




Manejo integral de anciano con Síndrome de Fragilidad
Integral management of elderly with Frailty Syndrome

Joalberto Delgado Prieto ¹ , Elisbeth Pérez Montes de Oca ² , Frank Romero Reinaldo ³ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de las FAR. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón". La Habana, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". Hospital "General Calixto García". La Habana, Cuba.

Recibido: 23/2/2024
Aceptado: 09/12/2024
Publicado: 10/12/2024

Palabras clave: Anciano;
Disfunción cognitiva; Estado funcional, Fragilidad.

Keywords: Elderly;
Cognitive dysfunction;
Functional status, Frailty.

Citar como: Delgado Prieto J, Pérez Montes de Oca E, Romero Reinaldo F. Manejo integral de anciano con Síndrome de Fragilidad. UNIMED [Internet]. 2024. [citado fecha de acceso]; 6(3). Disponible en: <https://revunimed.sld.cu/index.php/revstud/article/view/361>

RESUMEN

El término "fragilidad" fue conceptualizado como: un síndrome clínico-biológico caracterizado por disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos. El objetivo de este manuscrito es describir el manejo integral del anciano con Síndrome de Fragilidad. Se trata de un paciente masculino de 82 años de edad que acude a consulta refiriendo varias quejas de salud. Se diagnosticó paciente frágil con trastorno de la marcha y el equilibrio de causa multifactorial, hipotensión ortostática, déficit sensorial (auditivo y visual), trastorno ansioso-depresivo y anemia leve de probable etiología carencial. Se implementó un programa integral de tratamiento. Evaluar e identificar en el adulto mayor la fragilidad, constituye un problema actual para que los profesionales de la salud actúen en la implementación de programas específicos, a fin de minimizar sus efectos adversos para la salud.

ABSTRACT

The term "frailty" was conceptualized as: a clinical-biological syndrome characterized by decreased resistance and physiological reserves of the elderly in stressful situations, as a consequence of the cumulative wear and tear of the physiological systems. The objective of this manuscript is to describe the comprehensive management of an elderly person with Frailty Syndrome. This is an 82-year-old male patient who comes to the clinic referring several health complaints. He was diagnosed as a frail patient with gait and balance disorders of multifactorial cause, orthostatic hypotension, sensory deficit (auditory and visual), anxiety-depressive disorder and mild anemia of probable deficiency etiology. A comprehensive treatment program was implemented. Evaluating

and identifying frailty in the elderly is a current problem for health professionals to act in the implementation of specific programs, in order to minimize its adverse effects on health.

INTRODUCCIÓN

Según cálculos de las Naciones Unidas, en el mundo existen hoy en día 600 millones de personas que superan los 60 años. Se estima que para el 2050 se contará con más personas mayores de 60 años que con niños menores de 15 años. Este comportamiento será evidenciado en algunos países de Latinoamérica y Cuba no escapa ante dicha situación. Según el Anuario Nacional Estadístico de Salud 2020, este grupo representa el 21,5 %, se estima que para el 2030 será de un 30,3 % y para el 2050 un 36,2 %.¹

El término “fragilidad” ha variado a lo largo del tiempo y fue conceptualizado como: un síndrome clínico-biológico caracterizado por disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos. Está relacionada con la ocurrencia de efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.¹

La génesis de este síndrome recae en 3 trastornos relacionados con el envejecimiento (sarcopenia, desregulación neuroendocrina y disfunción del sistema inmune), más los factores ambientales.²

El diagnóstico del síndrome de fragilidad en los adultos mayores constituye una prioridad para la implementación de programas específicos que minimicen los efectos de ésta y sus consecuencias. Los esfuerzos deben dirigirse a ofrecer una asistencia médica más integral y de excelencia, mejorar la esperanza de vida (libre de discapacidad) y aumentar la calidad de vida en esta etapa que muchos necesariamente y afortunadamente tendremos que vivir, lo anterior constituye uno de los mayores retos a enfrentar para la salud pública y la ciencia por la especie humana. Es necesario hacer el diagnóstico de este síndrome lo más precoz posible, y evitar sus complicaciones.^{3,4}

Los beneficios que aporta esta visión integradora desde un punto de vista gerontológico están ampliamente descritos. Entre ellos se destacan la menor incidencia de declinación funcional, disminución de la tasa de reingreso, estadía hospitalaria e incidencia de úlceras por presión. También es importante el ahorro de los recursos humanos y financieros.⁵

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 82 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial desde hace 20 años que lleva tratamiento regular con enalapril (tableta 20 mg, 1 tableta cada 12 horas); enfermedad cerebrovascular isquémica hace 12 años tratada con aspirina (tableta 81 mg, 1 tableta al día) que dejó como secuela hemiparesia espástica del hemicuerpo izquierdo; hiperplasia prostática benigna desde hace 10 años que trata con terazosina (tableta 5 mg, 1 tableta al día); fractura de cadera izquierda hace 3 meses, operado con implantación de prótesis parcial.

