

DEBEMOS EVALUAR LA FRAGILIDAD DEL PACIENTE MAYOR CARDIOPATA, ES REVERSIBLE

Autores: Grupo CARDIOGERIATRÍA

Fecha de publicación: 14/02/2024

Patología: Miscelánea / Categoría: Geriátrica

Tiempo de lectura: 3 minutos



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Ya hemos hablado en **CARPRIMARIA** de la [importancia de la valoración geriátrica integral \(VGI\) y los síndromes geriátricos](#).

Los síndromes geriátricos se definen como un conjunto de situaciones originadas por una serie de enfermedades muy prevalentes en el paciente mayor, siendo responsables de incapacidad funcional o social.

Los síndromes geriátricos son:

- Depresión
- Insomnio
- Deterioro cognitivo
- Caídas
- Síncopes
- Fragilidad
- Deterioro funcional
- Inmovilidad
- Privación o carencia sensorial
- Deshidratación
- Malnutrición
- Estreñimiento

- Comorbilidades
- Polifarmacia
- Yatrogenia
- Úlceras de presión

Los pacientes cardiopatas mayores tienen alta prevalencia de síndromes geriátricos y precisan de una valoración diagnóstica estructurada para detectarlos, evaluando los problemas/necesidades/capacidades del paciente mayor en las esferas clínica, mental, funcional y social. Esto es lo que se conoce como valoración geriátrica integral (VGI) e incluye la anamnesis, la exploración física y el uso de escalas de valoración, principalmente.

La realización de la VGI es un ejemplo de medicina individualizada, permite realizar terapias orientadas a revertir síndromes geriátricos (*que impactan en el pronóstico del paciente mayor*), permitiendo así una respuesta más adecuada a las terapias específicas de cada cardiopatía y seleccionar el momento más adecuado para realizarlas.

Nos centramos ahora en la fragilidad.

FRAGILIDAD

En el paciente mayor cardiopata (*las patologías más frecuentes en el paciente mayor son la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca y la estenosis aórtica, sin contar otras como la fibrilación auricular*) la fragilidad es uno de los síndromes geriátricos más destacados, siendo un predictor de acontecimientos adversos.

La definición más extendida (*que no la primera*) es la de **Fried**: “estado fisiológico de aumento de vulnerabilidad a situaciones estresantes como resultado de una disminución o desregulación de las reservas fisiológicas de múltiples sistemas, y que origina dificultad para mantener la homeostasis”. Es decir, cambios moleculares sistémicos relacionados con el envejecimiento que afectan, entre otras, a la función mitocondrial de las células de los diferentes órganos y sistemas, reduciendo su rendimiento y capacidad de respuesta frente a situaciones estresantes. La fragilidad en cardiopatas se asocia a un mayor deterioro, dependencia y muerte.

La mayor parte de sucesos son un continuo, con una etapa subclínica y otra clínica, como ocurre en la fragilidad, con las siguientes fases:

- Paciente robusto: sin fragilidad
- Paciente prefrágil: similar a una etapa subclínica
- Paciente frágil
- Paciente con discapacidad.

¿CÓMO MEDIR LA FRAGILIDAD?

Existen diferentes escalas para la valoración de la fragilidad: la escala de **FRAIL**, los criterios de **FRIED** y la **Clinical Frailty Scale**. Las tres se pueden aplicarse al síndrome coronario *agudo* (los criterios de **FRIED** en fase estable, las otras dos en fase aguda), la estenosis aortica y la insuficiencia cardiaca, pero presentan limitaciones debido a su complejidad, duración y subjetividad (*son dependientes del observador*).

Las limitaciones antes descritas nos llevan a plantear una estrategia de cribaje inicial mediante pruebas más rápidas y sencillas, como **la batería corta de desempeño físico (SPPB)**.

SPPB

La **SPPB** es una escala de rendimiento físico con parámetros objetivos y fáciles de medir, validada en patologías cardiovasculares, y que incluye tres pruebas. La evidencia científica la considera una medida confiable y válida del rendimiento físico en el adulto > 60 años, aunque su [aplicabilidad es limitada](#) en personas con deterioro cognitivo, como la demencia.

