

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



GRUPOS DE EXPERTOS DEL PAPPS

Actividades preventivas en los mayores

Iñaki Martín Lesende, Jesús D. López-Torres Hidalgo, Ana Gorroñoitia Iturbe, M. Canto de-Hoyos Alonso, José Miguel Baena Díez y Yolanda Herreros Herreros

Grupo de Actividades Preventivas en los Mayores del PAPPS

Introducción

En la presente actualización se han revisado los temas de ejercicio físico, caídas, medicación y detección de fragilidad. Las recomendaciones sobre demencia y déficits sensoriales no se incluyen en esta revisión y se remite a las recomendaciones de la actualización de 2012. Como en años anteriores, las actividades preventivas comunes con el adulto se encuentran en los apartados correspondientes.

Beneficios del ejercicio físico en las personas mayores

Introducción

La actividad física se considera uno de los determinantes de salud con mayor influencia sobre la morbilidad y la mortalidad. El ejercicio puede revertir parcialmente los efectos del envejecimiento en las funciones fisiológicas y preservar la reserva funcional en las personas mayores¹.

Síntesis de resultados

La actividad física moderada, al menos 30 minutos durante la mayor parte de los días de la semana, reduce la incidencia de enfermedad cardiovascular². En los mayores, el ejercicio regular proporciona beneficios para la salud, incluyendo presión arterial, enfermedad coronaria y perfil lipídico³, reduce la incidencia de obesidad y diabetes tipo 2 y se asocia con reducciones en las cifras de HbA1c⁴. No obstante, al evaluar la efectividad de diferentes programas de ejercicio físico en sujetos con factores de riesgo cardiovascular, la evidencia es débil en lo que se refiere al aumento de la actividad física y se desconoce si se mantiene a medio o largo plazo.

La actividad física aumenta la densidad ósea y reduce el riesgo de fractura por osteoporosis, siendo evidente en las fracturas de cadera y en menor grado en las vertebrales⁵. Aunque hay una relación entre la dosis y el beneficio, incluso la actividad física moderada reduce la prevalencia de osteoporosis. Por otra parte, la actividad física moderada reduce el dolor y la discapacidad derivados de la artrosis⁶, especialmente en la artrosis de rodilla. También reduce la probabilidad de caídas y lesiones relacionadas.

En el estado psicológico de los mayores, los estudios documentan una reducción significativa de los trastornos depresivos y del miedo a caerse en quienes realizan actividad física⁷. En los trastornos depresivos, al comparar el efecto del ejercicio físico con el tratamiento farmacológico o la terapia psicológica no se observan diferencias, si bien estas conclusiones se basan en pocos estudios⁸. Con respecto a la duración e intensidad del ejercicio físico, las recomendaciones son limitadas por el escaso número de ensayos clínicos de calidad elevada.

Un mayor índice de actividad física se relaciona con menor deterioro de las funciones cognitivas en adultos mayores sanos y con deterioro cognitivo ya manifiesto⁹. En las personas con demencia, el ejercicio físico puede mejorar o lograr una progresión más lenta del deterioro funcional¹⁰. Se han observado mejorías en la cognición en pacientes con demencia en varios ensayos clínicos al comparar el ejercicio físico con otras intervenciones como lectura o actividades sociales, si bien los resultados deben interpretarse con cautela¹⁰. No se ha demostrado que el ejercicio físico mejore los síntomas depresivos ni las alteraciones conductuales (agresión, agitación, etc.) o la calidad de vida de los pacientes con demencia o sus cuidadores¹⁰.

Datos procedentes de revisiones sistemáticas^{2,4} muestran una reducción en la incidencia de cáncer colorrectal y de mama en las personas más activas.

La forma física es la capacidad de desarrollar satisfactoriamente tanto las actividades diarias y de ocio como de afrontar eventuales situaciones imprevistas. Sus componentes más relevantes son la resistencia, la fuerza, la flexibilidad y el equilibrio. Se adquiere con el ejercicio físico, de una forma planificada, estructurada y repetitiva². La American Heart Association y el American College of Sports Medicine proporcionan recomendaciones sobre ejercicio físico para mayores de 65 años^{11,12} (tabla 1).

