

Un acercamiento clínico-epidemiológico a la fragilidad en adultos mayores

A clinical–epidemiological approach to fragility in elder people

Dr. Raidel González Rodríguez,^I MSc. Judit Martínez Abreu^{II}

^I Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorg. Pinar del Río, Cuba.

^{II} Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

Estimada Directora

Entre los programas priorizados del Sistema Nacional de Salud cubano se encuentra el de la Atención Integral al Adulto Mayor, quien concibe la realización del diagnóstico de fragilidad como parte del proceso de evaluación integral al anciano desde el nivel primario de atención. No cabe duda que su estudio constituye un tema de relevante importancia si se considera que Cuba cuenta con una población muy envejecida. Diversas han sido las investigaciones sobre adultos mayores (AM) publicadas en la Revista Médica Electrónica de Matanzas,^{1,2} tema de elevada trascendencia en los momentos actuales donde se acrecienta el envejecimiento poblacional y el estado de fragilidad.

El estado de fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por disminución de la resistencia y reservas fisiológicas de los AM ante situaciones estresantes a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo a sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, morbilidad, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.³

Una investigación realizada por Lluís Ramos GE,⁴ en 856 AM destacó elevada prevalencia de ancianos frágiles con comorbilidades asociadas, polifarmacia, alteraciones de las pruebas de flexibilidad y movilidad, estado nutricional bajo peso, deterioro cognitivo, estado depresivo severo, discapacidad, caídas, mala auto percepción de salud y apoyo familiar restringido a crisis.

Atendiendo dichos elementos, en todos los escenarios de la Atención Primaria de Salud (APS) se atienden los AM, evaluándose su estado funcional a través del Examen Periódico de Salud (EPS). En los últimos años ha crecido el interés por los estudios sobre fragilidad en ancianos y su asociación con distintos factores de riesgo como: cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades, enfermedades agudas o crónicas,

estilos de vida inadecuados, inactividad, inmovilidad, déficit nutricional y multiplicidad de factores socioeconómicos negativos.

A pesar de numerosas investigaciones relacionadas con los temas envejecimiento y fragilidad, existen múltiples acciones y tareas a desarrollar en mejora de su calidad de vida como: desarrollar estrategias educativas sobre fragilidad, ejecutar actividades de promoción de salud y prevención de riesgos en el AM frágil, modificar estilos de vida poco saludables en dicha población, fortalecer el funcionamiento de los clubes de abuelos, así como lograr mayor participación comunitaria e intersectorial en estos procesos.

Diversos factores se han estudiado como posibles riesgos para la fragilidad en estos pacientes, destacándose los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, las alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades, enfermedades agudas o crónicas, estilos de vida inadecuados, factores sociales y económicos inapropiados, inactividad, inmovilidad y déficit nutricionales.⁵

En las instituciones de salud cubanas existe un incesante trabajo científico sobre fragilidad en el AM, donde la identificación de ancianos frágiles y con riesgos de declinación funcional constituye parte esencial de la evaluación geriátrica por sus especialistas en Medicina General Integral (MGI).

Directora, un análisis de los aspectos clínicos-epidemiológicos en AM frágiles se sintetiza en la presente carta al editor para ser compartida con la comunidad científica:

Prevalencia de la fragilidad en edades superior a 70 años, así como el sexo femenino.

Las personas con 70 y más años de edad sufren con mayor magnitud los cambios que impone el proceso de envejecimiento normal. Es la edad donde se acrecienta la declinación de las actividades somáticas, funcionales y mentales. En cuanto a su representación en la población femenina está dado por los potentes impactos negativos del proceso de senectud en mujeres respecto a hombres. El dimorfismo del sistema inmune, responsabilidad en parte de los sexosteroides, hacen a las mujeres más susceptibles a los procesos inflamatorios crónicos, así como a la pérdida de la masa muscular, situaciones que asociadas a la baja actividad física y pobre ingestión de calorías, las hacen más vulnerables al síndrome de fragilidad.

Tendencia al empleo de una dieta monótona y poco variada en el AM frágil.

La variedad de la dieta es un factor que sin dudas posee alta influencia en la salud en el AM frágil. A medida que se envejece, se hace necesario el consumo de una dieta variada que pueda suplir al organismo de los nutrientes necesarios para mantener un estado de salud más favorable y evitar con ello la aparición de factores que puedan adelantar el proceso de fragilidad en edades avanzadas. Las limitaciones físicas, así como el envejecimiento morfofuncional en AM evidencian una tendencia al empleo de dietas rápidas, sencillas y cómodas para sus características personales, carentes de los requerimientos necesarios.

Impacto del estado socioeconómico irregular o negativo en el AM frágil.

Los ingresos económicos y la satisfacción de las necesidades básicas son fundamentales en la óptima calidad de vida para el AM frágil. Cuando estos elementos no son concebidos de forma regular, propicia obstáculos en las

actividades y tareas que garantizan salud, bienestar, funcionamiento y satisfacción. El adecuado estado socioeconómico para garantizar la alimentación, vestuario, medicamentos, recreación y servicios, amortigua los efectos negativos de la fragilidad en el proceso de envejecimiento. La exposición a condiciones socioeconómicas deficientes, contribuye a una elevada carga de factores de riesgo durante el ciclo vital de vida favoreciendo la presencia de mayor número de enfermedades crónicas al final de esta.

