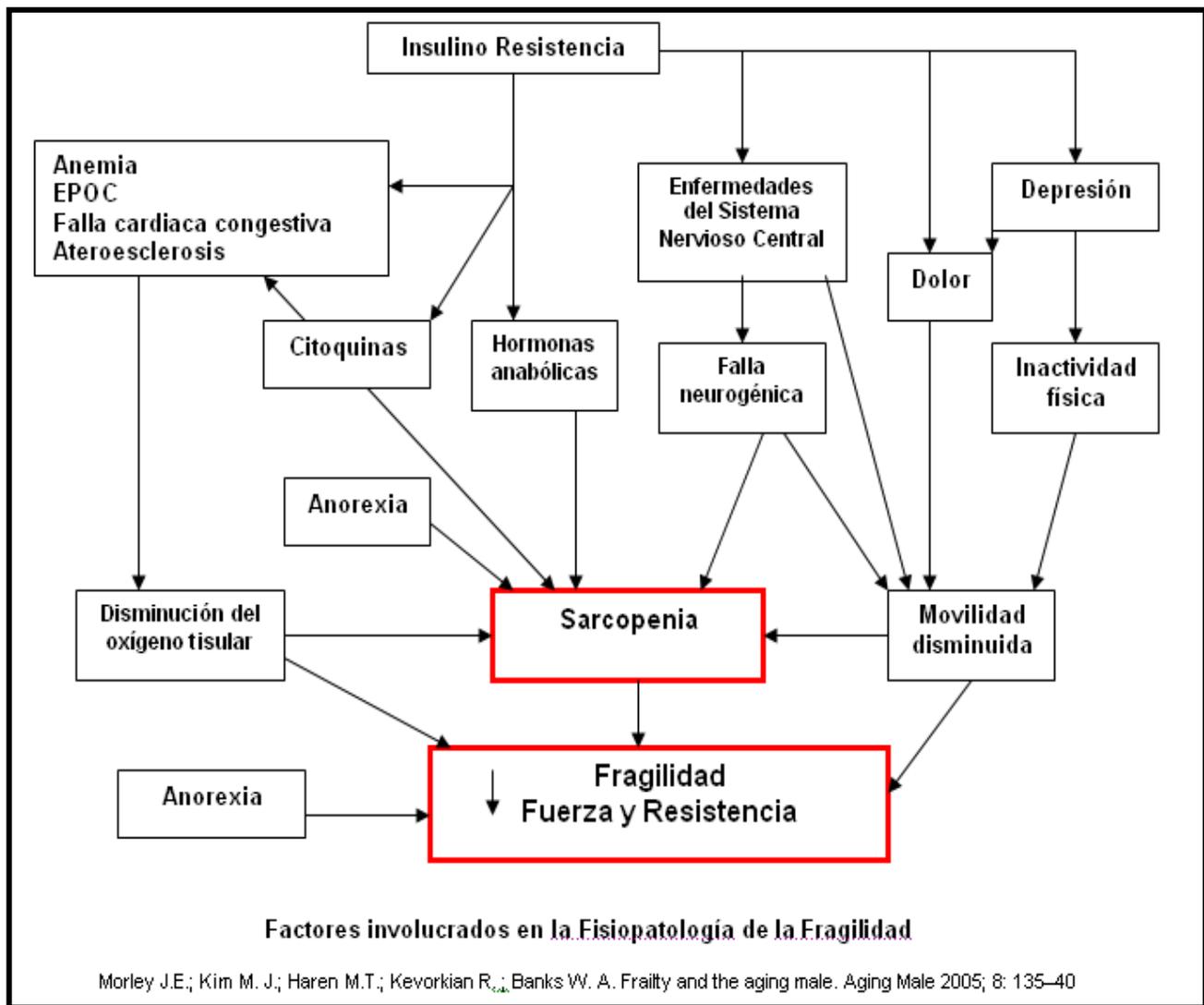


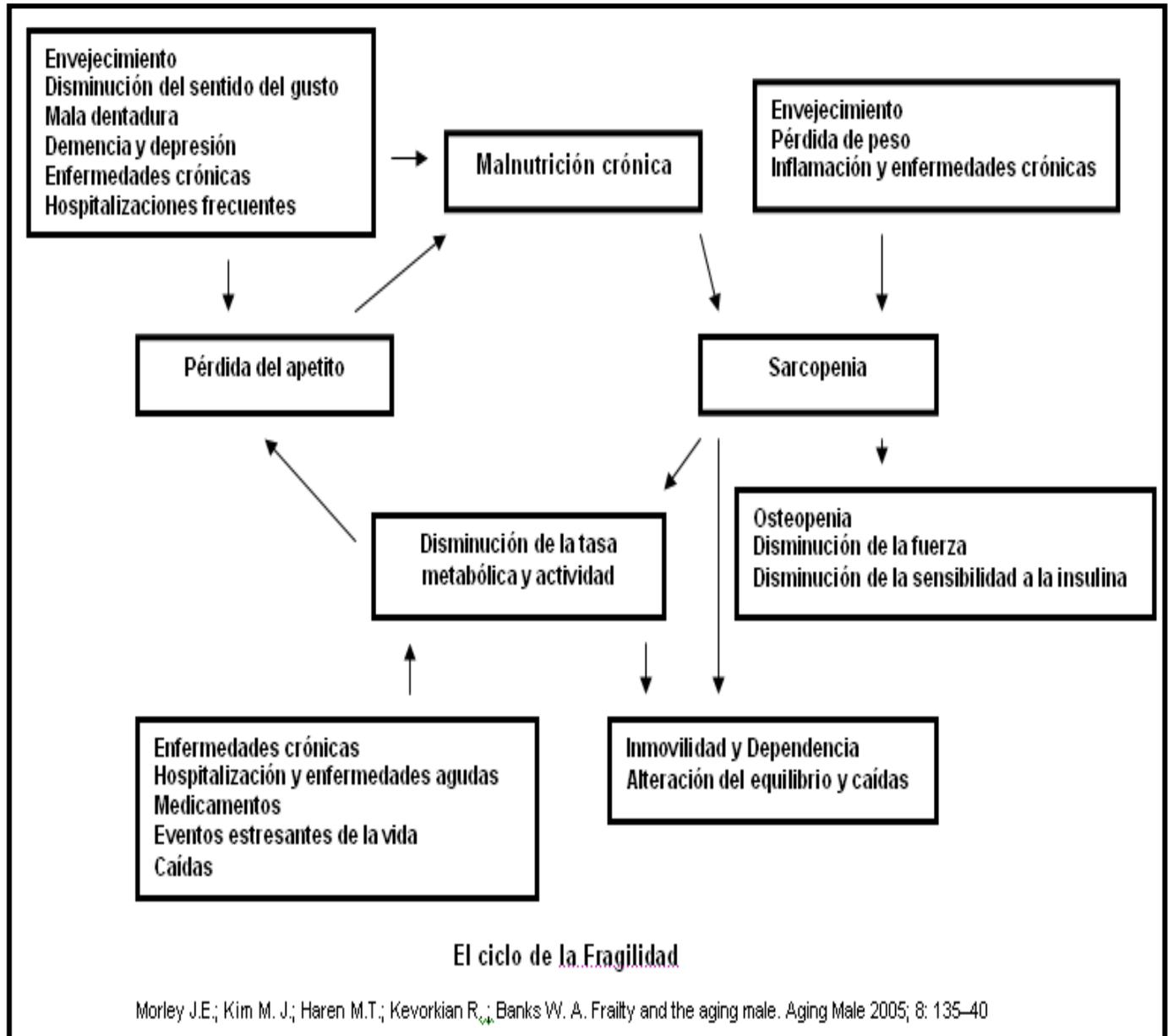
GUÍA CLÍNICA
ADULTO MAYOR FRAGIL

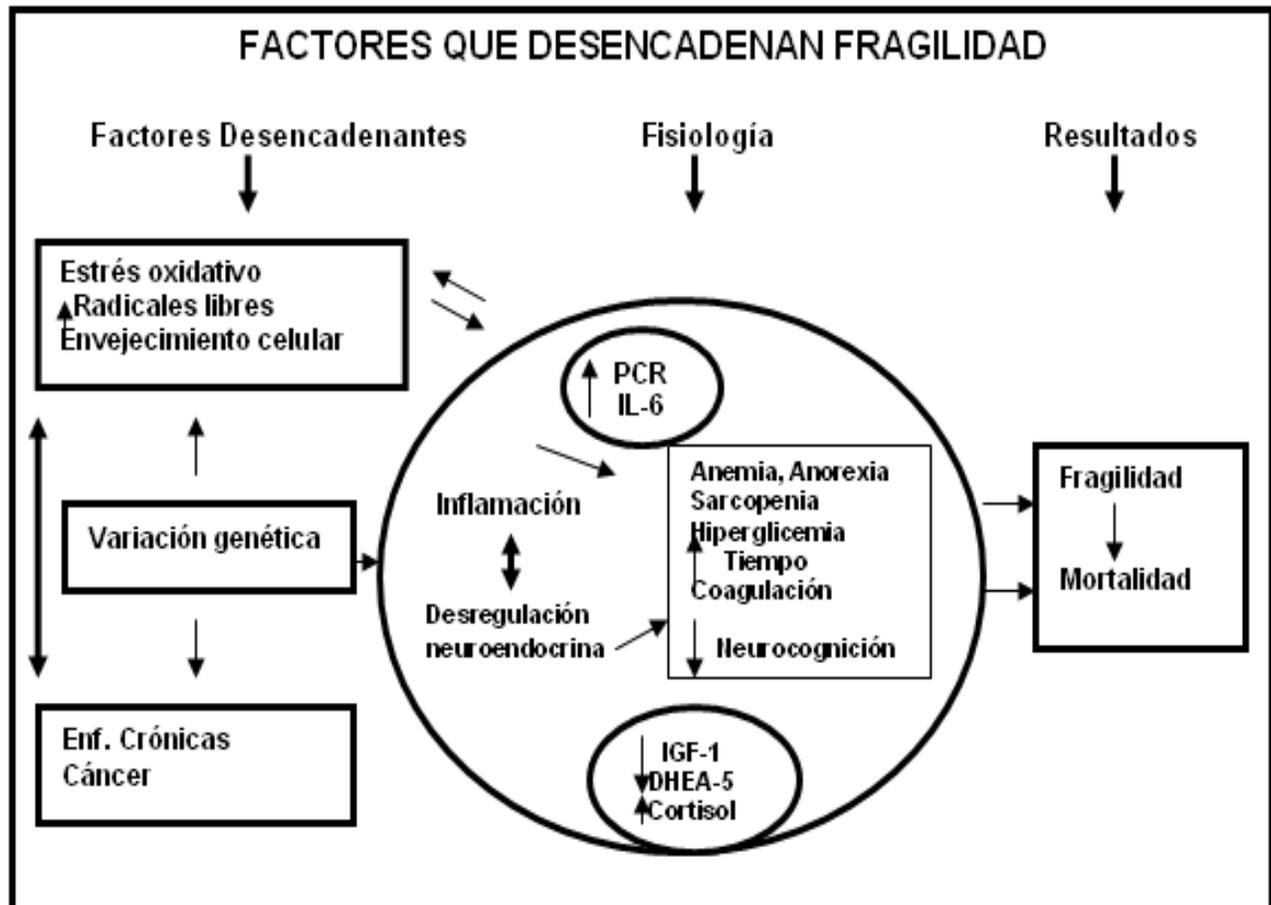
Septiembre, 2008

	Página
Flujograma	3
Recomendaciones Clave	7
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 Descripción y epidemiología del problema de salud	8
