

Deterioro progresivo en un paciente anciano sin causa aparente: síndrome del declive o *failure to thrive**

Rosa M^a Torres
Ramón Miralles
Antón M^a Cervera

Servicio de Geriatria
del IMAS
Centro Geriátrico
Municipal
Hospital de la
Esperanza
Hospital del Mar
Instituto de Atención
Geriátrica
y Sociosanitaria
(IAGS)
Barcelona

Correspondencia:
Rosa María Torres Allepuz
Centre Geriátric Municipal
IMAS
Sant Joan de la Salle, 42
08022 Barcelona
E-mail:
93210@imas.imim.es

Resumen

El síndrome del declive o *failure to thrive*, como es conocido en la literatura anglosajona, es un concepto con el que se ha pretendido explicar el conjunto de pérdida de funciones que presentan algunos pacientes ancianos en edades extremas de la vida. Se presenta el caso de un anciano que a raíz de una fractura de fémur desarrolla un deterioro progresivo de su capacidad funcional, con pérdida de peso, deterioro cognitivo y depresión refractaria al tratamiento y cuya evolución podría corresponder a un síndrome del declive. Se muestra, asimismo, como la valoración geriátrica integral permite seguir su evolución a lo largo del tiempo y en diferentes niveles asistenciales (convalecencia y larga estancia). Se discute el concepto de síndrome del declive y sus definiciones. Finalmente, se plantean las actitudes clínicas que se llevan a cabo en el paciente, en la etapa final, de acuerdo con los principios de bioética.

Palabras clave: Bioética. Declive. Depresión. Desnutrición. Deterioro funcional.

Summary

Failure to thrive syndrome is a concept that may explain the overall functional decline observed in some very old patients at the end of their lives.

A case of an old patient, who developed a progressive functional decline, weight loss, cognitive impairment and depression, after a femoral neck fracture, is here presented. This unfortunate clinical evolution may be included in the concept of failure to thrive. Also it is shown, how comprehensive geriatric assessment allows to follow the evolution of this case in different settings (convalescence unit and long term care unit).

The concept of failure to thrive and its controverted definition are discussed. Finally, clinical attitudes at the end of life are also discussed according to the basic principles of bioethics.

Key words: Bioethics. Failure to thrive. Depression. Undernutrition. Functional decline.

Introducción

El síndrome del declive, o bien *failure to thrive*, como es conocido en la literatura anglosajona¹, es un concepto con el que se ha pretendido explicar en su conjunto, la pérdida de funciones que presentan algunos pacientes ancianos en edades extremas de la vida. Dicho síndrome ha sido descrito como la aparición progresiva de dependencia (deterioro progresivo de la capacidad funcional), pérdida de peso inexplicable y deterioro del estado mental (función cognitiva y/o depresión). La existencia del síndrome del declive ha sido controvertida en la literatura médica y, con frecuencia, su detección en la práctica clínica es motivo de discusión. Mientras para algunos autores el síndrome es consecuencia del envejecimiento físico extremo (fragilidad extrema), constituyendo una fase evolutiva precedente a la muerte, para otros sería una condición clínica asociada a diversas enfermedades crónicas muy evolucionadas¹.

En el presente trabajo se describe el seguimiento de un paciente anciano a lo largo del tiempo y en diferentes niveles asistenciales (convalecencia y larga estancia), cuya evolución podría corresponder a un síndrome del declive. Se observará, asimismo, como la valoración geriátrica integral permite seguir la evolución de la capacidad funcional, de la función cognitiva y del estado nutricional, permitiendo a lo largo del tiempo ver el deterioro global del paciente. Este hecho permite comprender y ayuda a entender el desenlace final del paciente, proporcionando elementos de juicio para la toma de decisiones clínicas en la etapa final de la vida. Se trata de un caso cuya evolución transcurre a lo largo de tres años. Para su mejor comprensión ha sido redactado de forma resumida, obviando fechas y detalles y destacando aquellos aspectos más relevantes que, posteriormente, serán objeto de discusión.

*Caso clínico presentado en la Sesión de la Academia de Ciencias Médicas de la Societat Catalanoblear de Geriatria i Gerontologia, en el Colegio de Médicos de Barcelona el día 25 de junio del 2003

Observación clínica

Varón de 84 años de edad sin hábitos tóxicos, que ingresó en la unidad de convalecencia tras una fractura de fémur. El paciente había presentado caída casual en la calle y, a consecuencia de ésta, fue diagnosticado de fractura de fémur izquierdo, que se trató mediante la colocación de una prótesis de Austin Moore. Durante, dicha hospitalización presentó encamamiento con pérdida de capacidad funcional y una úlcera por presión en talón, por ello fue trasladado a una unidad geriátrica de convalecencia (media estancia).

