



EDITORIAL

Cribado de fragilidad en Atención Primaria

Frailty screening in primary care

Ángel Otero^{a,*}, M. Victoria Castell^b y M. Canto de Hoyos^c

^a Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^b Centro de Salud Ramón Castroviejo, Madrid, España

^c Centro de Salud Pedro Laín Entralgo, Alcorcón, Madrid, España

La fragilidad en el anciano se ha convertido en un tema importante en la actual investigación sobre envejecimiento y la producción científica al respecto ha crecido de manera exponencial en los últimos años. La aparición de Red Española de Investigación Cooperativa sobre Envejecimiento y Fragilidad (RETICEF), en el ámbito de la investigación española es un ejemplo más de este interés y del impulso a la investigación, básica y clínica, sobre este tema en España¹. Distintos trabajos sintetizan y difunden en nuestro medio las principales aportaciones en este campo^{2,3}.

Este mismo número de la REGG incluye una interesante aportación sobre un instrumento de medida de fragilidad (SHARE-FI)⁴, que por su fácil manejo podría utilizarse para el cribado de la fragilidad en Atención Primaria (AP). Según los autores que presentan los resultados de la versión española del proyecto europeo SHARE⁵, el nuevo instrumento es útil para identificar a las personas que requieren el uso preferente de recursos en AP y resaltan el papel que pudiera tener ese instrumento para unificar el lenguaje sobre la fragilidad a nivel europeo, ya que «al no necesitar puntos de corte ni marcos referenciales adicionales, supera uno de los principales obstáculos por el que el paradigma de la fragilidad no se había podido aplicar a la práctica clínica diaria en nuestro medio»⁴. Esta afirmación trae a primer plano el hecho de que a pesar de la profusa producción científica sobre la fragilidad, aún no se ha alcanzado el consenso necesario que se exigiría para transferir los resultados a la práctica clínica.

Existe un acuerdo básico en considerar la fragilidad como un aumento de la vulnerabilidad y en aceptar su multidimensionalidad. Sin embargo, existen diferencias tanto en la forma de interpretar el concepto mismo como sobre cuáles son los mejores instrumentos de medida. Así, se pueden distinguir dos líneas diferentes de acercamiento a la fragilidad: una que da más preponderancia a los componentes biológicos, y otra que incorpora dimensiones más próximas al modelo biopsicosocial^{2,3,6}. En un

extremo estaría la definición del fenotipo de Fried y Watson en 2001⁷, que hace especial referencia a las dimensiones relacionadas con la composición corporal, la actividad y el metabolismo energético, una definición oligodimensional³ basada en la medición de 5 criterios. En el otro extremo, una línea más multidimensional que incluye morbilidad, discapacidad y factores mentales y sociales, representada por la escala de medida global de Rockwood formada por 40 indicadores⁸. En medio de este arco se encuentran diferentes aproximaciones más cercanas a uno u otro extremo que estudian distinto número de indicadores^{9,10}.

Incluso habiendo optado por un determinado modelo de fragilidad, existen diferencias entre los investigadores en la elección de los instrumentos y la forma de medir sus componentes^{2,3,6-10}.

Por otra parte, la reciente creación del observatorio de la Sociedad Española de GyG sobre la sarcopenia¹¹ parece, a nuestro juicio, una apuesta por una línea de investigación más biologicista sobre un síndrome muy relacionado con la fragilidad.

En el momento actual se debate la necesidad de poner en marcha medidas de prevención y tratamiento de la fragilidad dada la posibilidad de reversión de la misma¹² y su asociación a discapacidad y mortalidad. En ese contexto se plantea la conveniencia de detección y cribado del mayor frágil. Dos revisiones recientes publicadas en 2010 se refieren directamente a este tema, con especial referencia a la AP^{2,13}. En alguna medida, estas revisiones y propuestas dan continuidad a un grupo de consenso formado por expertos, representantes de diferentes sociedades científicas y de la administración sanitaria¹⁴. La última revisión del PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia)¹⁵ refiere que «no se dispone en el momento actual de suficiente evidencia, ni a favor ni en contra, del cribado de la fragilidad en los mayores en AP, debido a la incertidumbre sobre las herramientas y estrategias de cribado a emplear y su efectividad en dicho ámbito asistencial».

