

CARLOS ALBERTO CANO GUTIÉRREZ

Director del Instituto de Envejecimiento,
Facultad de Medicina. Pontificia Universidad
Javeriana, Bogotá, Colombia

Jefe de la Unidad de Geriátrica, Departamento
de Medicina Interna, Hospital Universitario
San Ignacio, Bogotá, Colombia

El envejecimiento poblacional es uno de los temas de mayor actualidad, pues tiene implicaciones en múltiples escenarios como en el económico, en el político, en nuestro entorno y, por supuesto, en la salud. Dicha situación no es en vano, pues cerca del 12 % de la población colombiana tiene 60 o más años, con un incremento acelerado, pues esta crece al 3,5 % en comparación con el país, que lo hace al 1,7 % (1). El índice de envejecimiento pasó de 11,6 % en 1951, al 49,8 % en la actualidad, con un aumento de la expectativa de vida al nacer de 30 años en los últimos 70 años, llegando los 79 años en las mujeres y 73 años en los hombres (1), fenómeno nunca antes visto en nuestro país.

Ante esta realidad epidemiológica, la Organización Mundial de la Salud promueve la educación en torno al envejecimiento saludable (2), situación que nos invita a entender este reto como la posibilidad de “comprimir” la presencia de enfermedades dependientes de la edad, más que a pensar en una epidemia de estas. Debemos, entonces, apuntar a que las trayectorias al final de la vida sean conservando la funcionalidad el mayor tiempo posible, independiente de la edad y de las modificaciones esperables en la capacidad intrínseca que acompañan al envejecimiento, es decir, los cambios en las actividades físicas y mentales que normalmente se tienen.

El envejecimiento saludable se sustenta en los derechos humanos de las personas adultas mayores, teniendo en cuenta los principios universales promulgados por la Organización de las Naciones Unidas, a favor de este grupo poblacional (2). Esta institución destaca como metas alcanzables la independencia, la participación, la dignidad, la asistencia y la realización de sus propios deseos, y se basa en los conceptos de autonomía, calidad de vida y esperanza de vida sana; también referido como un sinónimo de vivir libre de discapacidad (2).

Este ideal no dejaría de ser retórica si, hoy en día, no existiera el concepto de *fragilidad*, dado que esta entidad nosológica precede y anticipa el envejecimiento patológico, tratable y prevenible en la actualidad (3). Se define como un estado clínico y de vulnerabilidad fisiológica que aumenta

el riesgo de un individuo para desarrollar dependencia o incrementar la mortalidad cuando es expuesto a un factor de estrés, pudiendo ser el resultado de una serie de condiciones médicas y sociales que afectan a un individuo (3). Sus consecuencias negativas pueden evitarse si se identifica tanto cuando la persona está en riesgo como cuando ya se tiene la condición, evitando así la dependencia y el deterioro funcional.

Aunque existe controversia en cuanto a los criterios diagnósticos, sí es claro que se relaciona con una velocidad de la marcha disminuida (menor a 0,7 m/s), pérdida no justificada de peso (10 libras o más en un año), sedentarismo, sensación de debilidad y cansancio (4). Esta entidad se asocia con un mayor riesgo de efectos adversos como son las caídas, el aumento de la morbilidad, la dependencia física y psicosocial e, incluso, la muerte (4). Así mismo, lleva a un aumento de las necesidades de atención a largo plazo de las personas mayores y a un incremento en los costos sanitarios y sociales. Lo más importante es que no todas las personas mayores desarrollan fragilidad, que esta puede ser prevenida y, más aún, muchos de los estadios de prefragilidad y algunos de fragilidad pueden ser revertidos (4).

Luego de más de veinte años de investigación de la fragilidad, tenemos claro que no es morbilidad, pluripatología o discapacidad (4), lo cual le da una identidad propia. Son evidentes los avances en este tema y, así, la fisiopatología nos ha mostrado su origen multifactorial, en la cual confluyen conceptos tan claros y contundentes como la nutrición, la sarcopenia o la pérdida de la masa muscular, incluso, la inmunosenescencia, en especial a expensas de la involución tímica (5).

La prevalencia de la fragilidad es edad-dependiente y se estima que en la población de 65 años y más años que vive en la comunidad sea de aproximadamente el 10 %, pero esta puede variar según la definición que se utilice. Nosotros encontramos en un estudio epidemiológico realizado en la comunidad una prevalencia del 9,4 % en personas de 60 y más años que viven en Bogotá, siendo ligeramente mayor en mujeres (6).

Aunque no tenemos un tratamiento curativo, sí existen evidencias de intervención que modifican el curso de la fragilidad e incluso la previenen. Los ensayos clínicos van dirigidos a la intervención en varios dominios, como la actividad física, la nutrición y los estilos de vida saludables (5). Dentro de estos últimos, destaca la intervención en la pérdida de la visión y la audición, la vacunación y el control de factores de riesgo.

La nutrición es fundamental en la prevención e intervención de la fragilidad. Con el envejecimiento se requiere un menor consumo de calorías, pero mayor de proteínas, siendo actualmente recomendado al menos 1,2 gramos de proteína por kilogramo por día, distribuido en tres comidas, mayor en situaciones de comorbilidad e inflamación (7).

El componente de ejercicio, especialmente el de múltiples componentes, que incluye el entrenamiento de resistencia y el aeróbico, parecen ser prometedores en personas sanas o en aquellas con enfermedad cardiovascular o diabetes. Así mismo, el estiramiento y el equilibrio forman parte de esta intervención que recoge las mejores evidencias (5).

Los desafíos actuales en la investigación en fragilidad incluyen tener mayor claridad en los criterios que los definen y en ampliar el número y modalidades de intervención que nos ayuden a evitar la declinación funcional y la pérdida de independencia, medida por actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Debemos entonces mirar el envejecimiento poblacional como un gran logro de la humanidad y como una oportunidad de vivir muchos años con muy buena calidad de vida.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social. Sala de situacional de la población adulta mayor [internet]. Bogotá: Ministerio; 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/P>

S/sala-situacion-envejecimiento-2018.pdf

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento saludable. En: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Washington: OMS; 2015.

3. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Jun;14(6):392-7.

4. Abellan van Kan G, Rolland YM, Morley JE, Vellas B. Frailty: toward a clinical definition. *J Am Med Dir Assoc*. 2008;9(2):71-2.

5. Kojima G, Liljas AEM, Iliffe S. Frailty syndrome: implications and challenges for health care policy. *Risk Manag Healthc Policy*. 2019 Feb 14;12:23-30. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S168750.eCollection2019>.

6. Samper-Ternent R, Reyes-Ortiz C, Ottenbacher KJ, Cano CA. Frailty and sarcopenia in Bogota: results from the SABE Bogota Study. *Aging Clin Exp Res*. 2016;29(2):265-72. <https://doi.org/10.1007/s40520-016-0561-2>

7. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2019 Feb;38(1):10-47. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>.