

objetivando la resolución completa de la alteración histológica. Las características de los pacientes se describen en la [tabla 1](#).

El espectro clínico de nuestros pacientes es similar a lo descrito en la literatura, destacando en nuestra serie la edad de los pacientes. La gravedad de la sintomatología en la población anciana pluripatológica debe de poner en alerta al médico clínico, ya que una rápida corrección del factor desencadenante puede disminuir la morbimortalidad de manera muy importante.

Concluimos que se debe investigar la toma de ARA-II, principalmente olmesartán, en aquellos pacientes con diarrea crónica con biopsia duodenal patológica.

Bibliografía

1. Rubio-Tapia A, Herman ML, Ludvigsson JF, Kelly DG, Mangan TF, Wu TT, et al. Severe spruelike enteropathy associated with olmesartan. *Mayo Clin Proc.* 2012;87:732-8.
2. Ianiro G, Bibbo S, Montalto M, Ricci R, Gasbarrini A, Cammarota G. Systematic review: Sprue-like enteropathy associated with Olmesartan. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;40:16-23.
3. Marthey L, Cadiot G, Seksik P, Poudereux P, Lacroute J, Skinazi F, et al. Olmesartan associated enteropathy: Results of a national survey. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;40:1003-9.
4. Esteve M, Temiño R, Carrasco A, Batista L, del Val A, Michel Blé, et al. Potential coeliac disease markers and autoimmunity in olmesartan induced enteropathy: A population-based study. *Dig Liver Dis.* 2016;48:154-61.

5. FDA Drug Safety Communication: FDA approves laves changes to include intestinal problems (sprue-like enteropathy) linked to blood pressure medicine olmesartan medoxomil. [consultado 19 Sep 2016] Disponible en: <http://www.fda.gov>
6. Greywoode R, Braustein ED, Arquelles-Grande C, Green PH, Lebwohl B. Olmesartan, other antihypertensives, and chronic diarrhea among patients undergoing endoscopic procedures: A case-control study. *Mayo Clin Proc.* 2014;89:1239-43.
7. Herman ML, Rubio-Tapia A, Wu TT, Murray JA. A case of severe sprue-like enteropathy associated with valsartan. *ACG Case Rep J.* 2015;2:92-4.

Eva Calvo Beguería*, Claudia Martinez Huguet,
María Pilar Gonzalez García y Teresa Omiste SanVicente

Servicio de Medicina Interna, Hospital General San Jorge, Huesca, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ebegueria2@gmail.com
(E. Calvo Beguería).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.09.002>
0211-139X/

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

El doctor Pío Baroja y Nessi, un intelectual con síndrome de fragilidad



Doctor Pío Baroja y Nessi, an intellectual with a fragility syndrome

En octubre de 2016 se cumplen 60 años del fallecimiento del Dr. Pío Baroja, uno de los escritores nacionales más prestigiosos, estudiado y traducido a otras lenguas, y encuadrado en la *Generación del 98*. Nació en 1872 en un país en que la expectativa de vida al nacer era de 29,1 años¹. Contraviniendo las previsiones oficiales falleció a los 83 años y 10 meses, en un momento en que menos del 1,2% de la población nacional superaba los 80 años¹, lo que actualmente se da en el 5,3%², tras sufrir un declinar funcional progresivo. El síndrome de fragilidad, era una situación clínica no descrita entonces, siendo identificada como una entidad nosológica concreta a finales del siglo XX. Este síndrome es muy frecuente hoy día en la población anciana, llegando a darse hasta el 50% en algunos grupos concretos³.

Es conocido que una de las principales consecuencias del síndrome de fragilidad es la discapacidad, pero también aumenta el riesgo de sufrir enfermedades de alta prevalencia en ancianos, caídas, hospitalización y muerte^{4,5}. A la discapacidad se puede llegar a través de 2 mecanismos; uno de presentación súbita, como ocurre en la enfermedad cerebrovascular aguda, o de un modo paulatino, dependiente de la disminución en la reserva funcional. Esta última situación en la que el riesgo de desarrollar la discapacidad es cierto y progresivo, es el denominado síndrome de fragilidad⁶. El diagnóstico precoz de la fragilidad es muy importante porque sus secuelas son potencialmente prevenibles⁷. Este problema es de especial importancia en los mayores de 85 años, que es en quienes se estima una mayor prevalencia, que oscila entre el 25-50% según los estudios³. Al tratarse de un síndrome sin una manifestación clínica o analítica patognomónica, se han propuesto diferentes criterios y escalas diagnósticas^{6,8,9}.

