

## RELACIÓN ENFERMEDAD-FRAGILIDAD, UNA DEFINICIÓN IMPORTANTE

Miguel Germán Borda<sup>1,2</sup>  
Mario Ulises Pérez-Zepeda<sup>3</sup>

Cuando se interroga sobre la enfermedad característica del Geriatra, a diferencia de otras especialidades como la cardiología o la psiquiatría la respuesta puede ser difícil. De alguna manera decir que es la especialidad que se encarga de la salud de los adultos mayores es correcto; dado que se trata de una especialidad enfocada en un ser humano y no órgano específico. Sin embargo, surge la duda por ejemplo de cuando se requiere de un Geriatra en el abordaje y tratamiento un adulto mayor con falla cardiaca y no simplemente de un cardiólogo o un internista.

Una respuesta simple y que conforme pasa el tiempo tiene más fuerza es: la fragilidad.

La fragilidad es un estado clínico que hace al individuo más vulnerable para desarrollar dependencia y / o morir cuando se expone a un factor de estrés (1, 2).

La fragilidad se compone de problemas o déficits biológicos, psicológicos y sociales; así pues, el paciente frágil necesita una intervención multidimensional.

Nuestro paciente con falla cardiaca puede estar bien controlado en seguimiento únicamente por su cardiólogo cuando solo requiere medicamentos para la falla cardiaca; sin embargo, cuando en él convergen más problemas como la sarcopenia, las comorbilidades, la desnutrición, la depresión, la polifarmacia o algún grado de deterioro funcional; lo configuran como frágil. Esto nos indica que más allá de necesitar IECA, diuréticos o betabloqueadores el paciente requiere la mirada integral del geriatra. La sarcopenia y la desnutrición son comunes en la falla cardiaca e inciden de forma importante es su pronóstico y su tratamiento es la rehabilitación física y un mejor aporte nutricional, no los diuréticos.

---

<sup>1</sup> Semillero de Neurociencias y Envejecimiento, Instituto de Envejecimiento y Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup> Unidad de Geriatría, Hospital Universitario San Ignacio y Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

<sup>3</sup> Departamento de Investigación Epidemiológica Geriátrica. Instituto Nacional de Geriatría, México D.F., México.

Lastimosamente el concepto de fragilidad no está ampliamente distribuido en el mundo y hay desconocimiento en cuidado primario y en las demás especialidades médicas, impidiendo que se detecten los pacientes frágiles y sean remitidos oportunamente al geriatra.

La fragilidad no es una condición agregada a una condición establecida(3-5). También es cierto que hablar por hablar de la fragilidad no nos hace geriatras ni expertos en el cuidado de los adultos mayores. La fragilidad es una condición mayor que envuelve factores biológicos, psicológicos y sociales por tanto la fragilidad no está al mismo nivel que un solo factor y tampoco es componente de alguna enfermedad por si sola(1).

## Referencias

1. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2011;27(1):17-26.
2. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013;14(6):392-7.
3. Powell C. Frailty and Parkinson's disease: theories and clinical implications. *Parkinsonism & related disorders*. 2008;14(4):271-2.
4. Afilalo J, Karunanathan S, Eisenberg MJ, Alexander KP, Bergman H. Role of frailty in patients with cardiovascular disease. *The American journal of cardiology*. 2009;103(11):1616-21.
5. Park SK, Richardson CR, Holleman RG, Larson JL. Frailty in people with COPD, using the National Health and Nutrition Evaluation Survey dataset (2003-2006). *Heart & lung : the journal of critical care*. 2013;42(3):163-70.