

PLURIPATOLOGÍA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO EL PAPEL DE LA COMORBILIDAD EN EL ANCIANO FRÁGIL

Dr. Luis Varela Pinedo
Director del Instituto de Gerontología – UPCH
igero@upch.edu.pe

La fragilidad se traslapa con la discapacidad y la comorbilidad. La comorbilidad como el agregado de enfermedades manifiestas en el individuo y la fragilidad como el agregado de pérdidas subclínicas de las reservas a través de múltiples sistemas.

En el año 2001, la Dra. Fried define fragilidad como: “Un síndrome fisiológico caracterizado por la disminución de la reserva y de la capacidad de resistencia a estresores, que es la resultante del declinar acumulado en múltiples sistemas fisiológicos y que determina vulnerabilidad y desenlaces desfavorables” (caídas, dependencia, institucionalización y muerte). Esta condición afecta entre el 10 y 25% de adultos mayores y llega a alcanzar hasta un 50% de personas mayores de 85 años. En un estudio de 246 personas de la comunidad de Lima – Perú encontramos fragilidad en 7.76% de personas y pre-fragilidad en 64%. En la serie que presenta Fried, la comorbilidad, la discapacidad y la fragilidad se superponen al expresarlos en diagrama de Venn; encontrándose sólo un 26% de personas que tenían fragilidad, sin tener discapacidad ni comorbilidad. Similares resultados se encontró en los trabajos Ottenbacher en su serie sobre fragilidad en americanos mexicanos publicados en el año 2005.

En la encuesta del Proyecto de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) del año 2001 realizada en seis capitales de países de América Latina se encontró en un 25 a 30% de las personas el reporte de padecer de dos enfermedades (diabetes, hipertensión, enfermedades al corazón, enfermedades pulmonares y artritis).

Así tenemos que la comorbilidad puede contribuir aditivamente al desarrollo de la fragilidad y existe una relación establecida entre enfermedades crónicas como las cardiovasculares y la fragilidad. Como es conocido existen una serie de marcadores biológicos de tipo inflamatorio, hormonal y otros mediadores moleculares que se comparten entre estas dos condiciones, siendo la sarcopenia el trastorno implicado en el proceso de fragilidad. Es conocido que los modelos clínicos de fragilidad consideran como alteraciones subyacentes la disminución de reservas fisiológicas y de la enfermedad asociada.

La comorbilidad definida como la presencia concurrente de dos o más condiciones médicas diagnosticadas en el mismo individuo con criterios ampliamente reconocidos, sin embargo esta definición excluye las enfermedades subclínicas o las entidades no diagnosticadas, atípicas o silentes que contribuyen al deterioro del individuo. Es conocido, que la comorbilidad se define con más precisión que la discapacidad y fragilidad y se incrementa notablemente con la edad.

La mayor importancia de identificar un adulto mayor frágil o vulnerable radica en la posibilidad de realizar medidas de prevención con la finalidad de disminuir las tasas de morbimortalidad a largo plazo y mejorar la calidad de vida de éstas personas. Esto último ya se ha demostrado que se puede conseguir con la implementación de programas de actividad física y de mejor apoyo sociofamiliar.

