

Anna Berenguera^{a,d}, Jesús Almeda^{a,b,c}, Concepció Violan^a y Enriqueta Pujol-Ribera^{a,*}

^a Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^b Àmbit d'Atenció Primària de Costa de Ponent, Avaluació Sanitària i Recerca, Hospital Duran i Reynals, Barcelona, España

^c CIBER, Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^d Departament de Salut Pública, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: epujol@idiapjgol.org

(E. Pujol-Ribera).

doi:10.1016/j.aprim.2011.05.013

Consideraciones sobre los estudios de prevalencia de fragilidad en el mayor en España

Comments on studies on the prevalence of frailty in the elderly in Spain

Sr. Director:

Hemos leído con enorme interés el artículo de Jürschik et al. «Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio Piloto»¹, publicado recientemente en su revista. Ante todo queremos felicitar a los autores y animarles a que continúen con el estudio longitudinal.

A propósito de esta publicación nos gustaría realizar algunas consideraciones sobre la prevalencia del mayor frágil en España. Nuestro grupo ha analizado la fragilidad en una cohorte poblacional urbana iniciada en 2008 y cuyos resultados ya han sido publicados meses atrás en esta misma

revista². Actualmente estamos inmersos en el estudio de campo del segundo corte, con el que esperamos obtener resultados sobre incidencia de fragilidad.

En nuestro país, en los últimos años va ganando relevancia el concepto de «fragilidad» en el anciano como síndrome, y se han realizado diversos estudios de base poblacional¹⁻⁴ que han empleado para su definición los criterios de Fried⁵ (pérdida de peso no intencionada, debilidad muscular, agotamiento, lentitud al caminar y baja actividad física). En la [tabla 1](#) se comparan aspectos metodológicos, así como los resultados obtenidos en las cohortes de Leganés (Madrid)³, Peñagrande (Madrid)², Lérida¹ y Albacete (estudio FRADEA)⁴.

Los resultados sobre prevalencia muestran una amplia divergencia que oscila entre el 8,5 y el 20,4%. Dicha variabilidad puede estar en parte justificada por las diferentes características de las poblaciones. La prevalencia obtenida en Lérida deberá ser confirmada con los datos de la cohorte completa, ya que los datos publicados se refieren a un estudio piloto. La cohorte de Leganés fue creada en 1993 y, por

Tabla 1 Estudios de fragilidad realizados en España empleando los criterios de Fried

Características	Leganés ³	Peñagrande ²	Lérida ¹	albacete (FRADEA) ⁴
Tipo de estudio	Cohorte creada 1993. Corte 2006	Cohorte basal 2008	Cohorte basal. Estudio piloto	Cohorte basal 2008
Ámbito de estudio	Poblacional	Poblacional	Poblacional	Poblacional
N.º de individuos cohorte inicial	1.546	1.250	1.334	1.172
N.º de individuos de muestra	265	814	323	993
Edad	> 75 años	> 65 años	> 75 años	≥ 70 años
Sexo (% mujeres)	51,3	51,4	57,6	60,5
Prevalencia de fragilidad	20,4% ^a	10,3%	8,5%	16,9%
Variables asociadas a fragilidad	Edad	Edad > 85		Edad
	Sexo femenino	Sexo femenino	Sexo femenino	Sexo femenino
		Bajo nivel educativo	Bajos ingresos	Bajo nivel educativo
	Comorbilidad ^b	Comorbilidad	Comorbilidad	
	Discapacidad ^b	Discapacidad	Discapacidad	
			Desnutrición	Institucionalización
			Depresión	Necesidad de ayuda social

^a En la publicación original se hace referencia a la prevalencia de hombres y mujeres por separado.

^b Datos pendientes de publicación.

tanto, los datos de prevalencia obtenidos en 2006 se refieren a los supervivientes de dicha cohorte, todos ellos ya mayores de 75 años. En Peñagrande la población es más joven, a partir de 65 años. La proporción de mujeres es mayor en Lérida y Albacete. Los mayores institucionalizados en Albacete alcanzan el 21%, mientras que las cohortes de Lérida y Leganés no los incluyeron.

Los 5 criterios de Fried⁵ clasifican a los individuos en robustos, prefrágiles y frágiles. La metodología en la medición de cada uno de los componentes se sirve de diferentes adaptaciones, que limitan la homogeneidad de medida y, por tanto, pueden influir en los resultados. Así, en Lérida, el criterio de debilidad muscular se obtiene de forma subjetiva en lugar de medir la fuerza prensora de la mano dominante con un dinamómetro, como en los criterios originales de Fried.