Todas las personas mayores pueden beneficiarse de la actividad física. En presencia de enfermedades crónicas alguna actividad física es mejor que ninguna y la participación

en cualquier actividad física implica beneficios para la salud¹². Aunque estos parecen estar directamente relacionados con la intensidad del entrenamiento, se requiere más investigación en las personas mayores, con el fin de desarrollar recomendaciones más precisas, teniendo en cuenta que el objetivo principal es fomentar su adherencia a largo plazo¹. El US Preventive Task Force encuentra insuficiente evidencia para determinar si el consejo sobre actividad física por parte de los profesionales sanitarios es efectivo¹². En la actualidad, no hay datos concluyentes acerca de las mejores estrategias para el asesoramiento médico dirigido a promover la actividad física.

Recomendaciones

- En las personas mayores se recomienda la realización de actividad física regular para reducir la incidencia de enfermedad cardiovascular, caídas y fracturas por osteoporosis, trastornos depresivos y cáncer colorrectal y de mama
- En presencia de enfermedades crónicas, alguna actividad física es mejor que ninguna y la participación en cualquier actividad física implica beneficios para la salud
- Se recomienda fomentar el ejercicio físico en personas mayores con o sin demencia como estrategia de prevención de la aparición y/o empeoramiento de deterioro cognitivo. También en personas con demencia para retrasar el deterioro funcional
- El ejercicio físico debe realizarse de forma planificada y estructurada, incluyendo actividad aeróbica durante la mayor parte de los días de la semana y ejercicio de fortalecimiento muscular, flexibilidad y equilibrio durante algunos días de la semana

Bibliografía

1. Gremeaux V, Gayda M, Lepers R, Sosner P, Juneau M, Nigam A. Exercise and longevity. *Maturitas*. 2012;73:312-7.
2. Subirats Bayego E, Subirats Vila G, Soteras Martínez I. Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:18-24.
3. Allen J, Morelli V. Aging and exercise. *Clin Geriatr Med*. 2011;27:661-71.
4. Warburton DE, Katzmarzyk PT, Rhodes RE, Shephard RJ. Evidence-informed physical activity guidelines for Canadian adults. *Can J Pub Health*. 2007;98:S16-68.
5. Kemmler W, Häberle L, Von Stengel S. Effects of exercise on fracture reduction in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Osteoporos Int*. 2013;24:1937-50.
6. Conn VS, Hafdahl AR, Minor MA, Nielsen PJ. Physical activity interventions among adults with arthritis: meta-analysis of outcomes. *Semin Arthritis Rheum*. 2008;37:307-16.
7. Gogulla S, Lemke N, Hauer K. Effects of physical activity and physical training on the psychological status of older persons with and without cognitive impairment. *Z Gerontol Geriatr*. 2012;45:279-89.
8. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;9:CD004366.

Tabla 1 Recomendaciones sobre ejercicio físico en las personas mayores

Tipo de ejercicio	Recomendaciones	Ejemplos
Ejercicio aeróbico	Se recomienda un mínimo de 30 min de actividad aeróbica de intensidad moderada 5 días a la semana, un mínimo de 20 min de actividad física intensa durante 3 días a la semana o alguna combinación de ambos	Caminar a paso ligero, correr, nadar, aeróbico acuático, tenis, golf, clases de ejercicios aeróbicos, bailar, montar en bicicleta y uso de aparatos como máquinas elípticas, máquinas de subir escaleras, bicicletas estáticas y cintas de correr
Fortalecimiento muscular	Debe realizarse un mínimo de 2 días no consecutivos a la semana y debe dirigirse a los grandes grupos musculares (abdomen, brazos, piernas, hombros y caderas). No hay un tiempo recomendado, pero deben realizarse de 10 a 15 repeticiones de cada ejercicio a un nivel moderado-alto de intensidad	Se incluye el entrenamiento con pesas, ejercicios de calistenia que soportan peso o entrenamiento de resistencia
Flexibilidad	Este tipo de ejercicio se debe realizar 2 veces a la semana durante al menos 10 min. Los estiramientos deben mantenerse durante 10 a 30 s	Estiramientos de hombros, brazos, pantorrillas y yoga
Equilibrio	Estos ejercicios deben realizarse 3 veces por semana	Se recomienda bailar, practicar <i>tai chi</i> , ejercicios de pies a talón o permanecer sobre un pie