1.2 Alcance de la guía	9
Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía	
Usuarios a los que está dirigida la guía	
2. OBJETIVOS	9
3. RECOMENDACIONES	9
3.1 Prevención primaria, tamizaje y sospecha diagnóstica	9
3.2 Confirmación diagnóstica	10
3.3 Tratamiento	16
3.4 Seguimiento	16
4. Grupo de trabajo	17

FLUJOGRAMA(S) ADULTOMAYOR FRAGIL

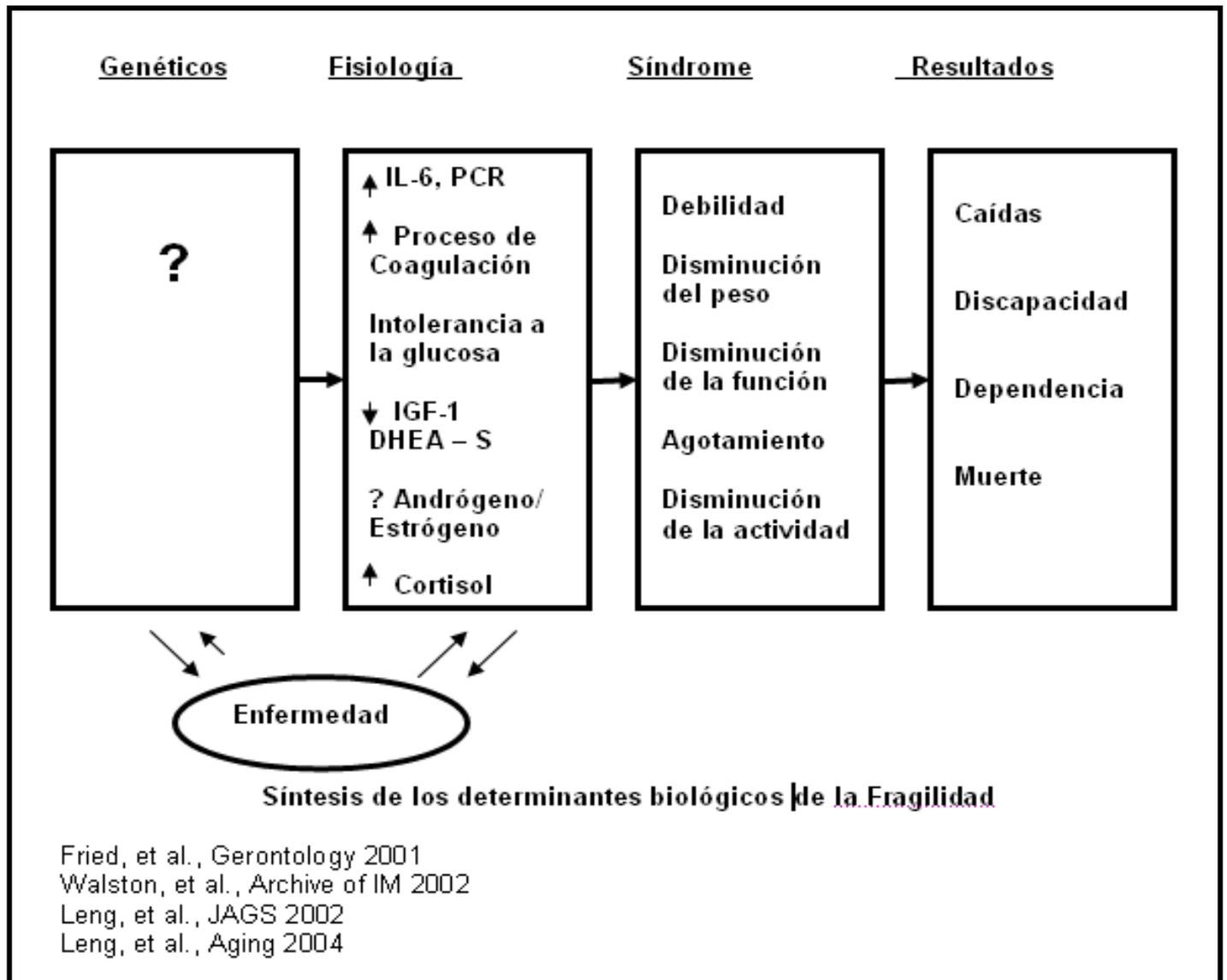






PCR: Proteína C reactiva
DHEA-S: Dehidropinandrosterona – sulfato
IGF-1: Factor de crecimiento insulínico – 1
IL – 6: Interleukina 6