¿Cómo hacer la SPPB?

La **SPPB** se compone de 3 ejercicios, a realizar en un orden determinado para evitar la fatiga del paciente. El orden de realización de los tres ejercicios es el siguiente (*cronometro en mano*):

1. **Test de equilibrio en tres posiciones: pies juntos, semitándem y tándem.** El paciente debe mantenerse de pie en cada una de las diferentes posiciones durante 10 segundos, sin ayudas externas y usando su calzado habitual. Si el paciente se mantiene en equilibrio durante los 10 segundos, se le otorga 1 punto y pasa a la siguiente prueba de equilibrio; si se mantiene menos o no puede hacerlo, se le otorgan 0 puntos y se pasa a la siguiente prueba, la de velocidad. Es importante estar cerca del paciente para ayudar en caso de pérdida de equilibrio. Es recomendable dar seguridad al paciente, facilitando su apoyo en un elemento cercano y seguro antes de realizar la prueba.
2. **Test de velocidad de la marcha de 4 metros.** Se hacen dos intentos y se escoge el mejor tiempo. La prueba ha de hacerse a la velocidad habitual de marcha del paciente, como si estuviera caminando por la calle. Se otorgan 4 puntos si recorre los 4 metros en menos de 4,82 segundos, 3 puntos si lo hace entre 4,82-6,20 segundos, 2 puntos entre 6,21-8,70 segundos, 1 punto si lo hace en > 8,70 segundos y si es incapaz, 0 puntos. Siempre debemos caminar al lado del paciente para ayudar, en caso de que se inestabilice. El paciente no debe aminorar la marcha cuando llegue al final de los 4 metros.
3. **Test de levantarse de la silla 5 veces.** Es la última prueba y consiste en levantarse 5 veces de una silla, lo más rápido posible, sin ayudar de los brazos que deben estar cruzados sobre el pecho. Se otorgan 4 puntos si se realiza la prueba $\leq 11,19$ segundos, 3 puntos entre 11,20-13,69 segundos, 2 puntos entre 14-59 segundos y 0 puntos si ≥ 60 segundos. Siempre debemos estar al lado de la persona, por si se inestabiliza.

Una puntuación < 10 es compatible con alta probabilidad de fragilidad, y debe confirmarse mediante la VGI, con pruebas más específicas. En caso de confirmación, se indicarán las intervenciones necesarias para su reversión. Un puntuación **SPPB ≥ 10** es compatibles con no fragilidad. En caso de no fragilidad, se recomienda repetir anualmente la evaluación o tras un evento importante de salud.

El **SPPB** se puede realizar mediante la [calculadora](#) de la **Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, SEEN**. También se puede utilizar la APP **Vivifrail**, disponible de forma gratuita en las plataformas móviles ([también se puede acceder a la web](#)).

¿LA FRAGILIDAD ES REVERSIBLE?

La fragilidad se [puede revertir](#), existiendo múltiples documentos científicos con estrategias para ello.

Las intervenciones recomendadas son:

- Control de la alimentación/nutrición, fomentando una dieta saludable.
- Desarrollo de una tabla de ejercicios adaptada a la realidad y situación del paciente. Importante incluir ejercicios de resistencia, equilibrio y elasticidad.
- [Control de los factores de riesgo cardiovascular, no discriminar terapias por la edad.](#)

De esta forma podemos conseguir una reversión de la fragilidad y mejorar el pronóstico del paciente, reduciendo su morbilidad, discapacidad y mejorando su situación funcional, cognitiva y afectiva. Además, se controlarán mejor los factores de riesgo cardiovascular, se incrementará la densidad mineral ósea y se aumentará la masa muscular.

