

LA FRAGILIDAD: UN RIESGO POTENCIAL NO EVALUADO.

Alba J. Salas Paredes.

Unidad de Endocrinología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Facultad de Farmacia y Bioanálisis
Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Rev Venez Endocrinol Metab 2025;23(2): 46-47. DOI: <https://doi.org/10.53766/RVEM/2025.23.2.01>

El término «frágil» proviene del francés «frêle», que significa «de poca resistencia», y del latín «fragilis», que significa «fácil de romper»¹. Su concepto se ha descrito de diversas maneras, y su definición sigue siendo controvertida. Seis importantes sociedades científicas internacionales respaldaron la definición de fragilidad como "un síndrome médico con múltiples causas y contribuyentes que se caracteriza por una disminución de la fuerza, la resistencia y la función fisiológica, que aumenta la vulnerabilidad de un individuo para desarrollar una mayor dependencia y/o muerte"². Su prevalencia aumenta con la edad y es frecuente relacionarla con senectud y edad avanzada, pero esta no es el equivalente de la edad cronológica sino más bien de la edad biológica.

La vulnerabilidad de esta condición, ha sido ampliamente investigada³, y se caracteriza por un estado proinflamatorio asociado a cambios hormonales, función mitocondrial reducida, factores nutricionales que pueden producir cambios a nivel celular y del sistema orgánico con respuestas homeostáticas deterioradas⁴.

El manejo clínico de esta población es de vital importancia, y muchas veces en consulta es ignorado, ya que no se realiza de forma rutinaria en la práctica clínica; si bien no es una enfermedad en sí misma, los pacientes con fragilidad corren el riesgo de presentar consecuencias negativas para la salud, como dependencia, discapacidad, caídas, deterioro cognitivo, entre otros^{4,5}. Esta condición se ha asociado de forma significativa e independiente con el aumento del riesgo de mortalidad por cualquier causa con o sin enfermedad cardiovascular⁶.

Por todas estas repercusiones sobre la salud, en los últimos años ha aumentado el interés en las implicaciones clínicas de la fragilidad, sobre todo considerando que esta fragilidad también se describe como una entidad dinámica y cambiante, capaz de mejorar o empeorar con el tiempo, y aunque progresa gradualmente con la edad, su reversión es común⁷. Se reconoce cada vez más que la evaluación de la fragilidad tiene el potencial de aportar información pronóstica valiosa para fundamentar la toma de decisiones⁸.

La fragilidad comparte algunas características con la multimorbilidad y la discapacidad, sin embargo, no debe confundirse con ellas. En algunos casos pueden estar relacionadas. Existe una falta de consenso sobre qué herramienta de evaluación utilizar y en qué contexto; se han descrito más de 60 instrumentos para evaluarla⁹. Muchos de estos instrumentos pueden ser engorrosos, algunos se centran en aspectos físicos y biológicos, mientras que otros se centran de forma más integral en los dominios físico, psicológico y social⁹, pero solo dos de estas herramientas tienen el mayor respaldo y aceptación en la investigación como son el fenotipo de fragilidad⁵ y el índice de fragilidad basado en el déficit¹⁰.

El modelo del fenotipo de fragilidad propuesto por Fried y sus colegas, se basa en cinco signos/síntomas: pérdida de peso no intencional, fatiga, debilidad, velocidad de la marcha y actividad física reducida o ausente⁴; por otro lado, el denominado modelo de fragilidad de "acumulación de déficits relacionada con la edad", se basa en el concepto de que el en-

Artículo recibido en: mayo 2025. Aceptado para publicación en: junio 2025.
Dirigir correspondencia a: Alba J. Salas Paredes. Email: albapal@hotmail.com

vejecimiento es un proceso continuo que se relaciona con la degeneración biológica, no cronológica, de la acumulación de déficits de rendimiento en múltiples dominios junto con la presencia de comorbilidades de alto riesgo, su aplicación práctica da origen al Índice de Fragilidad¹⁰.

Si la fragilidad es el principal factor predictivo de discapacidad, dependencia y mortalidad, es imperativa su detección y diagnóstico ya que proporciona información útil para orientar la toma de decisiones sobre la estrategia de tratamiento de cualquier patología.

CONFLICTOS DE INTERÉS

La autora declara que no presenta conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, Wolfson C. Frailty: an emerging research and clinical paradigm – issues and controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:731-737. Doi: 10.1093/gerona/62.7.731.
2. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, Cesari M, Chumlea WC, Doehner W, Evans J, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:392-397. Doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022
3. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, Ershler WB, Harris T, Fried LP. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American geriatrics Society/National Institute on Aging Research conference on frailty in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:991-1001. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00745.x.
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, et al, for the Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146-M156. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146.
5. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:255-263.
6. Adabag S, Vo TN, Langsetmo L, Schousboe JT, Cawthon PM, Stone KL, Shikany JM, Taylor BC, Ensrud KE. Frailty as a risk factor for cardiovascular versus noncardiovascular mortality in older men: results from the MrOS Sleep (Outcomes of Sleep Disorders in Older Men) Study. *J Am Heart Assoc* 2018;7:e008974. doi: 10.1161/JAHA.118.008974.
7. Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet* 2019;394:1365-1375. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31786-6.
8. Newman AB, Simonsick EM, Naydeck BL, Boudreau RM, Kritchevsky SB, Nevitt MC, Pahor M, Satterfield S, Brach JS, Studenski SA, et al. Association of long-distance corridor walk performance with mortality, cardiovascular disease, mobility limitation, and disability. *JAMA* 2006;295:2018-2026. doi: 10.1001/jama.295.17.2018.
9. Buta BJ, Walston JD, Godino JG, Park M, Kalyani RR, Xue QL, Bandeen-Roche K, Varadhan R. Frailty assessment instruments: systematic characterization of the uses and contexts of highly-cited instruments. *Ageing Res Rev* 2016;26:53-61. doi: 10.1016/j.arr.2015.12.003.
10. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *ScientificWorldJournal* 2001;1:323-336. doi: 10.1100/tsw.2001.58.