En los años cincuenta no estaba descrita esta condición clínica por lo que diagnosticarla y tratarla era imposible. Nos hemos

permitido la licencia de hacer un juego intelectual trasladándonos al pasado y viendo, a la luz del conocimiento actual, un episodio clínico sufrido por uno de los más prestigiosos escritores nacionales, intelectual reconocido y doctor en medicina como fue Pío Baroja.

El 28 de diciembre de 1955 cumplió 83 años. En el relato de la celebración de ese cumpleaños se apuntan trastornos de memoria y episodios de agnosias visuales¹⁰. Sus amigos médicos le diagnosticaron arterioesclerosis cerebral. El año anterior a su fallecimiento, perdió vitalidad, limitó sus paseos, su aspecto general era peor y la marcha se tornó inestable¹¹. El apetito era bueno. En los 6 meses previos a su fallecimiento, aun no pudiendo aseverar que tuviera una demencia leve, sí que sufría esporádicos trastornos de memoria y de la orientación. Su sobrino, Julio Caro Baroja, describe en las últimas semanas de su vida disnomias, anosognosias y desorientación nocturna, aunque sus capacidades ejecutivas y de juicio, interés por lectura y tertulias parecían normales¹¹. No tenemos evidencias de que padeciera factores de riesgo vascular modificables o enfermedades crónicas salvo dolores articulares típicos según él de *Un Viejo Fauno Reumático*. Tras el verano del 1953 cada vez caminaba menos, prácticamente no salía de casa y sufrió alguna caída, inicialmente sin secuelas. No estaba anoréxico y las referencias con respecto a su peso son confusas. Con el tiempo aparecieron alteraciones del sueño más severas y episodios de vagabundeo nocturno.

Una mañana en mayo de 1956, sufrió una caída fracturándose la cadera. Sus amigos médicos, Val y Vera, Arteta y Marañón aconsejaron el ingreso hospitalario. En la clínica mejoró su estado general, recobrándose de un cuadro acompañante que en su día diagnosticaron como *Coma urémico*. Pasados unos días fue intervenido, realizando una osteosíntesis con implantación de un tornillo, técnica quirúrgica indicada en aquellos días¹². La operación fue considerada técnicamente un éxito, pero el paciente no volvió a caminar y su situación empeoró progresivamente llegando a estar confuso todo el día; aunque no podemos aseverarlo, probablemente padeció episodios de *delirium*. Con el paso de los días aparecieron complicaciones más severas y su estado se agravó, especialmente

Tabla 1
Probables criterios de fragilidad de Pío Baroja (en letra cursiva)

Escala de <i>fatigue, resistance, ambulation, illnesses, loss of weight</i> (FRAIL)	
<i>Fatiga, cansancio en las últimas 4 semanas</i>	<i>La mayor parte del tiempo - 1</i>
<i>Dificultad para caminar 10 escalones solo, sin parar y sin ayuda</i>	<i>Sí - 1</i>
<i>Dificultades para caminar solo, y sin ayuda varios cientos de metros</i>	<i>Sí - 1</i>
Cinco o más comorbilidades (hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, angina de pecho, asma, artritis, ictus y enfermedad renal crónica)	No - 0
Pérdida del 5% del peso en un año	No - 0
Escala modificada de Rockwood	
En forma	Fuerte para su edad
Bien de salud	Sano, realiza actividad física media
Adecuado manejo	Problemas médicos controlados, no realiza ejercicio físico, da paseos
Vulnerable	No necesita ayuda de otros, para las actividades de su vida diaria, pero los síntomas de sus enfermedades limitan su actividad. Se sienten muy lentos o cansados durante el día
Levemente frágil	Marcha lenta, necesita ayuda para actividades instrumentales
Moderadamente frágil	<i>Necesita ayuda para actividades fuera de casa y tareas como subir escalones o ducharse, y supervisión en el vestido</i>
Gravemente frágil	Dependiente de un cuidador clínicamente estables, no se prevé riesgo de muerte en 6 meses
Muy gravemente frágil	Dependencia grave, se acerca a la muerte
Terminal	Expectativa de vida menor a 6 meses
Criterios de fragilidad de Fried	
Pérdida de más de 4,5 kg involuntaria en el último año	No
<i>En la semana pasada se ha sentido agotado sin poder seguir adelante</i>	<i>Sí</i>
<i>Camina menos de 2 h a la semana (2,5 en varones)</i>	<i>Sí</i>
<i>La velocidad de la marcha en 4,5 m es superior a 7 s</i>	<i>Sí</i>
Fuerza de prensión reducida	No