Acude a nuestro centro en horas de la mañana refiriendo varias quejas de salud: disminución del apetito y pérdida de peso hace alrededor de 3 meses. Empeoramiento de la capacidad para trasladarse y mareos al ponerse de pie. Empeoramiento de la memoria a corto y largo plazo hace 2 meses, en ocasiones no recuerda el nombre de familiares y objetos, dificultad para seguir el hilo de las conversaciones. Infecciones urinarias a repetición cada 2 meses; disminución de la agudeza visual y auditiva. Además, presencia de sentimientos de tristeza y soledad. Con este cuadro y sin otra sintomatología se decide su ingreso para mejor estudio y tratamiento

Datos positivos al examen físico:

Mucosas: hipocoloreadas.

Panículo adiposo: disminuido, peso 70 kg, talla 174 cm, IMC 23,2 Kg/m².

Aparato respiratorio: murmullo vesicular y vibraciones vocales disminuidas de forma global en ambos campos pulmonares

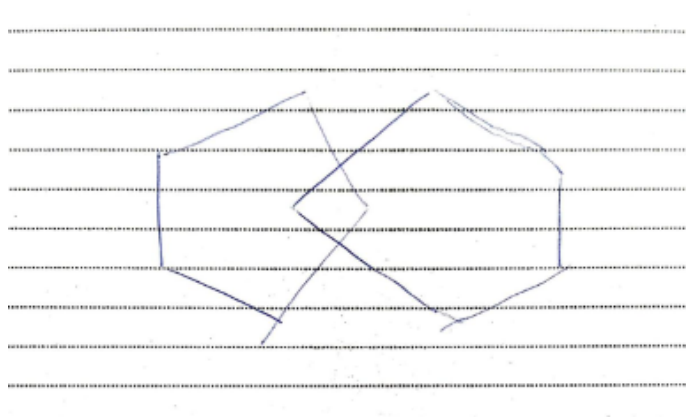
Aparato cardiovascular: soplo holosistólico IV/VI más intenso en foco aórtico sin irradiación, tensión arterial (Sentado): 110/80 mmHg, tensión arterial (De pie): 70/50 mmHg.

Sistema nervioso central: Se constata disminución de la memoria a corto y largo plazo. Hemiplejía derecha espástica. Marcha guadañante.

Valoración Geriátrica Integral:

1- Biomédica: Peso: 70 kg. Talla: 174 cm. Índice de masa corporal (IMC): 23.2 kg/m² Normopeso. Creatinina: 68 μmol/L. Tasa de filtrado glomerular (TFG): Fórmula de Keller: 55; fórmula BIS1: 77 ml/min/1.73 ----- Estadio 2; fórmula CKD-EPI: 88.8 ml/min/ 1.73 ----- Estadio 2. Escala MNA (cribado): 20.5 puntos. Riesgo de malnutrición. Escala SARC-F: 6/10 puntos. Sarcopenia. Escala de Norton: 18/20 puntos. Bajo riesgo de UPP.

2-Funcional: Escala de Barthel: 90/100, Paciente con dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria. Escala de Lawton & Brody: 3/5 puntos, Paciente con dependencia moderada para las actividades instrumentadas de la vida diaria. Batería corta de desempeño físico (SPPB): 7/12 puntos. Paciente frágil. Con limitación leve para las actividades de la vida diaria. Escala IFAH: 11/15 puntos. Anciano frágil. Escala de Tinetti: 17/28 puntos: Riesgo elevado de caídas. Escala



de riesgo de caídas: 6 puntos. Riesgo medio de caídas.

3-Psicoafectivo: Mini examen del estado mental de Folstein (Minimental): 23/30 puntos. Deterioro cognitivo leve, asociado a trastorno depresivo (Figura 1). Escala de Yesavage: 10/15 puntos: Depresión. Escala de Golberg (Depresión): 5 puntos. Sugiere

depresión. Escala de Golberg (Ansiedad): 8 puntos: Sugiere ansiedad.

