

Fragilidad en el Adulto Mayor y Valoración Geriátrica Integral

Pedro Paulo Marín L.
Centro Geriátrica y Gerontología,
Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Católica de Chile

Las especiales características del paciente adulto mayor de sesenta años (AM), en el que confluyen, por un lado, los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico, con un declinar paulatino de la funcionalidad de los órganos y sistemas, disminución de la reserva funcional y alteración a precario de la homeostasia del organismo, aumentando su vulnerabilidad ante situaciones de estrés o enfermedad y la especial forma de presentación de la enfermedad en este grupo etario, hacen necesaria una sustancial modificación de los modelos de valoración clínica o biológica utilizados tradicionalmente, sin distinción de edad. Al equipo de salud y sobre todo al médico se le suman a los problemas habituales de la esfera biomédica, los aspectos cognitivo, emocional, funcional y social que deben ser identificados y evaluados en forma conjunta para conseguir una visión integral del AM y toda su problemática.

El grupo de AM representa un segmento singular de la población chilena, ya que, como ya ocurre en otros países, tienen sus propias características y problemas médico-sociales, por lo que representan un desafío en el diseño e implementación de servicios o programas eficaces destinados a ellos. Esta situación demográfica nueva y actual, no vivida previamente en nuestro país, está ocurriendo más rápidamente de lo presupuestado y, además, los cambios de la población se están desarrollando a pesar de que todavía somos un país pobre. En contraste, los países europeos y EE.UU. vieron envejecer su población siendo ya países más desarrollados y ricos, y fueron capaces de implementar programas para la población adulta mayor (PAM) a tiempo. Hemos observado que no siempre esos proyectos y experiencias pueden ser aplicados o traspassados a nuestros países latinoamericanos, porque no cuentan aún con el desarrollo económico y social suficiente.

Sabemos que en Chile la PAM concentra un porcentaje importante del total de personas que viven en condiciones de pobreza, los que sienten soledad, los que presentan limitaciones funcionales, los que han perdido su autonomía física o en la toma de decisiones, los que no participan ni tienen actividades productivas, los con menor nivel de escolaridad y otras condiciones que los limitan en su desarrollo, pero también hay que destacar que muchos AM participan activamente en la comunidad y no presentan grandes problemas, ya que han sido capaces de adaptarse a los nuevos tiempos.

Hay que recalcar, además, la gran falta de recurso profesional capacitado en Gerontología, que limita la implementación eficaz de los posibles programas; esto representa un gran desafío para nuestras universidades y para los programas municipales y del gobierno central.

Internacionalmente, se recomienda que para ser exitosos en el mediano plazo debemos ser capaces de incorporar a la PAM activamente a través de la educación de los mismos AM para que sean agentes activos en el cambio destinado a brindar una mejor calidad de vida o, como se ha difundido, "agregar vida a los años". Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propician que todos los gobiernos de los países impulsen una fuerte campaña nacional de promoción y previsión en salud, pero también destinada a lograr un envejecimiento que tenga principalmente las siguientes características: participativo, saludable, productivo y activo. Para ello debemos incrementar, por un lado, la educación masiva de toda la población nacional en el amplio tema gerontológico y lograr capacitar a la PAM y, por otro lado, a los miembros de los equipos de salud que los atienden, tanto en la comunidad como intrahospitalariamente, en los conceptos y tratamientos modernos de la Geriátrica.

Actualmente se recomienda que para ser exitosos en

E-mail: pppmarin@med.puc.cl

los Programas de Salud destinados a los adultos mayores y, sobre todo, en el manejo local en la comunidad donde viven, debemos desarrollar estrategias integrales que abarquen la compleja situación que los AM presentan. Se ha demostrado que la edad por sí sola no es el factor más determinante para ello ni tampoco el número de patologías/enfermedades que presentan. Para ser costo-efectivo en los programas se debe focalizar los recursos sociosanitarios disponibles en aquel grupo de AM que están *en riesgo o son ya frágiles*. Es en este grupo donde debemos intervenir prontamente con los recursos locales para prevenir y tratarlos antes que se transformen en dependientes y requieran aun mayores costos en sus cuidados integrales si llegan a transformarse en discapacitados o postrados.