Fuente: Dr. Clemente Zúñiga Gil. Universidad Autónoma de Baja California. ALMA



Recomendaciones Clave

- La fragilidad se define como un estado que se caracteriza por deterioro en las reservas fisiológicas del individuo, que lo hacen vulnerable y alteran su capacidad de respuesta al estrés.
- Implica vulnerabilidad y riesgo de deterioro.
- Tiene manifestaciones complejas y múltiples marcadores.
- Su manejo se basa en la respuesta “Geríátrica” que incluye la evaluación geriátrica completa y el manejo basado en problemas por un equipo multidisciplinario.
- Las intervenciones que mayor beneficio han demostrado a la fecha, son las nutricionales y los programas de ejercicio supervisados.
-
- Los equipos de APS deben realizar acciones de prevención para impedir la instalación de factores de riesgo que pueden generar fragilidad en el adulto mayor. Entre los modificables están:
 - SEDENTARISMO
 - BAJA DE PESO
 - Trastorno de la marcha
 - Trastorno del ánimo
 - Trastorno leve de memoria
 - Incontinencia ocasional
 - Polifarmacia
 - Soledad, pero con redes
 - Constipación crónica
- Los siguientes elementos clínicos nos pueden hacer sospechar la presencia de fragilidad en un adulto mayor:
 - Caída frecuente
 - Depresión
 - Trastorno moderado de memoria
 - Incontinencia franca
 - Disminución de las actividades instrumentales de la vida diaria y de traslado
 - Falla de visión
 - Falla de audición

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción y epidemiología del problema de salud

La fragilidad: “es un síndrome clínico- biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte”¹

Es importante señalar que el estrés no solo se refiere a injurias biomédicas (infecciones, deshidratación, constipación, etc.) sino que también se refiere al estrés social y mental (soledad, violencia, mal trato etc.), como también frente al estrés funcional (por ejemplo, necesidad urgente de subir a un bus o una escalera).

Estudios² muestran que el Índice de Fragilidad:

Es mayor:

- En adultas mayores mujeres que en hombres.
- En adultas mayores a menor nivel educacional.
- En adultas mayores a menor ingreso mensual
- En adultas mayores con bajos niveles de actividad física (sarcopenia)
- En adultas mayores con pasado de ingesta alcohólica (hombres)

Es menor:

- En adultos mayores con buena red de apoyo social (parientes, amigos, comunidad, religión)
- En adultos mayores con dietas con alta ingesta de frutas y verduras

A través de toda la vida se van generando procesos fisiológicos que llevan a la fragilidad. Si realizamos acciones que nos permitan detectar a tiempo estos procesos que se van lentamente instalando, impediremos o retardaremos, la fragilidad, y posteriormente la dependencia. Estas condiciones clínicas, prevenidas, detectadas precozmente y tratadas, producirán un resultado muy diferente que si no lo hacemos. Este es el sentido profundo de

¹ *Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for phenotype. J Gerontol, 2001: 56 A (3):146-56.

² Woo J., Goggins W., Sham A., S.C.Ho. Social Determinants of Frailty Gerontology 2005;51:402-408

toda acción de promoción y prevención dirigida a los adultos y adultos mayores. En otras palabras, si hacemos promoción y prevención, haremos uso de las ventanas de tiempo en la cuál nuestro accionar tendrá mayores beneficios. De estas acciones de promoción, hay dos que constituyen piedra angular, ellas son la nutrición y el ejercicio. Estas acciones, tienen un costo beneficio enorme. Si pensamos en los costos monetarios de la dependencia, además del sufrimiento que conlleva, no dudaremos en poner todos los esfuerzos en promoción y prevención.

Frecuencia (incidencia, prevalencia)

Al contrario de la creencia popular, no todos los adultos mayores son frágiles, sólo 3- 7% entre 65 y 75 años son frágiles. La prevalencia de fragilidad aumenta con la edad, llegando a más de un 32% en los adultos mayores con más de 90 años. Según estudios, el 7% de adultos mayores frágiles no tiene enfermedad, 25% tiene sólo una comorbilidad. Si se excluyen los adultos mayores con condiciones médicas agudas y crónicas, un 7% de los >65 años y un 20% de los >80 años son frágiles.³

1.2 Alcance de la guía

a. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía

La presente guía está diseñada para ser utilizada a nivel primario, secundario y terciario de salud, a los pacientes susceptibles a ser tamizados, tratados y seguidos por hipotiroidismo primario.

b. Usuarios a los que está dirigida la guía

Equipo de Atención Primaria de Salud: médicos, enfermeras, kinesiólogos y nutricionistas; Especialistas: geriatras, neurólogos, internistas, , reumatólogo, cardiólogo.

1.3 Declaración de intención

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no aseguran un desenlace exitoso en cada paciente.

³ Ahmed N., Mandel R., Fain M. Frailty: An Emerging Geriatric Syndrome. Am J Med. 2007 Sep; 120 (9):748-753.

