



EDITORIAL

¿Fortaleza o fragilidad? ¿Importa la edad? Nuevos horizontes en geriatría

Fitness or frailty? Does age matter? New horizons in geriatrics

Román Romero Ortuño^{a,*} y Francesc Formiga^b

^a Departamento de Gerontología Médica, Trinity College Dublin, Dublín, Irlanda

^b Unidad de Geriátría, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

En Europa se proyecta que la proporción de personas de 65 o más años alcanzará el 30% de la población en el año 2050¹. Sin embargo, el envejecimiento cronológico de la población no debe asociarse necesariamente con el ser una «bomba demográfica», porque la relación entre la edad cronológica y el estado de salud es sumamente variable en la población de personas mayores^{2,3}. En efecto, la gran mayoría de la población de mayores es socioeconómicamente productiva y biológicamente «robusta»⁴ y, cuando estas personas interactúan con los servicios sanitarios presentan frecuentemente problemas específicos que no requieren servicios geriátricos especializados⁵. Sí que por otra parte existe una minoría de población de mayores que es biológicamente «frágil»⁴ y que se presenta con más frecuencia que la población robusta con problemas complejos asociados a pluripatología, polifarmacia y con deterioro físico y/o cognitivo⁶. Debido a su vulnerabilidad, las personas frágiles son más susceptibles a presentar complicaciones después de intervenciones agresivas⁷, y por ello se benefician de servicios geriátricos especializados basados en la valoración geriátrica comprensiva (VGC)⁸.

La VGC es el pilar fundamental de la Medicina Geriátrica y, sin lugar a dudas, es el *patrón oro* para la valoración multidimensional de la persona mayor con problemas complejos. Sin embargo, la VGC comporta una cantidad importante de tiempo y recursos especializados⁹. Las personas robustas no suelen necesitar una VGC exhaustiva para llegar a un diagnóstico y plan de tratamiento, pero sí que la necesitan las personas vulnerables¹⁰. Dada la gran heterogeneidad biológica de la población, la propuesta de una «edad de corte» arbitraria para el acceso a los servicios públicos de atención social y sanitaria es inapropiada, especialmente hoy en día cuando en países como el Reino Unido esta práctica ya puede ser denunciada como una forma ilegal de discriminación por edad¹¹.

En los últimos años, la identificación clínica de la *fragilidad* (vulnerabilidad) en el paciente mayor está motivando también una cantidad importante de investigación dentro de especialidades clínicas distintas de la Geriátrica. Dichas especialidades están recibiendo a un número creciente de pacientes mayores, pero no tienen acceso a recursos multidisciplinares para la VGC. Por lo tanto,

dichos especialistas necesitan herramientas simples que ayuden a establecer en qué punto del espectro «fortaleza–fragilidad» se encuentran sus pacientes, sin que prevalezca el criterio de edad, con relación a la valoración del paciente mayor antes de las posibles diversas intervenciones especializadas, especialmente si son agresivas.

Actualmente, el paradigma de la fragilidad está ganando terreno en la Cirugía, donde se reconoce que la fragilidad es, por encima de la edad, un predictor independiente de complicaciones postoperatorias y proporciona un complemento valioso a modelos de riesgo convencionales^{12–14}. Así, por ejemplo, existen modelos en cirugía cardíaca^{15–17}, torácica¹⁸, vascular¹⁹ y digestiva^{20,21}.

En Oncología, también se reconoce que la definición emergente del espectro «fortaleza–fragilidad» ayudará a guiar la elección apropiada (y más personalizada) de tratamientos; así, mientras los pacientes mayores robustos se pueden beneficiar de terapias agresivas de intento curativo tanto como los pacientes jóvenes, en los pacientes vulnerables, el beneficio debe ser ponderado cuidadosamente contra el riesgo de toxicidad y agravio de otras enfermedades^{22,23}.

Para muchos facultativos (geriatras y no geriatras), no hay nada nuevo en la evaluación personalizada de la persona mayor. De manera más o menos formal, esta se ha venido haciendo desde el nacimiento de la Geriátrica. Sin embargo, con los cambios en la demografía y servicios públicos, es probable que la Medicina Geriátrica pase de centrarse en ser la «medicina para una cierta edad en adelante» a ser la medicina para personas con enfermedades complejas no directamente asociadas a la edad, sino al deterioro de múltiples sistemas biológicos, acumulación de déficits y vulnerabilidad a estresores²⁴. En efecto, Geriátrica definida por la fragilidad²⁵.

Actualmente, en investigación existe una gran actividad en el desarrollo y evaluación de herramientas para el cribado de la fragilidad^{26–29}. Sin embargo, el uso rutinario de dichos instrumentos todavía no está incorporado a la práctica clínica diaria³⁰. Sin embargo, el terreno evoluciona rápidamente y el futuro cercano trae interesantes nuevos roles para la Geriátrica especialista, incluyendo servicios consultativos y de enlace con nuevas especialidades. De momento, la VGC ofrecida por la Geriátrica especialista sigue siendo el *patrón oro* para la valoración multidimensional de la persona mayor con problemas complejos, pero

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: romeror@tcd.ie (R. Romero Ortuño).

de importancia creciente será el acceso equitativo basado en la necesidad, no la edad.