9. Valenzuela M, Sachdev P. Can cognitive exercise prevent the onset of dementia? Systematic review of randomized clinical trials with longitudinal follow-up. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17:179-87.
10. Forbes D, Thiessen EJ, Blake CM, Forbes SC, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;12:CD006489.
11. American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Physical activity and public health: updated recommendation for adults. *Circulation*. 2007;116:1081-93.
12. Morey MC. Physical activity and exercise in older adults. En: *UpToDate*, Post TW (Ed), *UpToDate*, Waltham, MA [consultado 11-4-2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>

Caídas

Introducción

Las caídas en los ancianos son un importante problema de salud. Entre el 30-40% de los adultos mayores de 65 años se caerá como mínimo 1 vez al año. Ocasionan una importante morbimortalidad, generan un importante gasto sanitario y se asocian a inmovilidad, pérdida de autonomía e ingreso prematuro en residencias. La etiología es multifactorial; sin embargo, no hay ningún instrumento basado en la evidencia que nos permita identificar con precisión a los ancianos que tienen mayor riesgo de sufrir caídas¹⁻⁴. La edad y el antecedente de una caída previa son los marcadores más utilizados. El riesgo de caídas aumenta con el número de enfermedades crónicas, la debilidad muscular, las alteraciones de la marcha y el equilibrio⁵.

Síntesis de resultados

Esta es una revisión de la anterior actualización PAPPS publicada en el año 2012.

Hay recomendaciones que no han sufrido cambios tras la revisión bibliográfica, como la utilización de protectores de cadera, la corrección de los déficits visuales, la realización de una intervención podológica integral, la retirada de fármacos psicótrópicos, el uso de dispositivos antideslizantes para el calzado en suelos cubiertos de hielo, la inserción de marcapasos en pacientes con hipersensibilidad del seno carotídeo y la corrección de la hipotensión postural¹⁻⁵.

A continuación abordaremos con más profundidad las recomendaciones que han variado en estos dos últimos años.

Ejercicio físico

Las intervenciones de ejercicio físico se pueden agrupar en las siguientes categorías: marcha y entrenamiento del equilibrio; entrenamiento de la fuerza; flexibilidad; movimiento; actividad física general, y resistencia.

Los programas de ejercicio grupales y domiciliarios, que incluyen ejercicios de entrenamiento del equilibrio y de la fuerza, redujeron de forma moderada las caídas, al igual que el tai chi^{1,2,4,6}, aunque la eficacia de este parece ser menor en la prevención de caídas en los pacientes más frágiles⁴.

Vitamina D

Los pacientes de edad avanzada, a menudo tienen valores de vitamina D bajos por falta de exposición a la luz solar e ingesta dietética baja. La vitamina D podría reducir las caídas

por un efecto sobre la fuerza muscular y el equilibrio². Es importante preguntar a los pacientes sobre la ingesta en la dieta de vitamina D y la exposición solar. La ingesta de vitamina D debe ser el equivalente a 800-1.000 UI/día, en la dieta o como suplemento de dosis diaria, semanal o mensual^{2,4,7}.

No está claro el papel que tienen los suplementos de vitamina D en la reducción del riesgo de caídas. Las conclusiones de las diferentes revisiones publicadas en los últimos dos años no son unánimes a la hora de recomendar su administración. La Revisión Cochrane concluye que la administración de suplementos de vitamina D no parece reducir las caídas en los ancianos que residen en la comunidad¹. La USPSTF recomienda administrar suplementos de vitamina D en los pacientes mayores de 65 años residentes en la comunidad con riesgo alto de caídas².

La Sociedad Americana de Geriátrica recomienda los suplementos de vitamina D en dosis de al menos 800 UI/día en pacientes mayores de 65 años residentes en la comunidad para reducir el riesgo de caídas⁷.