No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente.

En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

2. OBJETIVOS

Esta guía es una referencia para la atención de los adultos mayores frágiles.

En ese contexto, esta guía clínica tiene por objetivos:

- 1.- Entregar recomendaciones a los usuarios de esta guía en prevención primaria, tamizaje, sospecha diagnóstica, diagnóstico y tratamiento, control y seguimiento del adulto mayor frágil
- 2.- Prevenir dependencia en adultos mayores frágiles

3. RECOMENDACIONES

3.1 Prevención primaria, tamizaje y sospecha diagnóstica

¿Cuales son los factores de riesgo a considerar en la prevención primaria de la fragilidad en adultos mayores?

Los equipos de APS deben realizar acciones de prevención para impedir la instalación de factores de riesgo que pueden generar fragilidad en el adulto mayor. Entre los modificables están:

- SEDENTARISMO
- BAJA DE PESO
- Trastorno de la marcha
- Trastorno del ánimo
- Trastorno leve de memoria
- Incontinencia ocasional
- Polifarmacia
- Soledad, pero con redes
- Constipación crónica

¿A que adultos mayores se les hace screening para detectar la presencia de factores de riesgo de fragilidad en atención primaria?

Al 100% de los adultos mayores inscritos en el centro de salud se les debe hacer el Examen de Medicina Preventiva Anual, ya que en este examen podemos identificar los factores de riesgo de fragilidad y realizar un Plan de Atención con el equipo, el adulto mayor, la familia y la comunidad. Los adultos mayores que obtienen un puntaje igual o menor a 42 puntos en la aplicación de EFAM, deben tratarse como frágiles. Deben ser enviados a médica, quien, junto con el resto del equipo, aplicará las recomendaciones de la Guía Clínica.

¿Cuales son los elementos clínicos que nos pueden hacer sospechar fragilidad en los adultos mayores?

Los siguientes elementos clínicos nos pueden hacer sospechar la presencia de fragilidad en un adulto mayor:

- Caída frecuente
- Depresión
- Trastorno moderado de memoria
- Incontinencia franca
- Disminución de las actividades instrumentales de la vida diaria y de traslado
- Falla de visión
- Falla de audición

Si observa que el adulto mayor presenta algunos de estos elementos clínicos derive a medico para su diagnóstico y tratamiento.

Si no están los elementos clínicos y el adulto mayor no cuenta con ningún tipo de red o su red es demasiado débil, también elementos constituyentes de fragilidad, la asistente social debe movilizar a la intersectorialidad.

3.2 Confirmación diagnóstica

¿Cómo se orienta la anamnesis para diagnosticar fragilidad en el adulto mayor?

La gran complejidad de la fragilidad, debido a la multiplicidad de factores que en ella influyen, vale decir elementos biomédicos, funcionales, sociales y mentales, que a su vez están en interacción, nos lleva a comprender el término del adulto mayor frágil como un paciente complejo y que obliga a una anamnesis profunda; no solo en un intento de dilucidar los factores desencadenantes de su fragilidad sino que además ofrecer soluciones viables a sus requerimientos también complejos. Por ejemplo adultos mayores frágiles en el ámbito rural y adultos mayores sin redes.

Es importante recordar que, cuando estamos frente de un adulto mayor que nos consulta, estamos de verdad frente a un “sobreviviente” de un pasado muy particular, probablemente se trata de un anciano de escasos recursos. En este contexto social, la mayoría de nuestros

adultos mayores usuarios del sistema público de salud, pertenecen a una “historia social” marcada por las grandes brechas sociales, donde con casi toda seguridad ellos pertenecieron a los estratos sociales más desprotegidos, con una carga de malnutrición y baja escolaridad. Además, con seguridad, estaremos mayoritariamente frente a adultos mayores que forjaron su niñez y adolescencia en el campo, allí crecieron con valores de respeto a sus mayores, a sus “patrones”, a sus profesores, etc., vale decir, atesoran fuertemente un sentido de respeto. Y, frente a sus iguales, un sentido de solidaridad en las duras tareas por sobrevivir en épocas duras: epidemias, cesantías, escasez, etc.

Es importante evitar caer en ciertos mitos dichos a viva voz como “usted ya es viejo y debe aceptar su estado actual...”, “¿se ha fijado que edad tiene?” o “es irreversible y no tiene remedio debido a su edad....”. La mayoría de las veces ellos asumen interiormente que sus problemas serán de difícil o de compleja solución, no obstante ven en el equipo de salud su esperanza que alguien más instruido en el “arte de curar” les pueda ayudar a paliar sus quejas. En los tiempos modernos de una medicina con alta tecnologización el enfrentamiento a un adulto mayor doliente o triste, es quizás la última oportunidad que tengamos de ofrecer un acto médico lleno de empatía y afecto. Es común que el adulto mayor traiga un listado de todas sus dolencias o problemas. Debemos escuchar y priorizar aquellas de más valor atingente a su estado actual, y no caer en el error de creer que todas sus quejas son síntomas o signos de la vejez. El trato mismo es otro elemento importante, tratarlos de señor, o señora, aminora la posibilidad de que se sientan cohibidos por un joven que los trata de “tu”.