En los 4 estudios citados no se observan diferencias sustanciales en las variables que resultan asociadas a fragilidad: edad avanzada, sexo femenino, bajo nivel educativo, comorbilidad y discapacidad (tabla 1). Esta asociación podría orientar hacia la población susceptible de presentar fragilidad. Sin embargo, es importante destacar que según se comprobó en Peñagrande, a pesar de la fuerte intersección entre las variables fragilidad, discapacidad y comorbilidad, hasta un 23% de los mayores con fragilidad no presentaban discapacidad ni comorbilidad.

La trascendencia de este síndrome se debe a que actúa como un importante predictor de efectos adversos graves en ancianos (dependencia, institucionalización, mortalidad)⁶. Por ello resulta importante reflexionar sobre la viabilidad del cribado de fragilidad en el ámbito de atención primaria, actividad que permitiría implementar diferentes acciones preventivas: promoción de actividad física, buen control de procesos crónicos, correcto empleo de medicación, así como fomento de la actividad mental y de la participación en la sociedad.

Creemos que se precisan más estudios para comprobar la equivalencia entre las diversas maneras de medir los diferentes componentes de la fragilidad y para facilitar su uso en la práctica clínica.

Bibliografía

1. Jürschik Gimenez P, Escobar Bravo MA, Nuin Orrio C, Botigué Satorra T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio Piloto. *Aten Primaria*. 2011;43:190-6.
2. Castell Alcalá MV, Otero Puime A, Sanchez Santos T, Garrido Barral A, Gonzalez 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.
3. Fernandez-Bolaños M, Otero A, Zunzunegui MV, Beland F, Alarcón T, De Hoyos C, et al. Sex differences in the prevalence of frailty in a population aged 75 and older in Spain. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:2370-1.
4. Abizanda Soler P, Lopez-Torres Hidalgo J, Romero Rizo L, Lopez Jimenez M, Sanchez Jurado PM, Atienzar Nuñez P, et al. Fragilidad y dependencia en Albacete (FRADEA) razonamiento, diseño y metodología. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:81-8.
5. 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;56A:M146-56.
6. Abizanda Soler P. Actualización en fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:106-10.

María Victoria Castell Alcalá^{a,c,d,*},
Ana Belén Melgar Borrego^a, Rosa Julián Viñals^a
y María Canto de Hoyos Alonso^{b,c}

^a Centro de Salud Dr. R. Castroviejo, Atención Primaria de Madrid, Madrid, España

^b Centro de Salud Laín Entralgo, Atención Primaria de Madrid, España

^c Miembro de la Red Temática de Investigación Cooperativa en Envejecimiento y Fragilidad (RETICEF)

^d Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcastell.gapm05@salud.madrid.org (M.V. Castell Alcalá).

doi:10.1016/j.aprim.2011.06.008

La extrapolación del número de pacientes que es necesario tratar atenta contra la bioestadística y conduce a la inmortalidad

Extrapolating the NNT jeopardises biostatistics and leads to immortality

Sr. Director:

El estudio JUPITER se diseñó para comprobar si rosuvastatina era mejor que el placebo para disminuir los episodios cardiovasculares (CV) en normolipidémicos con niveles altos de proteína C reactiva de gran sensibilidad. Incluyó aleatoriamente a 8.901 sujetos en cada grupo y se planteó para un seguimiento de 5 años¹. Sin embargo, el Comité de Segu-

ridad lo paró a los 1,9 años de mediana de seguimiento, porque consideró que había demostrado beneficios en la disminución de eventos CV.

Entre los análisis posteriores que se han realizado con los datos del estudio JUPITER, llaman la atención los cálculos que consisten en extrapolar hasta 5 años los valores del número de pacientes que es necesario tratar (NNT) conseguidos en los 1,9 años que duró el ensayo. En un artículo reciente, Koenig y Ridker realizaron un análisis *post hoc* de la variable secundaria «mortalidad CV o IAM o ACV» de pacientes del JUPITER, considerando como riesgo CV los valores > 5% según la tabla Score, y estratificando en 2 subgrupos: > 65 años y ≤ 65 años². Los resultados los informan como porcentaje de episodios por 1.000 pacientes-año. Con los datos proporcionados por los autores en su publicación, hemos calculado los resultados para esta variable secundaria a 1,9 años y resultan estadísticamente significativos, pero de baja a muy baja relevancia clínica para todos los grupos