Intervenciones multifactoriales

Las intervenciones multifactoriales evalúan el riesgo de caídas de un individuo y permiten poner en marcha actuaciones y tratamientos, que integran la intervención individualizada. La Sociedad Americana de Geriátrica recomienda que estas intervenciones incluyan: historia de caídas, equilibrio, forma de andar y evaluación podológica, agudeza visual, examen neurológico, incluyendo estado cognitivo, valoración cardiológica, medicación y evaluación ambiental⁸.

Hay discrepancias sobre si este tipo de intervenciones reduce el número de caídas. La Revisión Cochrane concluye que reduce el número de caídas en las personas mayores que viven en la comunidad, pero no el número de personas que sufren caídas durante el seguimiento¹. Las revisiones USPSTF y UpToDate concluyen que la reducción del riesgo de caídas es pequeña^{2,4}.

Las intervenciones para mejorar la seguridad en el hogar parecen ser efectivas, especialmente en las personas con mayor riesgo de caídas y cuando son supervisadas por terapeutas ocupacionales¹.

Recomendaciones

- No se recomienda el uso de protectores de cadera en las personas mayores que viven en la comunidad
- Se recomienda colocar marcapasos en pacientes con caídas y enfermedad del seno carotídeo
- Se aconseja la corrección quirúrgica de cataratas del primer ojo afectado
- En ancianos con dolor de pies se aconsejan intervenciones podológicas
- Debe retirarse gradualmente la medicación psicótrófica que sea posible
- Se recomiendan los ejercicios que incluyen el entrenamiento del equilibrio, la fuerza y la marcha
- Se recomienda la administración de suplementos de vitamina D (800-1.000 UI/día) en mayores de 65 años con déficit de vitamina D
- Se recomienda la corrección de los riesgos del hogar en personas mayores con alto riesgo de caídas

Bibliografía

- Gillespie L, Robertson M, Gillespie W, Sherrington C, Gates S, Clemson L, et al. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas de edad avanzada que residen en la comunidad. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;9:CD007146.
- Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Prevention of falls in community-dwelling older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2012;157:197-204.
- NICE clinical guideline 161. Falls: Assessment and prevention of falls in older people. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/CG16
- Kiel DP. Falls in older persons. Risk factors and patient evaluation. Waltham (MA): UpToDate; 2014 [consultado 23-4-2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Kiel DP. Falls: Prevention in community dwelling older persons. Waltham (MA): UpToDate; 2014 [consultado 23-4-2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Goodwin VA, Abbott RA, Whear R, Bethel A, Ukoumunne OC, Thompson-Coon J, et al. Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people: systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr.* 2014;14:15.
- American Geriatrics Society Workgroup on Vitamin D Supplementation for Older Adults. Recommendations Abstracted from the American Geriatrics Society Consensus Statement on Vitamin for Prevention of Falls and Their Consequences. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62:147-52.
- The American Geriatrics Society Clinical Practice Guideline: Prevention of falls in older person (2010). Disponible en: http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010/

Medicación en las personas mayores

Los pacientes mayores de 65 años suponen una importante parte de la población española y consumen las tres cuartas partes de los fármacos prescritos en España¹. La presente actualización se centra, sobre todo, en la deprescripción y remite a la anterior revisión¹ el resto de recomendaciones.

Los principales problemas de la medicación en los mayores¹ son: *a)* en primer lugar, la polifarmacia (consumo diario de ≥ 4 fármacos), que afecta al 34% de los mayores, y supone, entre otros, más riesgo de utilización de medicaciones inadecuadas, reacciones adversas a medicamentos (RAM) e incumplimiento terapéutico; *b)* en segundo lugar, el consumo de medicación inadecuada, factor de riesgo de mortalidad en mayores institucionalizados (en la tabla 1 se detalla la propuesta de Beers)²; *c)* en tercer lugar, el incumplimiento terapéutico, que afecta al 30-50% de los mayores; *d)* en cuarto lugar, la automedicación (el 31,2% de los mayores de 74 años); *e)* en quinto lugar, las interacciones farmacológicas (prevalencia del 28,5%), suponiendo un mayor riesgo de RAM, y *f)* por último, las propias RAM (prevalencia del 41% en mayores de 75 años), difíciles de diagnosticar en mayores por su presentación clínica atípica o confundirse con procesos del propio envejecimiento.