La observación del adulto mayor durante la entrevista nos da claves importantes a considerar posteriormente. Desde el mismo instante que ingresa a la sala de atención, debemos observar el estado de la vestimenta, si hay deterioro de ella no pensar solo en pobreza, sino además en descuido, soledad, olvidos o desinterés, que puede deberse a un deterioro cognitivo incipiente o ya declarado.

Del mismo modo, si llega solo a la consulta, puede existir abandono por sus hijos o viudez reciente, o que está muy autónomo y sus problemas no son acuciantes. Deberíamos saber si sus familiares o cercanos saben que vino a la consulta, no es raro que a veces “arrancan” de la casa hacia la consulta del médico, en este caso dilucidar porqué prefirieron llegar solos.

También en este contexto, visualizar desde la entrada a la sala la rapidez o lentitud de la marcha, su equilibrio, pidiéndoles que corran la silla y se sienten, cuando se supone que lo pueden hacer solos. Con ello buscamos algunos indicios de algún deterioro neurológico o sensorial, o bien de lentitud por depresión, no sólo observaremos la velocidad o equilibrio de marcha al entrar, estaremos además observando la calidad y tipo del calzado con su probable ingerencia en la marcha.

Al acercarnos a saludar detectar algún olor, buscando alguna señal de incontinencia urinaria por ejemplo. De allí que es bueno pedirles que se desvistan para ir a la camilla de examen, con lo que no sólo visualizaremos habilidad manual o funcional durante el desvestido, sino además sospechar que la probable incontinencia sea por incapacidad de desvestirse a tiempo y llegar al baño. Además agudizaremos el olfato en la búsqueda de alguna halitosis

que puede indicarnos falta de aseo o sepsis dental y en diabéticos un olor cetónico que oriente a una descompensación. La halitosis puede también ser una señal de procesos gástricos crónicos o malignos, en especial cuando nos enfrentamos a un adulto mayor con baja de peso a primera vista.

Se debe observar el estado de la piel, uñas, alguna señal de descuido, o maltrato, o traumas por caídas.

Antes de iniciar la entrevista se debe cerciorar sobre la necesidad del adulto mayor en el uso de lentes o audífonos, si así fuere ver el estado de estos, a veces la falta de lentes o mal estado de audífonos, o baterías, impide una buena entrevista. No olvidar que la mayoría de los adultos mayores, refieren ruidos molestos con el uso de audífonos y no los usan, a veces sólo por falta de entrenamiento en el uso de estos aparatos. No es raro observar el rechazo por parte de los adultos mayores en el uso del bastón, ello nos lleva a la necesidad de indagar si previamente se han indicado bastones o similares, si los usa o no, ver los motivos de rechazo. En caso de alteración de la audición, nunca gritar, sino más bien hablar lento, pausado, bien modulado y algo más alto el tono. El grito a veces los asusta y ridiculiza, y basta aquello para perder la empatía hacia el profesional, algo muy necesario en la relación profesional de la salud- paciente.

Un detalle a veces llamativo es el llamado “signo de la cabeza”, que se refiere a aquellos adultos mayores que frente a cada pregunta tienden a girar su cabeza en búsqueda del acompañante como pidiendo ayuda para responder. Esto no siempre es hipoacusia severa, sino que puede ser algún síntoma de una demencia incipiente.

Es relativamente frecuente, adultos mayores que llegan con una gran cantidad de exámenes previos, y sus hijos o acompañantes, reclamando que pese a todos los exámenes nada se ha diagnosticado. Esto debe llevarnos a un análisis más exhaustivo en el ámbito mental del paciente en la búsqueda de algún deterioro de carácter depresivo o cognitivo que expliquen los síntomas no atribuibles a fallas de tipo orgánica.

Ya más próximos al examen físico cuando pedimos que se desvista, debemos estar alertas del estado de la ropa interior en la búsqueda de señales de alguna incontinencia urinaria o fecal. Del mismo modo si hay eritemas en pliegues señalando falta de aseo voluntario o por falta de sus cuidadores. También es esta la oportunidad de detectar cicatrices accidentales o bien por alguna cirugía, indagaremos sobre ello.

En la aplicación del enfoque geriátrico la confección de un “listado de problemas” es crucial, incluso aún antes de completar hipótesis diagnósticos y tratamientos habituales.

Los problemas pueden ser informados por el paciente o acompañante, en este caso el problema se define como aquella situación que altera la calidad de vida del paciente, por ejemplo dolor de las piernas (problema orgánico), soledad (problema psíquico), falta de dinero (problema social), dificultad para tomar el bus (problema funcional).

En ambos casos, tanto los problemas del paciente, como los detectados por el médico, se deben evaluar y jerarquizar como cualquier síntoma o signo, o sea, tiempo de duración, agravantes, atenuantes, complicaciones sobre funcionalidad, etc.

Bernard Isaacs, uno de los padres de la Geriátría, determinó que en la búsqueda del paciente frágil, la Geriátría debe “comprometerse” a detectar en la primera evaluación, las siguientes llamadas cinco “Ies”:

- Inmovilidad
- Inestabilidad postural
- Incontinencia
- Insuficiencia cognitiva
- Iatrogenia

La inmovilidad implica la dificultad por parte del adulto mayor de trasladarse de un lugar a otro, lo cual conlleva a una dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria. Este inmovilismo puede dar inicio a una serie de eventos secundarios, en que una consecuencia puede llevar a la otra en una verdadero “efecto de cascada”, y entre los cuales se cuentan, atrofia muscular por desuso, contracturas musculares, mayor inmovilismo, caídas, miedo a caminar, postración, constipación, deshidratación, escaras, infección de escaras, sepsis y muerte.