CONCLUSIÓN

La fragilidad es un síndrome clínico que empeora el pronóstico de nuestros pacientes mayores con cardiopatías, pero podemos revertirlo. Ahora bien, para ello necesitamos buscarlo, al menos anualmente en mayores de 80 años. Se recomienda una estrategia de colaboración entre sanitarios especialistas, incluyendo geriatría, medicina interna, cardiología y medicina familiar-comunitaria. En los centros de atención primaria se puede realizar el cribaje inicial con la **SPPB**, y si se sospecha fragilidad, remitir a VGI para confirmarla. Si se confirma, debemos establecer una adecuada nutrición y un plan de ejercicios (*que importante es una buena rehabilitación*), fomentando el autocuidado y la constancia, para revertir la fragilidad. Una vez revertida, nuestro paciente mayor podrá recibir terapias de forma más segura y con una mejor respuesta.

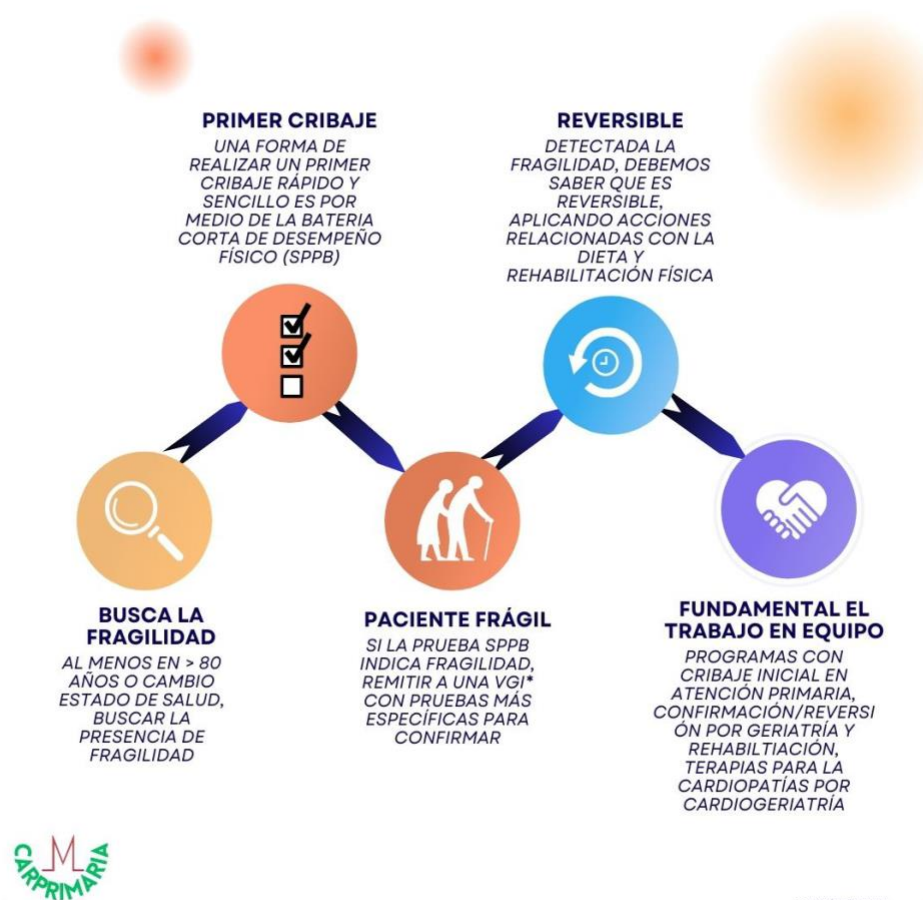


Ilustración 1. Fragilidad paciente mayor. CARPRIMARIA

REFERENCIAS

[Calculadora SPPB de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición](#)

[Proyecto VIVIFRAIL](#)

[J Geriatr Phys Ther. 2024](#)

[Actualización documento consenso prevención fragilidad en la persona mayor. Ministerio Sanidad. Gobierno de España.](#)

OTROS ARTÍCULOS DE CARPRIMARIA QUE PODRÍAN SER DE TU INTERÉS

[PDF Valoración geriátrica integral / Síndromes Geriátricos clínicos](#)

[VIDEO: Particularidades del manejo de la dislipemia en el paciente mayor](#)

[Sarcopenia 1ª parte](#), [2ª parte](#), [3ª parte](#) y [4ª parte](#)