después de girar) y vuelva a sentarse en la silla. Se debe cronometrar el tiempo.	> 10 segundos	93% (82-98%)	62% (56-68%)
Velocidad de la marcha: Se le solicita al paciente que camine 5 metros a un ritmo normal. Se debe cronometrar el tiempo y calcular en metros por segundo (m/s).	< 1 m/s < 0,9 m/s < 0,8 m/s < 0,7 m/s	100% 99% (92-199%) 93% (82-98%)	56% 64% (58-70%) 77% (71-78%)
Short Physical Performance Battery (SPPB): Consiste en la realización de 3 pruebas, en el siguiente orden: <ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio (en 3 posiciones: pies juntos, semi-tándem y tandem), • Velocidad de la marcha (sobre 2 o 4 metros), y • Levantarse y sentarse en una silla 5 veces (fig. 3). Se debe respetar la secuencia de las pruebas para su correcta ejecución. La puntuación total del SPPB es el resultado de la suma de los 3 subtest y oscila entre 0 (peor) y 12.	≤ 10 puntos ≤ 9 puntos ≤ 8 puntos ≤ 7 puntos ≤ 6 puntos	93,2% 87,8% 79,7% 60,8% 43,2%	39,9% 59,9% 73,8% 85,7% 92,5%

*Se marca en letra negrita el punto de corte para detectar fragilidad.

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias citadas.

Resumen

- La fragilidad en adultos mayores es un estado clínico en el que existe un aumento en la vulnerabilidad a desarrollar eventos negativos relacionados con la salud cuando se exponen a factores estresantes.
- No existe un gold standard para diagnosticar fragilidad y se han desarrollado y utilizado múltiples herramientas para su detección, recomendándose algunos instrumentos para ser aplicados en la práctica clínica diaria en Atención Primaria, que se considera el medio asistencial idóneo para detectar y manejar la fragilidad en adultos mayores.
- Algunas herramientas diagnósticas recomendadas que se pueden aplicar en Atención Primaria son:
 - o Realizar una selección de factores de riesgo (edad avanzada, polifarmacia, hospitalización, etc), recomendada por el Ministerio de Salud de Chile.

- o Escala FRAIL.
 - o Cuestionario de Lawton-Brody (actividades instrumentales de la vida diaria).
 - o Pruebas de ejecución: test timed up and go, velocidad de la marcha o short physical performance battery (SPPB).
- La evidencia menciona que estas herramientas son sencillas y factibles de implementar en Atención Primaria y, probablemente, son el mejor método para detectar fragilidad en la práctica clínica diaria.
- Es importante en Atención Primaria seleccionar una herramienta diagnóstica para identificar fragilidad que sea adecuada para nuestros pacientes y entorno clínico.
- La detección oportuna de esta condición es relevante, ya que permite realizar un plan de intervención individualizado y acorde a las necesidades de los adultos mayores.

Referencias

- (1) Cesari M, Calvani M, Marzetti E. Frailty in Older Persons. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2017 Aug [cited 2022 Mar 11]; 33(3): 293-303. Available from: [https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(17\)30011-3/fulltext](https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(17)30011-3/fulltext)
- (2) Walston, JD. Frailty. *UpToDate* [Internet]. 2021 Nov [cited 2022 Mar 11]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/frailty?search=frailty&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- (3) Troncoso C, Concha Y, Leiva A, et al. Prevalencia de fragilidad en personas mayores de Chile: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2020 Oct [cited 2022 Mar 11]; 148(10): 1418-1426. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020001001418&lang=pt#aff1
- (4) Gorroñogoitia A, López-Torres J, Martín I, et al. Actualización PAPPS Gdt Mayor 2020. Atención Primaria [Internet]. 2020 Nov [cited 2022 Mar 11]; 52(S2): 114-124. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actualizacion-papps-gdt-mayor-2020-S0212656720302857>
- (5) Caballero JC, Navarrete G, Crispi F, et al. Actualización Manual de Geriatría para Médicos 2019 [Internet]. Chile; 2019. Chapter 1.1, Valoración Geriátrica Integral; [cited 2022 Mar 11]; p. 13-29. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf
- (6) De Hoyos M, Gorroñogoitia A, Martín I, et al. Actividades preventivas en los mayores. Actualización PAPPS 2018. Atención Primaria [Internet]. 2018 May [cited 2022 Mar 11]; 50(S1): 109-124. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actividades-preventivas-los-mayores-actualizacion-S0212656718303652>
- (7) Sukkriang N, Punyawad C. Comparison of geriatric assessment tools for frailty among community elderly. *Heliyon* [Internet]. 2020 Sep [cited 2022 Mar 11]; 6(9): e04797 1-7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844020316406>
- (8) Gomez J, Alcaraz C, Cristoffori G, et al. Concepto de fragilidad: detección y tratamiento. Tipología del paciente anciano. Valoración geriátrica integral y criterios de calidad asistencial. *Medicine* [Internet]. 2018 Sep [cited 2022 Mar 11]; 12(62): 3627-3636. Available from: <https://www.medicineonline.es/es-concepto-fragilidad-deteccion-tratamiento-tipologia-articulo-S0304541218302002>
- (9) Perracini M, Mello M, Máximo R, et al. Diagnostic Accuracy of the Short Physical Performance Battery for Detecting Frailty in Older People. *Phys Ther* [Internet]. 2020 Jan [cited 2022 Mar 11]; 100(1): 90-98. Available from: <https://academic.oup.com/ptj/article-abstract/100/1/90/5586703?redirectedFrom=fulltext&igin=false>
- (10) Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, et al. Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of frailty screening tools. *JBI Database System Rev*

Implement Rep [Internet]. 2017 Apr [cited 2022 Mar 11]; 15(4): 1154-1208. Available from: https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2017/04000/Predicting_risk_and_outcomes_for_frail_older.18.aspx