La inestabilidad postural se refiere a una alteración del equilibrio sobre todo al caminar, puede llevar a caídas y consecuencias de ésta: traumas locales leves hasta fracturas serias y muerte por TEC. Estas caídas constituyen uno de los “síntomas” más importantes de la Geriátría, ya que producen alta fragilidad al adulto mayor que las padece. Encontrar la etiología de esta inestabilidad postural constituye un gran desafío para el equipo tratante.

La incontinencia es una pérdida involuntaria de orina o de heces, y constituye uno de los mayores “signos” clínicos de la geriátría. Por lo tanto no hay que pasar por alto la pérdida de orina, aunque muchas veces ni el mismo paciente o sus cuidadores le dan importancia a este hecho. También como en muchos otros temas, está el mito de que al final de cuentas la incontinencia es incurable, cosa que no es así, pues con una buena causa detectada, hay tratamiento posible.

La insuficiencia cognitiva se refiere a aquellas funciones intelectuales superiores que pudieran estar alteradas en el adulto mayor. En las demencias propiamente tal hay consecuencias en la independencia o autonomía para ejecutar las actividades de la vida diaria. No olvidar el diagnóstico diferencial con el Estado Confusional Agudo o Delirium, de etiología diversa y que constituye una emergencia geriátrica.

La Iatrogenia se refiere a la polimedicación del adulto mayor, esto tanto por lo habitual que es ver adultos mayores con pluripatologías, como por la tendencia bien intencionada de tratar cada problema con el fármaco que se estime como el más apropiado.

No hay que olvidar que Iatrogenia, no se refiere solo a la administración inapropiada de fármacos o cirugías, o regímenes nutricionales que no corresponden, etc., sino que además se refiere a aquellas situaciones que no se tratan por creer que estamos frente a un síntoma “normal del envejecimiento”. En este caso se cae en Iatrogenia por omisión del tratamiento. Tampoco se debe olvidar, lo que se señaló al principio del desarrollo de este tema, es decir, cuando los médicos o cualquier miembro del equipo profesional emite opiniones tales como: “es incurable”, es “un problema de la edad”, etc. También cuando opinamos frente

a un deterioro cualquiera de la memoria como “una Demencia” se puede caer entonces en la llamada “Iatrogenia de Palabra”, en la cual algunas de nuestras opiniones pueden afectar la calidad de vida del A.M. en cuestión.

¿Como se hace el examen físico para diagnosticar fragilidad en el adulto mayor?

El examen físico de un adulto mayor frágil debe ser enfrentado por todo el equipo.

- El médico realiza el examen físico habitual con énfasis en búsqueda de aquellos factores que orienten a fragilidad: Función cardiaca, respiratoria, neurológico, sensoriales, estado de los pies, simetría de extremidades inferiores, neuropatías y vasculopatías periféricas.
- Evaluación de fuerza, equilibrio y marcha:
 - a.- Fuerza: se evalúa clínicamente mediante la medición de la fuerza de cuádriceps.
 - b.- Equilibrio estático, se evalúa mediante la prueba de Estación Unipodal.
 - c.- Equilibrio dinámico: es una prueba combinada que evalúa fuerza, marcha y resistencia al esfuerzo. Se utiliza la prueba “Timed up and go”.
Esta evaluación debe ser realizada por Kinesiólogo.
- Evaluación Nutricional:
 - a.- Peso, Talla, IMC.
 - b.- Aplicar Mini Nutricional Assessment
 - c.- Valoración antropométrica: circunferencia braquial, cintura y pantorrilla y pliegues cutáneos para estimación de masa muscular.
Esta evaluación debe ser realizada por Nutricionista.
- Evaluación de función cognitiva, del estado del ánimo. Referirse a guías clínicas de demencia y depresión.
Esta evaluación debe ser hecha por Enfermera.

¿Que exámenes de laboratorio son necesarios para diagnostico de fragilidad en el AM?

Hemograma, perfil bioquímico, TSH, creatinina, electrolitos, orina completa, electrocardiograma, radiografía de tórax y se realizaran exámenes específicos de laboratorio de acuerdo a la sospecha de enfermedad orgánica que pudiera explicar la fragilidad.

¿Cómo hacer el diagnóstico etiológico?

Luego de la anamnesis, examen físico y de laboratorio, recordar las causas más frecuentes de fragilidad en el adulto mayor, entre las cuales se cuentan:

A:- Causas Fisiopatológicas:

Aterosclerosis: Responsable de enfermedades asociadas a fragilidad (ICC, EVP, AVE). Se asocia a aumento de citoquinas.

EPOC: Hipoxia conlleva un aumento de citoquinas y disminución de función cerebral y muscular. Bajos niveles de testosterona.

Anemia: relacionada con disminución de funcionalidad, alteración de la cognición y mortalidad.

Diabetes Mellitus: Aumento de citoquinas, disminución testosterona, ATE acelerada.

Hiperinsulinemia + Insulinorresistencia: HTA, Hiperglicemia, aumento TGC, disminución HDL, aumento ácido urico, alteración factores de coagulación, NASH, mioesteatosis y disfunción cognitiva.