Escasa actividad física en AM frágil.

La actividad física constituye un indicador de salud. La reducción del repertorio motor, junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan descoordinación motriz. La inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad. El ejercicio físico, practicado de manera apropiada, es la mejor herramienta disponible hoy día para retrasar y prevenir las consecuencias del envejecimiento así como para fomentar la salud y el bienestar de la persona. De manera directa y específica, el ejercicio físico mantiene y mejora la función muscular esquelética, osteoarticular, cardiocirculatoria, respiratoria, endocrino, metabólica, inmunológica y psiconeurológica.

Presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el AM frágil.

La existencia de comorbilidades puede precipitar la fragilidad en AM al movilizar las capacidades de reservas del organismo con la posibilidad subsiguiente del agotamiento de las reservas fisiológicas. Las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes (Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Asma bronquial y Cardiopatía isquémica) constituyen marcadores mayores del estado de fragilidad, ya que se deriva la presencia de polifarmacia, alteraciones en las pruebas de flexibilidad y movilidad, deficiencia nutricional, depresión, caídas y mala auto percepción de salud.

Elevada incidencia de polifarmacia en el AM frágil.

El AM consume 2 ó 3 veces más medicamentos que el promedio de la población en general. La utilización inadecuada e irracional de los fármacos implica una serie de consideraciones diferentes a tener en cuenta porque, puede ocurrir una respuesta farmacológica distinta o inesperada. Esto implica que debe actuarse con precaución a la hora de prescribir, utilizar o administrar los fármacos, procesos en los cuales participan el propio paciente, sus familiares y los miembros del equipo de salud. Las prescripciones auto indicadas o sugeridas por familiares con sobredosis.

Directora, no cabe duda que el desarrollo de la vida, la capacidad funcional y la longevidad deben ir acompañados de una adecuada salud, pues sin esta condición hay, a medida que se envejece, una alta probabilidad de acercarse a la dependencia por una limitación no controlada que lleve a la discapacidad en cualquier orden.

Es importante destacar que las mejoras en la atención al anciano frágil en Pinar del Río a través de los servicios básicos han producido un cambio en la tipología del AM con una disminución de la prevalencia de discapacidad y una necesidad de permanecer jóvenes hasta edades muy avanzadas, así como cambios en estilos de vida más saludables.

La prevención primaria de la discapacidad desarrollada por profesionales de la salud desde el Policlínico universitario "Pedro Borrás Astorga" de la ciudad Pinar del Río,

constituye prioridad que debe abordarse desde la identificación de sujetos en riesgo o en estadios precoces de la misma para lograr, a través de una estrategia de intervención desde la APS, impedirla, demorarla o rehabilitarla, logrando con ello un AM más independiente y funcional.

En dicha área de salud se afianza la atención integral al AM frágil a través de: actividades educativas desarrolladas por profesionales y estudiantes de Medicina, visitas sistemáticas al hogar y comunidad de dichos pacientes, estrategias culturales y deportivas con énfasis en AM, así como mejoras en las tareas de los círculos que agrupan dicha población.

Con la evolución geriátrica exhaustiva se define la misión sanitaria fundamental de las instituciones del nivel primario de atención, en conjunto con los elementos biomédicos, psicoafectivos y sociales que rodean a los AM frágiles, contribuyendo con ello a dirigir políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de este importante sector poblacional, tan demandante de atención integral e intersectorial en el logro de una mayor salud con menos fragilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Blanco Mederos F. Consideraciones actuales sobre la Estomatología Geriátrica y su importancia para una longevidad saludable. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017 [citado 10 Ene 2018];39(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1761>
- 2- García Rosique R, Guisado Zamora K, Torres Triana A. Maltrato intrafamiliar hacia el adulto mayor en el Policlínico Reynold García de Versalles. Rev Méd Electrón [Internet]. 2016 [citado 10 Ene 2018];38(6). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1763>
- 3- Lluís Ramos GE. Prevalencia de la fragilidad en adultos mayores del municipio La Lisa. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2016 Mar [citado 10 Ene 2018];45(1):21-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572016000100003&lng=es
- 4- Lluís Ramos GE. Fragilidad y asociaciones de riesgo en adultos mayores de una comunidad urbana. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2013 Sep [citado 10 Ene 2018];42(3):368-376. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000300003&lng=es
- 5- Bahr Valcárcel P, Campos Leyva Y. Asociación entre la fragilidad del anciano y la variedad de la dieta que consume. CCM [Internet]. 2014 Mar [citado 10 Ene 2018];18(1):55-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100008&lng=es

Recibido: 10/5/17
Aprobado: 13/6/18

Raidel González Rodríguez. Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". Máximo Gómez 132 entre Colón y Avenida Rafael Ferro. Pinar del Río, Cuba. Correo electrónico: raidelgonzalez@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

González Rodríguez R, Martínez Abreu J. Un acercamiento clínico-epidemiológico a la fragilidad en adultos mayores. Policlínico Héroes del Moncada. Municipio Cárdenas, 2015. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Jul-Ago [citado: fecha de acceso]; 40(4). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2349/3990>