CONCEPTO DE FRAGILIDAD

Por lo anterior, es muy importante conocer el concepto de fragilidad (frailty) en el anciano. La definición de fragilidad en el anciano no está bien consensuada, utilizando variados conceptos para concretarla, según los autores. De una forma u otra, la fragilidad resulta de la disminución de la capacidad de reserva que lleva a la discapacidad y precipita la institucionalización o muerte. Se sabe que el AM presenta habitualmente una mayor vulnerabilidad al medio interno y/o externo que es producida en gran parte por la pérdida normal de la reserva fisiológica con el paso de los años. El organismo presenta, además, una menor capacidad en la homeostasia fisiológica que un sujeto más joven. Por ejemplo, se reduce su fuerza muscular, las horas de sueño, la capacidad de regular la temperatura corporal, la capacidad de ingerir líquidos en caso de deshidratación, etc. Un AM puede llegar a estar frágil por sólo una causa médica, pero también puede sufrirla y no necesariamente debe estar presente alguna enfermedad médica aguda, sino que puede ser secundario a factores sociales (soledad, pobreza, tipo de vivienda, educación, etc.) o por razones farmacológicas (dosis y tipos de fármacos que usan) y psicológicas. También es frecuente observar que se puede estar frágil con pequeñas sumas de factores o agresiones del ambiente médico-social, ya sea del medio interno o externo.

Los principales factores de riesgo de fragilidad serían un compendio de los problemas derivados de:

- El envejecimiento biológico. Alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades (sensoriales, musculares, equilibrio, etc.)
- Enfermedades agudas o crónicas reagudizadas (conocidas o no)

- Factores de riesgo en cuanto a abusos (estilos de vida, factores sociales y económicos)
- Factores de riesgo en cuanto a desuso (inactividad, inmovilidad, déficit nutricional)

A continuación citaremos algunos ejemplos de los factores aceptados por la mayoría de los autores como determinantes de fragilidad en el AM:

1. Mayor de 75 años (u 80 años)
2. Pluripatologías
3. Polifarmacia
4. Problemas cognitivos o afectivos
5. Reingreso hospitalario frecuente o reciente
6. Patología crónica invalidante
7. Sin soporte/apoyo social adecuado
8. Problemas en la deambulaci3n (caídas frecuentes, susto a caerse)
9. Pobreza

Este conocimiento de la fragilidad, en general, debe complementarse con el concepto de *impedimento inestable* (unstable disability), ya que ambos pueden coexistir en un adulto mayor. A continuación definiremos brevemente estos conceptos:

- *Impedimento* es la pérdida de la funci3n
- *Fragilidad* es entendida como una inestabilidad y/o riesgo de pérdida de funci3n.

El *impedimento* (disability) en personas jóvenes suele producirse por una sola causa médica catastrófica (p. ej., accidente vascular encefálico, amputaci3n, fractura de cadera, etc.) que ocurre en un sujeto robusto, previamente sano, sin el deterioro normal del envejecimiento y que generalmente al recuperarse o estabilizarse presenta muy poca variaci3n en la funci3n con el transcurso del tiempo. En estos casos la discapacidad permanece estable, ya que el resto del organismo está fisiológicamente sano y es capaz nuevamente de adaptarse eficientemente.

• *Impedimento inestable* ocurre principalmente en el AM. Se denomina así cuando la funci3n fluctúa ampliamente con eventos menores, como fármacos, infecci3n, síndrome febril, deshidrataci3n, cambio en el medio ambiente/vivienda o sociofamiliar, etc. En general, estos casos se producen cuando ya existe un deterioro fisiológico y que muchas veces va asociado con múltiples enfermedades crónicas no transmisibles que lo limitan, pero en general no lo matan. Ese AM se ve enfrentado a pequeños cambios o agresiones internas y/o externas que le comprometen la independencia en las actividades del diario vivir. Al corregirse estas alteraciones vuelve a la normalidad habitual, pero si se

vuelven a presentar algunos de esos factores el AM nuevamente se transforma en impedido (limitado); estas fluctuaciones pueden ser en horas o en días/semanas; por eso se denomina impedimento inestable, ya que la limitación es variable o inestable (puede entrar o salir de esa condición).