Citoquinas aumentadas: pérdida de masa muscular, modulación del sistema inmunológico, disminución de albúmina plasmática, anemia, anorexia, disminución de cognición, aumento de lipólisis con inhibición de la lipoproteína-lipasa.

Disminución de niveles de testosterona que determina pérdida de masa y fuerza muscular.

Disminución de Vitamina D asociada a deterioro funcional y caídas.

Proteína C Reactiva: marcador no específico de exceso de citoquinas, relacionado con pérdida de masa y fuerza muscular.

Sarcopenia: disminución de masa muscular

Obesos sarcopénicos (“fat frail”) tienen la más alta pérdida de funcionalidad y aumento de mortalidad. Causas: Genes y ambiente (calidad de fibra muscular). IECAs mejoran fuerza muscular. Testosterona, IGF-I, actividad física, ingreso energético y edad, son predictores de masa y fuerza muscular.

Anorexia “Fisiológica”. Determina malnutrición, con pérdida de tejido muscular y grasa.

Dolor: Común en el adulto mayor, puede determinar atrofia por desuso y contracturas, limita la actividad

Alteración del equilibrio: determina riesgos de caídas.

Desmotivación: determina disminución de actividad física, con aumento de la liberación de factor corticotrópico que produce anorexia y aumento de la pérdida de tejido muscular. Es un factor mayor en la patogénesis de fragilidad.

B.- Causas Funcionales: sedentarismo, inmovilismo, desuso.

C.- Causas Nutricionales: malnutrición por exceso o déficit

D.- Síndromes: astenia, anorexia, adinamia, baja de peso, trastorno del ánimo.

Criterios para diagnóstico de fragilidad (basado en criterios de Fried)

- Pérdida involuntaria de más de 4,5 kilos o una disminución mayor o igual al 5 % del peso previo en el último año.
- Disminución en un 20 % de la fuerza del apretón de mano, medido con un dinamómetro y ajustado según sexo y al IMC. Se acepta como válido la auto percepción de pérdida de fuerza de las manos.
- Pobre resistencia: definida como la autopercepción de agotamiento fácil frente a las actividades habituales.
- Velocidad al caminar una distancia de 15 pies (4,6 m) mayor o igual a 6 ó 7s, según sexo y talla. Se aceptara válida la autopercepción de pérdida en la velocidad de la marcha previa.
- Baja actividad física según una versión de un cuestionario que recoge el tiempo empleado en la práctica de ejercicios físicos y actividades recreativas. Se acepta como válida la disminución de las actividades físicas previas informadas por el adulto mayor o sus familiares.

Si el adulto mayor presenta tres o más criterios alterados, con alta probabilidad estamos en presencia de Fragilidad.⁴

⁴ Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for phenotype. J Gerontol 2001; 56A (3):146-56.

3.3 Tratamiento

¿Cómo hacer el tratamiento de la fragilidad en el adulto mayor?

Medidas para revertir el proceso.

- Lo principal es optimizar el **diagnóstico y tratamiento de todas las patologías médicas** de base que pudieran estar provocando o contribuyendo a la fragilidad.
- Incorporar al adulto mayor frágil a programas de ejercicios de fuerza, flexibilidad, equilibrio y resistencia.
- Manejo nutricional adecuado.
- Educar a paciente y familia.

¿Cuales son los criterios de derivación a nivel secundario?

- Dificultad para identificar diagnóstico etiológico específico
- Empeoramiento de la condición de fragilidad al mes
- Cuando no hay respuesta satisfactoria al tratamiento integral propuesto al cabo de tres meses

3.4 Control y Seguimiento

¿Cuales son los criterios de control y seguimiento del adulto mayor con fragilidad?

Se debe controlar en conjunto por médico, kinesiólogo y nutricionista al mes de iniciado el tratamiento. Si hay respuesta satisfactoria volver a controlar cada tres meses.

La evolución del estado de fragilidad se medirá con los criterios de Fried. Se considerará como evolución positiva con la mejora de al menos uno de los criterios identificados

La prueba Timed up and go, es una prueba compuesta ya que incluye la valoración del equilibrio dinámico en la marcha y fuerza de extremidades inferiores para ponerse de pie y sentarse. Además se ponen en ejecución los sistemas respiratorio, cardiovascular, osteomuscular, nervioso y cognitivo.

Linda P. Fried y colaboradores validaron fenotipo a partir de los siguientes criterios (3 de los 5 para diagnóstico):

Según evidencia estos son los puntajes de clasificación de los adultos mayores.

10 a 19 segundos: Móvil.

20 a 29 segundos: Movilidad variable.

30 o más segundos: dependiente.

Mobilizar los recursos comunitarios.

Mayor seguimiento en personas institucionalizadas en establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM)

4.- Grupo de Trabajo

Patricio Herrera V.	Medico Geriatra, Instituto Nacional de Geriatria
Clara Bustos Z.	Socióloga, Magíster en Gerontología, Asesora MINSAL
Rubén López L.	Kinesiólogo, Magíster en Gerontología Asesor MINSAL
Alicia Villalobos C.	Enfermera, Especialista en Gerontología y Geriatria Encargada Programa Salud del Adulto Mayor Departamento Ciclo Vital