Figura 1. Prueba de Dibujo: Debe copiar un dibujo simple de dos pentágonos cruzados. Se considera

correcto.

3-Social: Escala de Guijón: 25/25 puntos. Situación social buena. Sin riesgo social.

APGAR familiar: 10/10 Elevado funcionamiento familiar. Autopercepción de salud: regular

Complementarios realizados el 14 de enero de 2024: Hemoglobina 11,1 g/L; leucocitosis $7,5 \times 10^9/L$; neutrófilos 65 %; linfocitos 25 %; plaquetas $193 \times 10^9/L$; VSG 40 mm/h; TGO 48 U/L; TGP 43 U/L; GGT 40 U/L; creatinina $68 \mu\text{mol/L}$; glucosa 5,3 mmol/L; proteínas totales 58,4 mmol/L, albúmina 35 mmol/L; colesterol 2,9 mmol/L, triacilglicéridos 2,31 mmol/L.

Lámina periférica: Hipocromía XX; macrocitos X; poiquilocitosis: crenocitos, ovalocitos y estomatocitos.

Ecografía abdominal completa: Vesícula de paredes finas con múltiples micro litiasis dispersas por el órgano. Hígado de tamaño normal, ecogenicidad ligeramente aumentada, textura homogénea, no lesión focal. Bazo y páncreas, de tamaño normal, eco estructura sin alteraciones. Aorta de calibre normal. Riñones con buena relación cortico medular sin ectasia ni litiasis. No ascitis, no imagen en pseudoriñón. Vejiga de paredes gruesas 8mm, con balón de sonda en su interior, con litiasis hacia el suelo. Próstata homogénea sin nódulos, con aumento de tamaño a expensas de lóbulo medio, que mide $48 \times 62 \times 68 \text{ mm}$, lo que da un volumen de 71.43 cm^3 Grado III.

Radiografía de tórax simple: Área cardíaca y aorta normal, signos de enfisema pulmonar, no alteraciones pleuropulmonares.

Doppler Carotideo: No se observan placas de ateroma. Estudio normal.

Valoración por varias especialidades:

Urología: Diagnosticó hiperplasia prostática benigna. Se sugirió tratamiento quirúrgico.

Otorrinolaringología: Diagnosticó disfunción tubárica.

Oftalmología: Diagnosticó cataratas e hipermetropía. Se indicó cambio de graduación de cristales.

Rehabilitación: Indicó calor Infrarrojo, corriente analgésica, terapia ocupacional, ejercicio multicomponente y estimulación cognitiva. 10 sesiones.

Cardiología: Realizó ecocardiograma que evidenció ausencia de enfermedad cardiaca estructural. Se indican medidas generales para la hipotensión ortostática.

Psicología: Diagnosticó trastorno ansioso-depresivo, exacerbado por condición biomédica. Se sugirió inicio de tratamiento antidepresivo.

Diagnóstico definitivo emitido por su médico de base especialista en geriatría: Paciente frágil con trastorno de la marcha y el equilibrio multifactorial. Hipotensión ortostática. Déficit sensorial (auditivo y visual). Trastorno ansioso-depresivo. Anemia leve de probable etiología carencial.

Tratamiento indicado:

1. Dieta libre. Aumentar consumo de líquidos. Elevar ligeramente el consumo de sal. Consumo de fibra, indicado para mejorar su estado nutricional.
2. Medidas farmacológicas: Escitalopram (10 mg tab) para el síndrome depresivo. Tomar 1 tableta vía oral diaria. Vitaminoterapia: Nutriforte en tabletas igualmente para restablecer su estado de nutrición. Se indica tomar 1 tableta diaria sin suspender.
3. Medidas generales: Baño diario, cuidado de pies (úlceras, corte de uñas y secado correcto); movilización y rehabilitación. Se entregan recomendaciones a familiar (esposa de más de 30 años) y a paciente para estimulación en casa. También se indica terapia ocupacional, ejercicio multicomponente, estimulación cognitiva y entrenar marcha. Se recomiendan ejercicios de Tai chi y medidas para evitar *caídas* como el uso de calzado adecuado, adecuada iluminación, evitar uso de tapetes, alfombras, o desniveles en casa, ajuste de espejuelos. Además, medidas de hipotensión

ortostática: uso de medias de compresión, evitar cambios bruscos de posición, aumentar consumo de líquidos, aumentar sal en la dieta, actividad física, elevar cabecera de la cama. Por último, se sugiere seguimiento por consulta externa.