Fuente: tomada de Morley et al.⁹

Fuente: modificada de Rockwood et al.⁸.

Fuente: tomada de Fried et al.⁶.

Puntuación escalas FRAIL y Fried: 3 o más puntos identifican Fragilidad.

al finalizar el verano. A mediados de septiembre recibió la visita de Ernst Hemingway, premio Nobel de Literatura en 1954, de lo que Don Pío no fue totalmente consciente. Falleció el 30 de octubre de 1956. El féretro fue portado entre otros por quien sería premio Nobel de literatura en 1989 Camilo José Cela.

Los fenotipos de fragilidad se han deducido de grandes estudios epidemiológicos, proponiendo diferentes escalas diagnósticas de las que destacamos a los efectos de este trabajo las escalas de Rockwood⁸, Fried⁶ y FRAIL⁹ (tabla 1). Estas escalas pueden ser aplicadas a nuestro personaje utilizando información histórica de la que disponemos. Ya en la primavera de 1955¹¹, especulamos que cumpliría criterios de fragilidad según estas 3 escalas. La disminución de la reserva funcional es un hecho marcado por factores biológicos, enfermedades y hábitos, y puede ser irreversible (salvo que se aborden o prevengan sus causas en edades tempranas de la vida), pero su principal consecuencia, la discapacidad, puede ser, al menos en parte, prevenida y revertida si se toman las medidas oportunas en el momento justo.

Se han propuesto ciertas intervenciones de las que las más propugnadas han sido las funcionales y multimodales, con

acciones dirigidas a mejorar la fuerza muscular, aportes nutricionales y tratamientos farmacológicos, como la suplementación con vitamina D. De ellas algunas intervenciones, en especial las centradas en potenciar la actividad y el ejercicio físico, han demostrado su eficacia¹³, mientras que terapias farmacológicas, como la prescripción de testosterona no han demostrado su eficacia; de hecho en un estudio recientemente publicado en un grupo de ancianos con niveles bajos de testosterona, no había diferencias significativas en cuanto a mejoría de la fuerza o de la marcha entre 236 ancianos tratados con testosterona frente a 238 que recibieron placebo¹⁴.

Si el Dr. Baroja viviese en la actualidad y hubiese sido evaluado en un servicio de geriatría podría haber sido diagnosticado como anciano frágil, al menos un año antes de fallecer. Esto hubiese sido así tanto aplicando las escalas de FRAIL y Fried al cumplir al menos 3 criterios, y, al menos, moderadamente frágil, en la escala de Rockwood, algo diferente a las anteriores (tabla 1). Para su tratamiento se prescribiría un plan multimodal con planes de ejercicio y actividad física, técnicas de potenciación muscular, una dieta adecuada con proteínas de alto valor biológico, optimizar los niveles de vitamina D y, sobre todo, con un abordaje global que redujera el riesgo de caídas.

En nuestro rápido análisis de la situación del anciano Pío Baroja, hemos elucubrado sobre su nivel de fragilidad utilizando algunas escalas diagnósticas que los geriatras aplican en la práctica diaria, si bien 60 años después. A pesar de su gran prevalencia y la gravedad de sus secuelas, este síndrome no es ni conocido ni diagnosticado por muchos médicos de nuestro entorno, privando así a muchos ancianos de la posibilidad de prevenir o retrasar su discapacidad. Hemos querido de esta manera hermanar ciencia y literatura para rendir homenaje a uno de los más prestigiosos e influyentes escritores de la historia de España.

No podemos por menos que considerar que en este momento estaríamos en situación de ofrecer al escritor Dr. Pío Baroja, probablemente, algunos años más a su vida, pero con seguridad más vida a sus años.