La deprescripción se basa en que una parte importante de los medicamentos utilizados en los mayores no han demostrado eficacia, son inútiles o producen RAM^{3,4}. Se debe priorizar en pacientes polimedicados, mayores de 80 años o con criterios de fragilidad, especialmente en enfermedades terminales o demencias avanzadas^{3,4}. Supone un proceso de

revisión continuo, puesto que la retirada de un fármaco puede suponer la aparición de un efecto de rebote, un síndrome de retirada o la reaparición de síntomas⁴.

Aunque no se dispone de ensayos clínicos específicos en deprescripción que analicen variables duras de resultados, los estudios de cohortes han mostrado no aumentar la mortalidad en mayores institucionalizados ni de la comunidad y mejorar la calidad de vida⁵. Sí que se dispone de evidencias indirectas en ensayos clínicos sobre la falta de eficacia del tratamiento hipolipemiente en mayores de 65 años⁶ y de que no son precisos criterios de control tan estrictos⁶ en mayores de 80 años en la presión arterial (es suficiente un ob-

Tabla 1 Fármacos inadecuados en el mayor

Fármacos	Recomendaciones
<i>Antihistamínicos 1ª generación</i>	Evitar
<i>Antiparkinsonianos</i> (trihexifenidilo)	Evitar
<i>Antiespasmódicos</i> (escopolamina)	Evitar*
<i>Antitrombóticos</i> (dipiridamol, ticlopidina)	Evitar
<i>Antiinfecciosos</i> (nitrofurantoína)	Evitar
<i>Cardiovasculares</i>	
Doxazosina, prazosina, terazosina	Evitar en hipertensión
Amiodarona, dronedarona, flecainida, propafenona	Evitar
Procainamida, quinidina, sotalol, disopiramida	Evitar
Digoxina > 0,125 mg/día	Evitar
Nifedipina de acción rápida	Evitar
Espironolactona > 25 mg/día	Evitar si filtrado < 30
<i>Sistema nervioso</i>	
Antidepresivos tricíclicos	Evitar
Antisicóticos típicos y atípicos	Evitar**
Benzodiazepinas	Evitar
Zolpiclona, zolpidem	Evitar uso > 90 días
<i>Sistema endocrino</i>	
Andrógenos	Evitar***
Estrógenos con o sin progestágenos orales/parches	Evitar
Hormona crecimiento	Evitar***
Megestrol	Evitar
Clorpropamida, gliburida, glibenclamida	Evitar
<i>Gastrointestinal</i>	
Metoclopramida, aceite mineral vía oral	Evitar
<i>Dolor</i>	
AINE, AAS > 325 mg/día, pentazocina	Evitar
Relajantes musculares	
Metocarbamol, ciclobenzaprina, baclofeno	Evitar

AAS: ácido acetilsalicílico; AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

*Excepto en curas paliativas.

**Excepto trastornos conductuales en demencias.

***Excepto déficit.

Adaptada de los criterios de Beers 2012.

Tabla 2 Recomendaciones PAPPS para mejorar la prescripción farmacológica en los ancianos

Problema farmacológico	Recomendación
Polifarmacia	– Reducción mediante la formación de los médicos por contactos grupales o individuales con expertos y educación de los pacientes
Medicación inadecuada	– Sistemas informáticos de detección seguidos de alternativas terapéuticas
Adherencia terapéutica	– Uso de pastilleros, simplificar el régimen terapéutico, reducir número de dosis, educación grupal de los pacientes y mejorar la comunicación médico-paciente – Utilizar asociaciones fijas de fármacos
Interacciones y reacciones adversas	– Sistemas informáticos de detección
Deprescripción	– Retirar el uso de hipolipemiantes en mayores de 65 años de prevención primaria y riesgo coronario < 10% a 10 años – Si es posible, retirar o reducir medicación antihipertensiva e hipoglucemiante en los > 80 años para mantener un objetivo terapéutico < 150/90 mmHg y de hemoglobina glucosilada < 8% – Intentar la retirada de antipsicóticos en mayores con demencia, reintroduciéndolos si empeoran – Retirar el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones si su uso no está justificado clínicamente