Fue reevaluado por el geriatra al mes de tratamiento bajo las pautas indicadas. Se constató mejoría en los siguientes aspectos: SPPB: 8/12 puntos. Paciente pre-frágil. Con limitación leve. Test Tinetti: 19/28 puntos: Riesgo de caídas. Escala de Yesavage: 6/15 puntos: Depresión leve. Mini examen del estado mental de Folstein (Minimental): 27/30 puntos déficit leve.

El paciente continuó evolucionando de forma satisfactoria y hasta el momento no ha requerido hospitalizaciones ni intervenciones médicas.

Se contó con el consentimiento del paciente para realizar esta investigación y exponer su caso.

DISCUSIÓN

La atención al paciente dentro de la especialidad de Gerontología y Geriátrica se basa en la denominada Valoración Geriátrica Integral (VGI) que no es más que: un proceso estructurado de valoración global, con frecuencia interdisciplinario, en el que se detectan, describen, y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales, que la persona mayor presenta, se valora la necesidad de servicios y fundamentalmente se elabora un plan de cuidados progresivo, continuo y coordinado, dirigido a satisfacer las necesidades del paciente y sus cuidadores. Parte del principio: Lo esencial es preservar la función en el adulto mayor.⁸

La VGI surge como respuesta a la alta prevalencia en el anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración clínica tradicional.⁹

Este enfoque surge de las limitaciones en que el sistema médico tradicional afronta el cuidado de la salud de los adultos mayores. Entre estas limitaciones están: el diagnóstico médico incompleto y la inadecuada institucionalización. Falta de sistematicidad en la de atención médica integral y

multidisciplinaria. No se ha logrado la geriatrización de los servicios. Existe sobreprescripción de medicamentos e infrautilización de la rehabilitación.⁵

Los autores consideran que la evaluación de los pacientes frágiles debe ser interdisciplinaria, abarcando el aspecto físico, emocional, psicológico, social y redes de apoyo, con el fin de detectar posibles obstáculos para la realización y cumplimiento del tratamiento, y así realizar una intervención oportuna. Lo descrito con anterioridad se cumplió en el paciente en cuestión y concuerda con el estudio de Sandoval.¹¹ Los profesionales de la salud deben fomentar la comunicación entre ellos para compartir la toma de decisiones, reducir la duplicación de pruebas de laboratorio o gabinete, evitando la polifarmacia en el paciente frágil.¹⁰

Sandoval¹¹ en su investigación aporta además que el ejercicio de resistencia puede mantener y/o restaurar la independencia, la capacidad funcional, prevenir, retrasar o revertir el proceso de fragilidad. Además, mejora la función cardiorrespiratoria, movilidad, fuerza, flexibilidad, equilibrio, función cognitiva, disminuye la depresión al mejorar la calidad de vida y la autopercepción del estado de salud, también disminuye el riesgo de caídas y síndrome post-caída. Se coincide con esta afirmación en su totalidad puesto que se pudo apreciar en el desenlace del caso el cuál respondió satisfactoriamente con la realización de ejercicio físico moderado.¹¹

Los ancianos frágiles tienen un riesgo elevado de discapacidad y son los que más se benefician de intervenciones preventivas. Independientemente de la presencia de comorbilidades, la fragilidad es un factor pronóstico para discapacidad en actividades de la vida diaria.¹²

Los métodos de evaluación y el enfoque empleado en este paciente fue el idóneo. El tratamiento llevó al resultado satisfactorio esperado y se demostró la importancia del trabajo multidisciplinario en el manejo del paciente como un todo.

CONCLUSIONES

Se concluye que evaluar e identificar en el adulto mayor la fragilidad, constituye un problema actual para que los profesionales de la salud actúen en la implementación de programas específicos, a fin

de minimizar sus efectos adversos para la salud.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA:

Conceptualización: Elisbeth Pérez Montes de Oca, Frank Romero Reinaldo.

Curación de datos: Elisbeth Pérez Montes de Oca.

Análisis formal: Amanda Avello Rodríguez, Blanca Rosa Garcés Garcés.

Investigación: Joalberto Delgado Prieto, Elisbeth Pérez Montes de Oca.

Metodología: Joalberto Delgado Prieto, Frank Romero Reinaldo.

Supervisión: Joalberto Delgado Prieto, Elisbeth Pérez Montes de Oca.

Validación: Joalberto Delgado Prieto, Frank Romero Reinaldo.

Visualización: Joalberto Delgado Prieto, Elisbeth Pérez Montes de Oca.