Al comprender estos conceptos, entendemos por qué la fragilidad en un adulto mayor es la raíz que causa el *impedimento* (limitación) *inestable*. Los médicos, junto con los otros miembros del equipo de salud, debemos prevenir con estrategias educativas destinadas a la población general y específicamente a los AM, pero también en la práctica clínica diaria con ese paciente AM en particular, para que con el manejo médico y rehabilitación apropiada detengamos el paso de la cascada: deterioro al impedimento y de ahí a la discapacidad y/o muerte.

A continuación definiremos estos conceptos:

- **DETERIORO** afecta a un órgano/sistema
- **IMPEDIMENTO** afecta a una función orgánica y que finalmente puede producir una agresión al organismo que lo hace claudicar
- **DISCAPACIDAD** afecta a todo el organismo y a la sociedad.

Sabemos que los AM son los nuevos usuarios del sistema de salud, pero a su vez son discriminados, porque no se les ofrecen los servicios necesarios ni el personal de salud capacitado para atenderlos en la forma moderna. Por ello, a continuación revisaremos brevemente lo que aporta la Geriatria.

GERIATRIA Y VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

La *Geriatria* es una subespecialidad de la Medicina Interna, que ha sido desarrollada e impulsada desde el Reino Unido (UK) después de la Segunda Guerra Mundial y actualmente todos los hospitales generales cuentan con una Unidad de Geriatria donde se ofrece un abanico de servicios destinados a la población adulta mayor como a sus familiares o cuidadores. Por el buen impacto general obtenido con los años, sus principios y prácticas fueron replicados con éxito también en otros países europeos, como también en Canadá y EE.UU. La Geriatria está muy poco desarrollada en los países latinoamericanos, y muchos de los médicos dedicados a la atención de los AM no tienen una base sólida en la Medicina Interna (tres años) ni tampoco una formación de posgrado estructurada y bien calificada.

La Geriatria se preocupa de prevenir-tratar-rehabilitar las enfermedades que afectan a las personas mayores, como también lograr una buena reinserción social de ellas en la comunidad. El médico geriatra efectúa al AM una valoración multidimensional integral, y para ser exitoso con su plan terapéutico se recomienda trabajar con un equipo multiprofesional en el área de la salud.

Valoración Geriátrica Integral (VGI) se ha llamado la nueva tecnología y es la herramienta esencial que aporta la Geriatria a la medicina moderna desde la década de los 90. La VGI es un proceso diagnóstico multidisciplinario, e idealmente transdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, sociales y psíquicos que pueda presentar el anciano, con objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de los recursos necesarios para afrontarlos. Esta herramienta o metodología es practicada por el médico que usando *Escalas de Valoración* validadas internacionalmente logra en ese AM obtener una visión integral, ya que evalúa los aspectos medico-sociales más relevantes; además es dinámica, ya que permite evaluar y observar los cambios del AM en el tiempo de seguimiento. Por otro lado, sólo la VGI bien realizada permite pesquisar y seleccionar a los AM frágiles que viven en la comunidad o aquellos que se encuentran hospitalizados. La VGI efectúa una caracterización actualizada en cuatro componentes básicos: clínica, mental, funcional, social. Con dicha información objetiva valora los déficit y las necesidades actuales de ese sujeto en cuestión y prepara un plan de tratamiento integral que incluye al cuidador.