jetivo de presión arterial < 150/90 mmHg) y la diabetes mellitus⁶ (el objetivo de control es una hemoglobina glucosilada < 8%). Asimismo debe intentarse la retirada de la medicación antipsicótica en mayores con demencia, aunque debe reintroducirse si empeora la clínica⁷. Los pacientes mayores en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones tienen un riesgo superior de fracturas y deberían retirarse si su uso no está justificado por gastroprotección o enfermedad por reflujo gastroesofágico⁸.

En la tabla 2 se resumen las recomendaciones del PAPPS sobre la medicación de los mayores de la anterior revisión¹ y de la presente actualización.

Bibliografía

- Herreros Herreros Y, López-Torres Hidalgo JD, De-Hoyos Alonso MC, Baena Díez JM, Gorroñoigoitia Iturbe A, Martín Lesende I. Actividades preventivas en los mayores. Aten Primaria. 2012; 44 Supl 1:57-64.
- The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Updated Expert Panel. The American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. JAGS. 2012;60:616-31.
- Le Couteur D, Banks E, Gnjjidic D, McLachlan A. Deprescribing. Aust Prescr. 2011;34:182-5.
- Anónimo. Deprescripción. Boletín INFAC 2012; Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/informacion/infac_2014/r85-pkcevi04/es/
- Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. Arch Intern Med. 2010;170:1648-54.
- Baena Díez JM, Cervera León M, Burdoy Joaquín E. Objetivo terapéutico en el anciano frágil. No siempre más es mejor. FMC. 2012;19:206-10.
- Baena Díez JM, González Casafont I, Rodríguez Portillo R. Evidencias disponibles y criterios para la retirada de fármacos en las demencias. FMC. 2012;19:547-51.
- Anónimo. Ús prolongat de inhibidors de la bomba de protons (IBP) i risc de fractures. Butlletí Grog. 2012;25:5-8.

Detección e intervenciones en la persona mayor frágil en atención primaria

Introducción

La revisión acerca de la detección e intervenciones en la persona mayor frágil en atención primaria se realiza según la actualización de una revisión previa¹ con bibliografía de los años 2012 y 2013.

La persona mayor frágil se define como aquella con disminución de reservas fisiológicas y elevada vulnerabilidad a enfermedades y procesos agresores (hospitalización, cirugía, inmovilismo, etc.)² y, consecuentemente, mayor probabilidad, a su vez, para episodios adversos en salud (hospitalización, caídas, complicaciones posquirúrgicas, etc.), institucionalización, pérdida de función, dependencia y muerte.

Justificación

La importancia de la detección o cribado de la fragilidad viene dada por su prevalencia, alrededor de un 10% (muy variable según autores y métodos de detección)³, y, sobre todo, por su relevancia clínica y potencial reversibilidad con la detección temprana e intervenciones apropiadas.

Es un tema emergente en atención primaria (AP), medio asistencial idóneo en su detección y manejo⁴, pero se desconoce la efectividad del cribado en este medio y siguen sin estar bien definidos los criterios y estrategias a seguir⁴.

Detección

La Valoración Geriátrica Integral (VGI)^{5,6} es la herramienta en la que se sustenta la evaluación del paciente mayor; no obstante, no puede considerarse como instrumento de cribado de fragilidad en el contexto de la AP, aunque sí para orientar una evaluación más exhaustiva e intervenciones a realizar en la persona mayor frágil.