Redacción - borrador original: Joalberto Delgado Prieto, Elisbeth Pérez Montes de Oca

Redacción -revisión y edición: Joalberto Delgado Prieto, Elisbeth Pérez Montes de Oca, Frank Romero Reinaldo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abouzeid E, Wasfy N, El-Zoghby S, Atwa H, Shalaby S, Zaghloul N, Hegazy N, Ahmed M, Amin HA, Shehata MH, Ahmed S. Using Appreciative Inquiry to explore the effect of COVID-19 on student trust: medical students' perspective. MedEdPublish. [Internet]. 2021; 9:285. doi:10.15694/mep.2020.000285.2 [citado 2024 Nov 19];10(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10697531/>
2. Lygidakis NJ, Singh MS, FMAS EB, Dedemadi G, Sgourakis G, Nestoridis J, et al. A prospective randomized study. Hepato-gastroenterology. 2004; 51:427-33. [Consultado: 22/02/24]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ekaterini-Solomou/publication/8617518_Mono-bloc_total_spleno-pancreaticoduodenectomy_for_pancreatic_head_carcinoma_with_portal-mesenteric_venous_invasion_A_prospective_randomized_study/links/584072c008ae2d21755f3574/Mono-bloc-total-spleno-pancreaticoduodenectomy-for-pancreatic-head-carcinoma-with-portal-mesenteric-venous-invasion-A-prospective-randomized-study.pdf
3. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos G, Valladares Reyes D, Marcheco Moreira O. Diagnóstico del síndrome de fragilidad. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García" [Internet]. 2022 [citado 2024 Nov 19];10(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e837/758>
4. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Miró Jimenez Y. Prevalencia de discapacidad en adultos mayores hospitalizados. En: GRAMGI 2021, I Simposio Virtual de Salud Familiar ,1 al 31 de diciembre. Cuba:Granma;2021.1-8.[citado 2024 Nov 19]. Disponible en: <https://gramgi2021.sld.cu/index.php/gramgi/2021/paper/viewFile/48/24>
5. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE. Valoración geriátrica desde la atención hospitalaria. Rev med militar. [Internet] 2020 [citado 2024 Nov 19]; 49(2): [aprox. 4p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v49n2/1561>

- [-3046-mil-49-02-e513.pdf](#)
6. Varela Pinedo LF, Chávez Jimeno H, Herrera Morales A, Ortiz Saavedra PJ, Chigne Verástegui O. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Rev Diagnóstico. [Internet] 2004 [citado 2024 Feb 22]; 43(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.fihu.org.pe/revista/numeros/2004/mar-abr04/57-63.html>
 7. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Díaz Machado A. Índice de fragilidad para ancianos hospitalizados. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Revhabancienméd [Internet]. 2023 [citado 2024 Feb 22]; 22(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5370/3319>
 8. WadenBerghe C. Valoración Geriátrica Integral. Hosp. Dpmic. [Internet]. 2021 [citado 2024 Feb 22]; 5(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/had/v5n2/2530-5115-had-5-02-115.pdf>
 9. Casanova Muñoz V, Hernández Ruiz A, Durantez Fernández C, López Mongil R, Niño Martín V. Descripción y aplicación de las escalas de valoración geriátrica integral. Una revisión sistemática rápida de revisiones. Revista clínica española. [Internet] 2022 [citado 2024 Feb 22]; 222(7): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256522000133>
 10. Ayala Salinas RA, Ponce Gómez G, Carmona Mejía B. Necesidades de cuidados paliativos en el paciente crónico degenerativo complejo. Enferm. Glob. [Internet] 2023 [citado 2024 Feb 22];(69): [aprox.14 p.]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v22n69/1695-6141-eg-22-69-167.pdf>
 11. Sandoval Ramos MF, Parrilla Andrade ES, Padilla Pimentel LH. Ejercicios multicomponente en el adulto mayor y su efecto en el síndrome de fragilidad. Alerta [Internet].2023 [citado 2024 Feb 22]; 6(2): [aprox.7 p.]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/07/1442686/adulto-mayor.pdf>
 12. Escobedo Romero R, Izquierdo Fernández MN. El Índice de Barthel como predictor de fragilidad en el anciano en urgencias. Enr [Internet] 2023 [citado 2024 Feb 22]; 17(1): [aprox.13 p.]. Disponible en:

<https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v17n1/1>

[988-348X-ene-17-01-1666.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v17n1/1/988-348X-ene-17-01-1666.pdf)