Algunos de los beneficios demostrados en los estudios que emplean el metaanálisis de la Valoración Geriátrica Integral son:

- Mayor precisión diagnóstica
- Reducción de la mortalidad
- Mejoría del estado funcional
- Utilización correcta de los recursos
- Disminución de la institucionalización
- Disminución de la estadía hospitalaria

La VGI es el mejor instrumento que disponemos tanto a nivel hospitalario como en atención primaria de salud para la correcta atención geriátrica. La VGI no es un fin en sí misma, sino un método validado en diferentes poblaciones de AM y en distintos países que posibilita el diseño de un plan de cuidados integral e individualizado, sobre todo en los AM más frágiles. Se ha demostrado que este grupo concentra a la PAM más vulnerable y, a su vez, los más agradecidos de los pro-

gramas de intervención sociosanitaria. Está demostrado que es posible revertir muchas veces los problemas que están afectándolos o desarrollando la fragilidad que sabemos que si continúan presentes serán el primer paso del impedimento (limitación). Además, al practicar la VGI se alivia y se capacita a los familiares y/o al cuidador responsable. Hay numerosas experiencias publicadas que demuestran que es costo-efectiva y que mejora la calidad de vida de los adultos mayores. La VGI facilita también la adecuada utilización de los diferentes niveles asistenciales y brinda una mayor eficiencia en la administración de los recursos que demanda una población cada vez más envejecida.

Para una correcta VGI, aparte de utilizar los métodos clásicos, como la historia clínica y exploración física, como instrumentos más específicos se usan las *escalas de valoración* que facilitan la detección de problemas y su evaluación evolutiva, incrementan la objetividad y reproductividad de la valoración y ayudan a la comunicación-entendimiento entre los diferentes profesionales que atienden al paciente. Las escalas hay que aplicarlas con criterio y en el contexto adecuado, sin caer en la tentación de excedernos en el número a aplicar ni en la excesiva repetición de las mismas.

Datos a recoger en toda Valoración Geriátrica Integral:

- Biomédicos, diagnósticos actuales y pasados
- Farmacológicos, datos nutricionales
- Psicológicos, cognitivos y emocionales
- Funcionales, básicos e instrumentales de la vida diaria
- Sociales, capacidad social y sistemas de apoyo.

Cuando nos dispongamos a efectuar la parte correspondiente a evaluación clínica de una VGI, se debe tener en cuenta por el equipo de salud la especial forma de presentación de la enfermedad en el paciente AM, que se caracteriza por:

- Pluripatología
- Presentación atípica, sintomatología larvada
- Frecuentes complicaciones clínicas
- Tendencia a la cronicidad e incapacidad
- Presentación frecuente como pérdida de la capacidad funcional
- Aumento del consumo de fármacos
- Mayor dificultad diagnóstica
- Frecuente tendencia a la gravedad y muerte.

A continuación citaremos, a modo de ejemplo, algunas formas de presentación atípicas de enfermedades comunes en el AM:

- Infarto del miocardio: muchas veces indoloro, donde prevalece la disnea o el síncope como forma de presentación
- Insuficiencia cardíaca: hay menos disnea, probablemente por inmovilidad, muchas veces se presenta como síndrome confusional, anorexia y astenia
- Abdomen agudo por apendicitis o perforación o isquemia, sin dolor e incluso con un abdomen blando al examen
- Infecciones sin fiebre ni leucocitosis al laboratorio, presencia de confusión
- Neumonías, sin tos ni expectoración ni fiebre, a veces únicamente taquipnea
- Diabetes mellitus sin la tríada clásica ni cetoacidosis.

Sabemos que la planificación de la atención sociosanitaria a la ancianidad debe empezar desde la edad adulta, y antes aun, puesto que gran parte de las circunstancias que conducen a enfermedades capaces de provocar pérdida de la autonomía personal pueden ser prevenidas en una parte muy importante, especialmente a través de la adopción de estilos de vida saludables. La educación sanitaria y la prevención de accidentes, así como los exámenes de salud en una atención integral al anciano, serán capaces de optimizar el empleo de los recursos que la sociedad dedica a aquellos que no pueden ser atendidos por completo y dentro de su ambiente familiar. La difusión del concepto de fragilidad y el conocimiento del aporte de la Valoración Geriátrica Integral son muy importantes si nuestras sociedades pretenden abarcar exitosamente el desafío que presenta el adulto mayor y sus cuidados.

Los fines de la Geriátrica son lograr que todo anciano tenga una evaluación médica integral y un tratamiento apropiado/adecuado, y no es sólo alargar la vida, sino lograr que los adultos mayores tengan una vida útil y feliz.