Entre los antecedentes patológicos destacaba una valvulopatía cardíaca con estenosis aórtica e insuficiencia mitral, pero sin clínica de insuficiencia cardíaca y la constancia en la historia clínica previa, de que había padecido accidentes vasculares de repetición aunque sin secuelas neurológicas evidentes. En cuanto a la situación previa a la fractura, el paciente era independiente para las actividades de la vida diaria (AVDs), tanto las básicas como las instrumentales (índice de Barthel: 100, índice de Lawton: 7) (no utilizaba transporte público). No existía evidencia de deterioro cognitivo y respecto a su situación sociofamiliar era viudo, tenía familiares próximos, pero vivía solo.

A su ingreso en la unidad de convalecencia el paciente estaba consciente y orientado. La exploración física por aparatos y sistemas fue normal, destacando la existencia de un soplo sistólico eyectivo en la auscultación cardíaca y una limitación de la movilidad de la cadera en el lado de una intervención quirúrgica reciente. Cabe destacar que no existían déficits neurológicos focales que fueran evidentes. La herida quirúrgica se hallaba en correcto estado de cicatrización.

La valoración geriátrica en el momento del ingreso mostró un paciente dependiente para las AVDs básicas (índice de Barthel: 24), con una función cognitiva bien conservada (Mini-Mental State Examination de Folstein 23/30) y con aspecto triste. El estado nutricional estaba conservado aunque con los parámetros nutricionales en el límite inferior de la normalidad (el paciente era de constitución delgada), presentaba un peso de 51 kg y la ingesta de las tres comidas principales era adecuada.

Evolución en la unidad de convalecencia

Los objetivos planteados al ingreso fueron: recuperar la capacidad funcional, cicatrizar la úlcera por pre-

sión y reinserción en la vida comunitaria. Con estos propósitos se inició un programa de fisioterapia y cuidados de enfermería. Sin embargo, la evolución de paciente fue tórpida y más lenta de lo habitual. Hubo numerosos procesos médicos intercurrentes, tales como infecciones respiratorias altas y bajas, dolor osteoarticular mecánico en la cadera intervenida y caídas de repetición sin consecuencias. Asimismo, fue presentando un estado de ánimo depresivo con colaboración errática y fluctuante que obligaba a interrumpir con frecuencia la fisioterapia (escala de depresión geriátrica de Yesavage en su versión española con puntuaciones elevadas)². Se instauró tratamiento antidepresivo (fluoxetina) y se adaptaron las sesiones de fisioterapia en frecuencia y tiempo a la tolerancia del paciente. Transcurridos unos meses se consiguió marcha autónoma con caminadores y una dependencia moderada para actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel: 55-60). Se realizó un estudio neuropsicológico que mostró la existencia de deterioro cognitivo leve de probable etiología mixta (degenerativa y vascular) (Mini-Mental State Examination de Folstein de 22/30). La analítica general, la vitamina B12, el ácido fólico, la TSH, el ECG y el TAC cerebral fueron normales. Durante su estancia en convalecencia, a pesar de que la ingesta fue irregular, el estado nutricional se mantuvo bien conservado consiguiéndose, incluso, un incremento de 4,4 kg de peso, siendo en el momento del alta el peso de 55,4 Kg, el IMC de 22 y la circunferencia braquial de 26,5 cm. Debido a su situación social y familiar precaria, el paciente no pudo volver al domicilio, por ello fue trasladado a la unidad de larga estancia situada en el mismo centro en espera de una ubicación definitiva posterior (residencia pública).

Evolución en la unidad de larga estancia

A su ingreso en la unidad de larga estancia se plantearon los siguientes objetivos: suplencia y soporte de actividades de la vida diaria y fisioterapia de mantenimiento.

Durante su estancia, la capacidad funcional se mantuvo inicialmente estable. Posteriormente presentó un deterioro progresivo que no mejoró a pesar de varios intentos de fisioterapia, la colaboración fue escasa y el paciente se deterioró hasta llegar a permanecer encamado durante la mayor parte del día. En la Figura 1 se muestra la evolución gráfica de la capacidad funcional en el tiempo, expresada con el índice de Barthel; asimismo se muestran los diver-

Los acontecimientos intercurrentes que el paciente fue padeciendo. La función cognitiva también fue deteriorándose desde un punto de vista clínico y los síntomas depresivos se hicieron mucho más evidentes. El paciente recibió periodos de tratamiento con varios antidepresivos (paroxetina, fluoxetina, venlafaxina y citalopram), a lo largo de los dos años. Fue, también, visitado por un psiquiatra descartándose la existencia de depresión mayor y etiquetándose el cuadro como trastorno adaptativo con ánimo depresivo en relación con su pérdida funcional y con la institucionalización. Nunca se consiguió una mejoría completa de su estado ánimo mostrándose casi siempre apático y poco motivado. En ocasiones mostró agresividad verbal con el personal cuidador y alguna idea delirante de persecución que requirió tratamiento con neurolépticos (Figura 1).