En AP se atiende a una población cada vez más envejecida que consume grandes recursos. Siendo estos limitados, es clave la difusión del conocimiento actual y crear protocolos consensuados de actuación que permitan actuaciones concretas sobre grupos de población más vulnerable. Para conseguirlo, creemos que es necesario potenciar la incorporación de los médicos de familia junto con geriatras a la investigación en este campo con el objeto de buscar

Véase contenido relacionado en DOI: [10.1016/j.regg.2011.04.004](https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.04.004)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angel.otero@uam.es (Á. Otero).

¹ Médicos de Familia e investigadores integrados en RETICEF (Red Española de Investigación Cooperativa sobre Envejecimiento y Fragilidad).

medidas operativas y consensuadas de fragilidad que faciliten su aplicación en la práctica clínica habitual, así como comprobar el efecto positivo que el cribado (y las intervenciones derivadas) puedan tener en la salud de estos pacientes. Esta participación ya es una realidad^{6,16,17} que es necesario seguir impulsando.

La transferencia a corto o a largo plazo de los resultados de la investigación al proceso asistencial es el objetivo último de los investigadores clínicos. El logro de esta transferencia está muy asociada tanto al rigor y calidad de los propios trabajos de investigación, como al grado de aceptación y consenso entre los profesionales sanitarios que han de ponerla en práctica. En este contexto, para los autores de este editorial, la toma de posición sobre la necesidad de generalizar el cribado de fragilidad en AP, aunque encuentre justificación en resultados concretos de investigación, aún no ha alcanzado el suficiente consenso entre los agentes encargados de su ejecución, en este caso los médicos de familia.

Es necesario continuar investigando conjuntamente desde los distintos ámbitos para avanzar en la definición de fragilidad, y sobre todo en la implementación de las medidas que han demostrado o demuestren el retraso en la evolución hacia los estadios de prefrágil y frágil o la reversión en esos niveles de fragilidad a no fragilidad.

Bibliografía

- Rodríguez Mañas L. RETICEF: una oportunidad para impulsar la investigación española sobre envejecimiento y fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:68-70.
- Abizanda Soler P, Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Med Clin (Barc).* 2010;135:713-9.
- García-García FJ, Alfaro Acha A. Fragilidad: de la epidemiología a la clínica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:250-1.
- Romero-Ortuño R. El instrumento de fragilidad para Atención Primaria de la encuesta de salud, envejecimiento y jubilación en Europa (SHARE-FI): resultados de la muestra española. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011, doi:10.1016/j.regg.2011.04.004.
- Romero-Ortuño R, Walsh CD, Lawlor BA, Kenny RA. A frailty instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatr.* 2010;10:57.
- Abizanda Soler P, López-Torres Hidalgo J, Romero Rizo L, López Jiménez M, Sánchez Jurado PM, Atienzar Núñez P, et al. Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46:81-8.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:M146-56.
- Rockwood K, Howlett SE, MacKnight C, Beattie BL, Bergman H, Hebert R, et al. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian study of health and aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004;59:1310-7.
- Ravaglia G, Forti P, Lucicesare A, Pisacane N, Rietti E, Patterson C. Development of an easy prognostic score for frailty outcomes in the aged. *Age Ageing.* 2008;37:161-6.
- De Lepeleire J, Iliffe S, Mann E, Degryse JM. Frailty: an emerging concept for general practice. *Br J Gen Pract.* 2009;59:e177-82.
- Cruz-Jentoft AJ, Triana FC, Gómez-Cabrera MC, López-Soto A, Masanes F, Martín PM, et al. La eclosión de la sarcopenia: informe preliminar del observatorio de la sarcopenia de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46:100-10.
- Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med.* 2006;166:418-23.
- Martín Lesende I, Gorrionogitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria.* 2010;42:388-93.
- Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, Regato Pajares P, Formiga Pérez F, Segura Benedito A, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42 Suppl 2:S15-56.
- Luque Santiago A, De Hoyos Alonso MC, Gorroñogitia Iturbe A, Martín Lesende I, López-Torres Hidalgo JD, Baena Díez JM. Actividades preventivas en los mayores [último acceso: 20/6/2011]. *Atención Primaria.* 2009;25-38. Disponible en: http://www.papps.org/suplemento_ap.09.php.
- Castell Alcalá MV, Otero Puime Á, Sánchez Santos MT, Garrido Barral A, González Montalvo JI, Zunzunegui MV. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. *Aten Primaria.* 2010;42:520-7.
- Jürschik Giménez P, Escobar Bravo MÁ, Nuin Orrio C, Botigué Satorra T. Criterios de fragilidad del adulto mayor: Estudio piloto. *Aten Primaria.* 2011;43:190-6.