Para la identificación de fragilidad, desde la perspectiva de AP, tenemos varias posibilidades (tabla 1; fig. 1)^{2,3,5-7}:

- **Factores o indicadores de riesgo.** Como edad avanzada (> 80 años), hospitalización reciente o múltiple, deficientes condiciones sociofamiliares, comorbilidad, polifarmacia, inactividad física, caídas, alteración nutricional.
- **Pérdida incipiente o precoz de funcionalidad, merma en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).** Detectable a través de escalas como la de Lawton y Brody o el cuestionario VIDA (creado en AP y en fase avanzada de validación).
- **Pruebas de ejecución.** Valoran la marcha y la movilidad, como el test de “velocidad de la marcha” y la prueba cronometrada de “levántate y anda”. La Short Physical Performance Battery (SPPB), validada y normalizada en nuestro medio, combina equilibrio, velocidad de la marcha y levantarse de la silla.
- **Fenotipo clínico de Fried** o variantes (como la versión de 5 ítems del SHARE -SHARE-Fit-). Sobre la base de criterios

clínicos objetivos (pérdida de peso, debilidad, baja energía, lentitud de la marcha, inactividad física). Requieren entrenamiento y equipamiento necesario.

- **Índices multidimensionales.** Basados en acumulación de ítems de morbilidad, discapacidad y factores mentales y sociales, como el índice de fragilidad de Rockwood o la SHARE-Fix (versión amplia y basada en la VGI). Poco viables en AP.

En el terreno experimental y de investigación están los marcadores biológicos, y la sarcopenia, que representa más una base fisiopatológica o explicativa que un método práctico de detección.

Las estrategias basadas en la sospecha por factores de riesgo o pérdida de funcionalidad en AIVD se enfocan más a una detección oportunista del anciano de riesgo en la consulta. Se desconoce, en el momento actual, la efectividad del cribado de fragilidad en AP, así como el método o herramienta más adecuado para realizarlo, siendo las más empleadas las pruebas de ejecución y el fenotipo clínico.

Tabla 1 Características relevantes para la atención primaria (AP) de las diferentes estrategias de detección y cribado de fragilidad

Método/estrategia	Definen fragilidad	Utilidad en detección oportunista	Utilidad en cribado	Sencillez y factibilidad de aplicación en AP	Validación en nuestro medio
1. Factores o indicadores de riesgo	+	+++	+	++	+
2. Valoración AIVD	+	+++	+	+++	+
3. Pruebas de ejecución	++	++	+++	+++	++
4. Fenotipo clínico de fragilidad	+++	-	+++	+	++
5. Índices multidimensionales	+++	-	++	+	-

AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria.