Bibliografía

- Roses N. Población Salud y Actividad. En Carreras A y Turull X en Estadísticas Históricas de España (Siglos XIX-XX). Madrid: Fundación BBVA; 2005. p. 85-92.
- INE. Boletín informativo. 2012. p. 1-5.
- Clegg A, Young J, Iliffe S, Rckert MO, Rockwood K. Frailty in older people. *Lancet*. 2013;381:752-62.
- Fried LP, Kronmal RA, Newman AB, Bild DE, Mittelmark MB, Polak JF, et al. Risk factors for 5-years mortality in older adults: The cardiovascular health study. *JAMA*. 1998;279:585-92.
- Fried LP, Guralnik JM. Disability in older adults: Evidence regarding significance, etiology and risk. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45:92-100.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al., Cardiovascular Health Study Collaborative Research. Frailty in older adults. Evidence for a phenotype. *J Gerontol Biol Sci Med Sci*. 2001;56:M146-56.
- Rodríguez-Artalejo F, Rodríguez-Mañas L. The frailty syndrome in the public health agenda. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68:703-4.
- Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hebert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet*. 1999;353:205-6.
- Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcome s in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging*. 2012;16:601-8.
- Córdoba S. Pío Baroja en ABC: 23 (29/12/1955).
- Caro Baroja J. Los Baroja. Madrid: Caro Raggio Eds.; 1997. p. 503-17.
- Watson-Jones R. Traumatismos de la cadera. En: Fracturas y traumatismos articulares. Barcelona: Salvat Eds.; 1957.
- Cesari M, Vellas B, Hsu FC, Newman AB, Doss H., King AC, et al. A Physical activity Intervention to treat the frailty syndrome in older persons-results from the LIFE-P study. *J Gerontol Biol Sci Med Sci*. 2015;70:216-22.
- Snider PL, Bashin S, Cunningham GR, Matshumoto AM, Stephens AJ, Cauley JA, et al. Effects of testosterone treatment on older men. *N Eng J Med*. 2016;374:611-24.

Jorge Manzarbeitia Arambarri^{a,*} y A. Esteban de la Torre^b

^a Servicio de Geriátría, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^b Red CIBER Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manzarbeitiajorge@gmail.com (J. Manzarbeitia Arambarri).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.08.004>

0211-139X/

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEGG.

Relación entre pruebas de equilibrio y movilidad, entre el miedo a caer y el número de caídas en los ancianos en un servicio de rehabilitación



Relationship between balance tests and mobility scale, fear of falling and the number of falls in the elderly in a rehabilitation department

Las caídas en los ancianos pueden causar dolor, pérdida de la independencia y muerte, entre otras consecuencias¹. Conocer la relación entre algunos factores y las caídas puede ayudar en el desarrollo de estrategias para la prevención de este evento²⁻⁴. El objetivo de este estudio es investigar las correlaciones entre la edad, la movilidad funcional, el equilibrio, el número de caídas previas y el miedo a caer en los ancianos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución (N.º 1.212.356), y se solicitó a las personas consentimiento libre e informado para participar en el mismo. La muestra de 104 sujetos de ambos sexos fue seleccionada en el momento de la evaluación inicial en la policlínica, antes de la rehabilitación. Participaron aquellos pacientes con edad superior a 60 años, que empezaban un programa de rehabilitación, y con capacidad de caminar sin ayuda. No participaron aquellos con: deterioro visual no corregido; inestabilidad hemodinámica, la presión sanguínea y diabetes inestables; insuficiencia cardíaca y con uso de fármacos psicotrópicos. Los sujetos realizaron las siguientes evaluaciones: el *Test Timed up and Go* (TUG), que es una prueba clínica que evalúa el grado de movilidad⁵; la escala de Berg para evaluar el equilibrio⁶; para evaluar la preocupación acerca de la posibilidad a caer, se aplicó el *International Falls Efficacy Scale* (FES)⁷, y la relación entre las variables se realizó mediante la correlación de Pearson, con el paquete estadístico GraphPad InStat. Participaron, en el estudio, 104 ancianos (67 ± 6,43 años), los cuales tuvieron un valor de 10,73 ± 6,9 s en el TUG; 50 ± 5,71 puntos en la escala de Berg y 23,95 ± 6,81 en el FES. Se encontró que hubo correlaciones significativas, sin embargo débiles, y solo 2 variables moderadas (tabla 1).