Bibliografía

- Zaidi A. Características y retos del envejecimiento de la población: La perspectiva europea. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Policy Brief Marzo. 2008. Disponible en: <http://www.euro.centre.org/data/1242392033.86769.pdf> [consultado 2 Ago 2013].
- Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S, Gorman M, Greengross S, Prince M, et al. Population ageing and health. *Lancet*. 2012;379:1295-6.
- Romero-Ortuno R, Kenny RA. The frailty index in Europeans: Association with age and mortality. *Age Ageing*. 2012;41:684-9.
- Romero-Ortuno 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.
- Kafetz K, O'Farrell J, Parry A, Wijesuriya V, McElligott G, Rossiter B, et al. Age-related geriatric medicine: Relevance of special skills of geriatric medicine to elderly people admitted to hospital as medical emergencies. *J R Soc Med*. 1995;88:629-33.
- Abizanda Soler P. Actualización en fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:106-10.
- Lafont C, Gerard S, Voisin T, Pahor M, Vellas B. Members of IAGGAMPATF. Reducing «iatrogenic disability» in the hospitalized frail elderly. *J Nutr Health Aging*. 2011;15:645-60.
- Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. CD006211.
- Rockwood K, Silviu JL, Fox RA. Comprehensive geriatric assessment. Helping your elderly patients maintain functional well-being. *Postgrad Med*. 1998;103:254-8, 264.
- Baztan Cortés JJ, Vidan Astiz MT, López-Doriga P, Cruz-Jentoft AJ, Petidier Torregrosa R, Gil Gregorio P, et al. ¿Qué pacientes se benefician más de la atención geriátrica hospitalaria en opinión de los especialistas en Geriátrica? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47:205-9.
- Romero-Ortuno R, O'Shea D. Fitness and frailty: Opposite ends of a challenging continuum! Will the end of age discrimination make frailty assessments an imperative? *Age Ageing*. 2013;42:279-80.
- Partridge JS, Harari D, Dhesi JK. Frailty in the older surgical patient: A review. *Age Ageing*. 2012;41:142-7.
- Makary MA, Segev DL, Pronovost PJ, Syin D, Bandeen-Roche K, Patel P, et al. Frailty as a predictor of surgical outcomes in older patients. *J Am Coll Surg*. 2010;210:901-98.
- Velanovich V, Antoine H, Swartz A, Peters D, Rubinfeld I. Accumulating deficits model of frailty and postoperative mortality and morbidity: Its application to a national database. *J Surg Res*. 2013;183:104-10.
- Stortecky S, Schoenenberger AW, Moser A, Kalesan B, Juni P, Carrel T, et al. Evaluation of multidimensional geriatric assessment as a predictor of mortality and cardiovascular events after transcatheter aortic valve implantation. *JACC Cardiovasc Interv*. 2012;5:489-96.
- Bagnall NM, Faiz O, Darzi A, Athanasiou T. What is the utility of preoperative frailty assessment for risk stratification in cardiac surgery? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2013;17:398-402.
- Afilalo J, Mottillo S, Eisenberg MJ, Alexander KP, Noiseux N, Perrault LP, et al. Addition of frailty and disability to cardiac surgery risk scores identifies elderly patients at high risk of mortality or major morbidity. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2012;5:222-8.
- Tsiouris A, Hammoud ZT, Velanovich V, Hodari A, Borgi J, Rubinfeld I. A modified frailty index to assess morbidity and mortality after lobectomy. *J Surg Res*. 2013;183:40-6.
- Karam J, Tsiouris A, Shepard A, Velanovich V, Rubinfeld I. Simplified frailty index to predict adverse outcomes and mortality in vascular surgery patients. *Ann Vasc Surg*. 2013;27:904-8.
- Lasithiotakis K, Petrakis J, Venianaki M, Georgiades G, Koutsomanolis D, Andreou A, et al. Frailty predicts outcome of elective laparoscopic cholecystectomy in geriatric patients. *Surg Endosc*. 2013;27:1144-50.
- Tan KY, Kawamura YJ, Tokomitsu A, Tang T. Assessment for frailty is useful for predicting morbidity in elderly patients undergoing colorectal cancer resection whose comorbidities are already optimized. *Am J Surg*. 2012;204:139-43.
- Ramsdale E, Sanoff H, Muss H. Approach to the older patient with stage II/III colorectal cancer. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2013;2013:163-8.
- Antonio M, Saldana J, Formiga F, Lozano A, González-Barboteo J, Fernández P, et al. 1.ª Reunión Nacional de Trabajo Multidisciplinar en Oncogeriatría: documento de consenso. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47:279-83.
- Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381:752-62.
- Rockwood K, Mitnitski A. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. *Clin Geriatr Med*. 2011;27:17-26.
- Pialoux T, Goyard J, Lesourd B. Screening tools for frailty in primary health care: A systematic review. *Geriatr Gerontol Int*. 2012;12:189-97.
- Pijpers E, Ferreira I, Stehouwer CD, Nieuwenhuijzen Kruseman AC. The frailty dilemma. Review of the predictive accuracy of major frailty scores. *Eur J Intern Med*. 2012;23:118-23.
- Hamaker ME, Jonker JM, de Rooij SE, Vos AG, Smorenburg CH, van Munster BC. Frailty screening methods for predicting outcome of a comprehensive geriatric assessment in elderly patients with cancer: A systematic review. *Lancet Oncol*. 2012;13:e437-44.
- Otero A, Castell MV, de Hoyos MC. Cribado de fragilidad en Atención Primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:239-40.
- García-García FJ, Alfaro Acha A. Fragilidad: de la epidemiología a la clínica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:250-1.