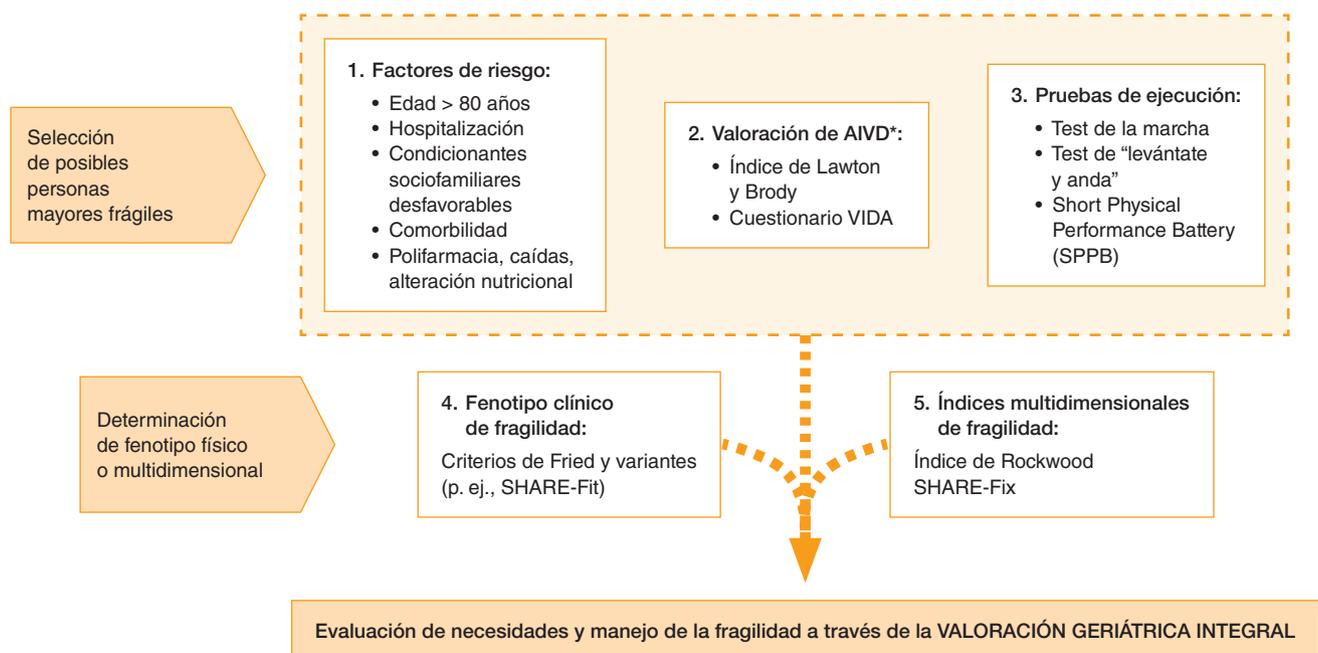


Figura 1. Posibilidades y estrategias de detección de la fragilidad en atención primaria.

Intervenciones

Es difícil generalizar acciones a tomar frente a una persona mayor frágil. Algunas de las más consistentes son¹:

- El ejercicio o actividad física adecuado a las características de la persona, estructurado y con suficiente intensidad⁸ es probablemente la acción principal a promover, por su efecto sobre la funcionalidad.
- Estrategias multidisciplinares/multidimensionales, en las que algunos profesionales específicos (geriatras, fisioterapeutas y especialistas en el manejo de movilidad y actividad física, trabajadores sociales, enfermeras comunitarias especializadas) pueden tener un importante papel, en coordinación con los de AP.
- Manejo adecuado de síndromes geriátricos, enfermedades crónicas y situaciones relacionadas con la fragilidad o empeoramiento funcional (polifarmacia, hospitalización, cirugía, estado nutricional).

Recomendaciones

- Los factores de riesgo y el deterioro en AIVD pueden utilizarse en la consulta de AP para seleccionar posibles personas frágiles (detección oportunista)
- Aunque hay experiencias y recomendaciones para utilizar las pruebas de ejecución y el fenotipo clínico, se necesita avanzar en las estrategias y métodos de detección y manejo de la fragilidad en AP, así como en la efectividad y pertinencia para realizar su cribado
- La VGI permite evaluar adecuadamente a la persona mayor frágil determinando necesidades y acciones a tomar, aunque no es útil para el cribado sistemático de fragilidad en AP
- La actividad o ejercicio físico, adaptado en intensidad y estructurado, es la recomendación principal para prevenir y/o retrasar la pérdida funcional en la fragilidad

Bibliografía

1. Martín-Lesende I, Gorroñoigoitia A, Abizanda P, Baztán JJ, Gómez-Pavón J. Actualización acerca de la detección y manejo de los ancianos frágiles en atención primaria. Marzo de 2013. Portal web “envejecimiento en red” del Ministerio de Sanidad y Consumo – CSIC. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?iPos=8&id=58940&irPag=1&clave=wXOG0E6M7q&pos=0>
2. Waltson JD. Frailty. Up to Date [consultado 12-2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
3. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. *JAGS*. 2012;60:1487-92.
4. Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Medicine*. 2012;10:4.
5. Pialoux T, Goyard J, Lesourd B. Screening tools for frailty in primary health care: A systematic review. *Geriatr Gerontol Int*. 2012;12:189-97.
6. Daniels L, Deckx L, Thompson M, Heneghan C, Buntinx F, Plüddemann A. Primary Care Diagnostic Horizon Scanning Centre Oxford. Screening instruments for frailty in primary care. 5 de noviembre de 2012. Disponible en: <http://madox.org/horizon-scanning-reports/20120026/screening-instruments-for-frailty-in-primary-care>
7. Bouillon K, Kivimaki M, Hamer M, Sabia S, Fransson EI, Singh-Manoux A, et al. Measures of frailty in population-based studies: an overview. *BMC Geriatrics*. 2013;13:64.
8. Chou CH, Hwang CL, Wu YT. Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93:237-44.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.