Tabla 1

Correlaciones entre la edad, la movilidad funcional, el equilibrio, el número de caídas y el miedo a caer

Variables	Valor de r	Valor de p
Edad × número de caídas	0,05	0,57
Edad × TUG	0,36	0,0001
Edad × BERG	-0,19	0,04
Edad × FES	-0,04	0,66
Número de caídas previas × TUG	0,34	0,0003
Número de caídas previas × BERG	-0,33	0,0006
Número de caídas previas × FES	0,24	0,01
FES × TUG	0,25	0,008
FES × BERG	-0,41	<0,0001
TUG × BERG	-0,59	<0,0001

BERG: escala de equilibrio de Berg; FES: *Falls Efficacy Scale* (escala de miedo a las caídas); TUG: *timed up and go*.

Los datos muestran que cuanto mayor es la edad, mayor el tiempo de ejecución del TUG. El tiempo de ejecución del TUG, que fue más de 10 s, muestra que estos individuos pueden empezar a presentar problemas con el equilibrio⁵, porque individuos independientes y sin problemas lo realizan en menos de 10 s. El TUG también mostró correlación significativa, aunque débil, entre el miedo a caer y el número de caídas previas. En relación a la escala de Berg, el TUG ha demostrado una correlación moderada y significativa, lo que indica que cuanto menor sea el tiempo de desempeño en el test, mejor la condición del equilibrio. Con respecto a la escala de Berg, la puntuación que fue de 50 puntos, mostró que existe el riesgo entre el 6-8% de las caídas entre los sujetos, ya que la puntuación entre 56-54 puntos se asocia con un aumento del 3 al 4%, entre 53-46 puntos del 6 al 8% y una puntuación inferior a 45 puntos, el riesgo de caída es de aproximadamente el 100%⁶. Una puntuación de 23,95 en la escala FES implica una asociación con caída esporádica⁷, ya que se considera la puntuación ≥ 23 puntos en el FES-I con una caída esporádica y ≥ 31 puntos apunta a una asociación con la caída recurrente⁷. En este estudio, curiosamente la edad no se correlacionó con la cuestión del número de caídas previas, el equilibrio y el miedo a caer. Tal vez esto sea debido a que la edad media de los sujetos incluidos no era muy elevada (67 ± 6,43 años). Con respecto a las variables relacionadas entre el número de caídas previas, hubo una correlación débil, pero significativa con la escala de Berg, TUG y FES, mostrando que las caídas previas, también con una correlación débil, pueden estar asociadas con una disminución en la movilidad funcional, el equilibrio y el aumento del miedo a caer. En relación con el miedo a caer y el TUG, hubo una correlación significativa pero débil. En cuanto a la escala de Berg, hubo una correlación moderada, lo que demuestra que cuanto peor era el equilibrio, mayor el miedo a caer. Aunque muchas correlaciones fueron débiles y solo 2 moderadas, hay que destacar que el TUG se correlacionó con la edad, el número de caídas y el miedo a caer, lo que demuestra que este es una buena opción para evaluar la movilidad y la tendencia a las caídas, ya que el test también puede identificar aquellos con y sin antecedentes de caídas⁸. Sin embargo, el test TUG debe ser utilizado también con otras evaluaciones⁹, y la escala de Berg parece una buena opción con el fin de evaluar el equilibrio, además de mostrar correlación con el miedo a caer y el número de caídas anteriores, así como con el TUG. Por lo tanto, se cree que el TUG, la escala de Berg y el cuestionario FES son buenas herramientas para evaluar las caídas en los ancianos. Las personas mayores en este estudio tenían enfermedades musculoesqueléticas y comenzaban el tratamiento, pero por lo general este tipo de población solo recibe tratamiento para la mejora de la condición clínica, no siendo evaluados sus aspectos relacionados con las caídas. Está descrito, en la literatura médica, que el 86% de los ancianos presentan dolores musculoesqueléticos¹⁰ (como los sujetos de este estudio). Este estudio refleja, de modo general, que los ancianos buscan servicios de rehabilitación para problemas osteoarticulares. Por esto, es muy importante evaluar y también intervenir sobre cómo asesorar sobre los factores intrínsecos y extrínsecos, así como la