Referencias Bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censo 2005. Encuesta Continua. Lima, Perú. 2005.
2. Varela, L, Chávez H, Herrera A, Sandoval C, Sánchez E, et al. INTRA III. Desarrollando Respuestas Integradas en Sistemas de Salud en una Población en Rápido Envejecimiento. OPS/OMS, Lima, Perú. 2005.
3. Chigne O, Varela L. Utilización de los servicios de hospitalización por pacientes geriátricos y de menor edad en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med Hered* 1999; 10: 111-8.
4. Varela L, Chávez H, Herrera A, Ortiz P, Chigne O. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. *Diagnóstico* 2004; 43: 57-63.
5. Fried L, Tangen C, Walston J, Newman A, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology* 2001; 56(3):146–156.
6. Rockwood K, Fox R, Stolee P, Robertson D, Beattie B. Frailty in elderly people: an evolving concept. *Can Med Assoc J* 1994; 150 (4): 489-495.
7. Montero M, Schapira M, Duque G, Soriano E, Kaplan R, Camera L. Gait disorders are associated with non-cardiovascular falls in elderly people: a preliminary study. *BMC Geriatrics* 2005; 5 (5): 1-6.
8. Cesari M, Kritchevsky S, Penninx B, Nicklas B, Simonsick E, Newman A, et al. Prognostic Value of Usual Gait Speed in Well-Functioning Older People. Results from the Health, Aging and Body Composition Study. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53 (10): 1675-9
9. Montero M, Schapira M, Soriano E, Varela M, Kaplan R, Camera L, et al. Gait Velocity as a Single Predictor of Adverse Events in Healthy Seniors Aged 75 Years and Older. *Journal of Gerontology.* 2005; 60(10): 1304-1309.
10. Hahn M, Lee H, Chou L. Increased muscular challenge in older adults during obstructed gait. *Gait & Posture* 2004; 21(4):1026-9.
11. Chandler J, Duncan P, Kochersberger G, Studenski S. Is lower extremity strength gain associated with improvement in physical performance and disability in frail, community-dwelling elders? *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79:24-30.
12. Penninx B, Ferrucci L, Leveille S, Rantanen T, Pahor M, Guralnik M. Lower Extremity Performance in Nondisabled Older Persons as a Predictor of Subsequent Hospitalization *Journal of Gerontology.* 2000;55 (11): 691–697.
13. Mitnitski A, Song X, Rockwood K. The Estimation of Relative Fitness and Frailty in Community-Dwelling Older Adults Using Self-Report Data. *Journal of Gerontology.* 2004, 59(6): 627–632.
14. Fugate L, Woods N, LaCroix A, Gray S, et al. Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:1321-30.

15. APOYO opinión y mercado. Perfiles Zonales de Lima Metropolitana. Lima Perú, 2005.
16. Varela, L. Principios de Geriatría y Gerontología. Ed UPCH, 2003.
17. Jeremy Walston; Frailty and Activation of the Inflammation and Coagulation Systems With and Without Clinical Comorbidities: Results from the Cardiovascular Health Study. Arch Intern Med, 2002; 162: 2333 – 2341.
18. Kenneth Rockwood, Susan E. Howlett, Chris MacKnight, B. Lynn Beattie, Howard Bergman. Prevalence, Attributes, and Outcomes of Fitness and Frailty in Community-Dwelling Older Adults: Report from the Canadian Study of Health and Aging. Journal of Gerontology: Medical Sciences. The Gerontological Society of America, 2004; 59A (12):1310–1317.
19. Arnold B. Mitnitski, Xiaowei Song and Kenneth Rockwood. The Estimation of Relative Fitness and Frailty in Community-Dwelling Older Adults Using Self-Report Data. Journal of Gerontology: Medical Sciences by The Gerontological Society of America, 2004; 59A (6): 627–632.
20. [Caroline S. Blaum, Qian Li Xue, Elisabete Michelson, Richard D. Semba,](#) and Linda P. Fried. The Association between Obesity and the Frailty Syndrome in Older Women: The Women's Health and Aging Studies. Journal of the American Geriatrics Society. 2005; 53 (6): 927–934.
21. Peggy M. Cawthon, Lynn M. Marshall, Yvonne Michael, et al Frailty in older men: prevalence, progression and relationship with mortality. Journal of the American Geriatrics Society 2007; 55 (8): 1216-1223.
22. Fisher, Jennifer. Frailty and its dangerous effects – might be preventable. Annals of Internal Medicine 2004; 141 (6): 489-492.
23. Gill Thomas. A Program to Prevent Functional Decline in Physically Frail, Elderly Persons Who Live at Home. NEJM 2002; 347 (14): 1068-1074.
24. Temkin-Greener, Helena Social Support and Risk-Adjusted Mortality in a Frail Older Population. Medical Care. 2004; 42(8):779-788.
25. Bergman, H., Béland, F., Karunanathan, S., Hogan, D., & Wolfson, C. Developpement d'un cadre de travail pour comprendre et etudier la grailite. Gerontologie et societe. 2004; 109: 15 – 29.