Unido a todo lo anterior, apareció pérdida progresiva de peso con deterioro de los parámetros nutricionales, dicho deterioro progresó a pesar de la intervención dietética llevada a cabo, según protocolo de valoración nutricional del centro (liberalización de la dieta, suplementos calóricos, tratamiento de la depresión, etc.) (Figura 2). Se practicó una exploración física exhaustiva que resultó ser normal, una analítica general en la que se incluía: hemograma y bioquímica completa, hormonas tiroideas, función hepática y renal, vitamina B12 y marcadores tumorales, que también resultó normal. Y, finalmente, se realizó, una radiografía de tórax que no mostró alteraciones significativas. Se planteó en este momento, el traslado y estudio al hospital de referencia; sin embar-

go, tanto el paciente como su familia se mostraron reacios ante esta posibilidad. Por otra parte, no existían signos ni síntomas guía que permitieran dirigir la búsqueda de una enfermedad oculta en concreto, por ello no se solicitaron más exploraciones complementarias. La opinión del equipo interdisciplinar de la unidad que valoraba las expectativas expresadas por el paciente en los últimos meses fue la de respetar sus deseos evitando el traslado y otras exploraciones invasivas. A pesar de los cuidados habituales de enfermería, apareció una úlcera por presión en el sacro. El paciente falleció en diciembre de 2002.

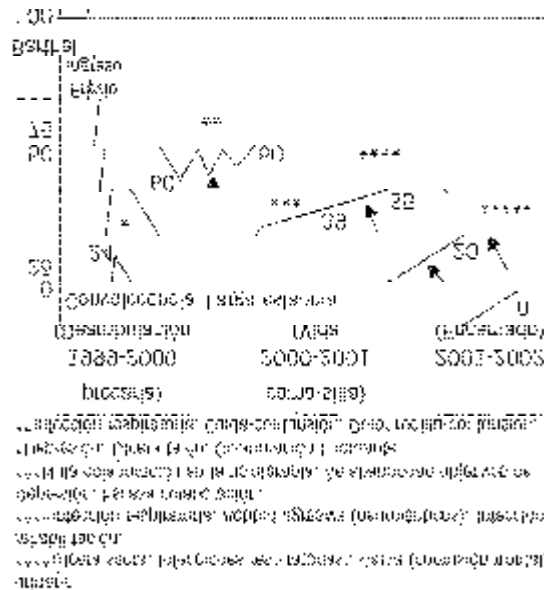
Discusión

El caso clínico planteado muestra un anciano que, a raíz de una fractura de fémur que le ocasiona dependencia y motiva una institucionalización, desarrolla un síndrome depresivo refractario al tratamiento farmacológico y un deterioro progresivo de sus capacidades que finaliza con la muerte. ¿Es posible enmarcar la evolución de este paciente en el llamado síndrome del declive?

En la discusión del presente caso pueden diferenciarse dos periodos. El primero de ellos (el que transcurre en la unidad de convalecencia), muestra la instauración de la dependencia secundaria al acontecimiento desencadenante (fractura de fémur), las dificultades del proceso de rehabilitación y la institucionalización definitiva del paciente. En la segunda etapa (unidad de larga estancia), tras un periodo corto de estabilización, se muestra el proceso de deterioro global de las capacidades del anciano. La pregunta que se plantea en este periodo es: ¿era reversible el proceso de deterioro global que sufrió el paciente?

El deterioro global se produce, principalmente, en tres áreas: capacidad funcional, estado mental (cognitivo/depresión) y estado nutricional. El deterioro de la capacidad funcional del paciente, en el segundo periodo, no respondió a los sucesivos programas de fisioterapia que fueron intentándose, ni mejoró tampoco al ir resolviéndose los procesos intercurrentes. El deterioro del estado mental no pudo ser monitorizado con tanta precisión como el de la capacidad funcional, al no haberse practicado tests cognitivos estandarizados de forma seriada, aunque sí es cierto que clínicamente se observó deterioro de funciones cognitivas como el lenguaje, la orientación temporoespacial y la praxis. Durante este mismo periodo, los síntomas depresivos fueron cada vez mucho más evidentes, a pesar de los diferentes

Figura 1. Evolución de la capacidad funcional durante el ingreso del paciente en la unidad de convalecencia y larga estancia. Asimismo, se muestran los procesos y acontecimientos intercurrentes



fármacos antidepresivos que fueron probándose y de las diferentes intervenciones no farmacológicas que fueron llevadas a cabo (soporte emocional, apoyo psicológico, cambios de entorno dentro de la institución, etc.). En el presente caso no existían antecedentes de depresión y, tras una entrevista psiquiátrica estructurada, se descartó una depresión mayor siendo catalogado el paciente como portador de un trastorno adaptativo con ánimo depresivo. En este caso, el factor negativo desencadenante fue la situación de dependencia y la institucionalización. La falta de respuesta a los sucesivos tratamientos antidepresivos que se ensayaron podría estar justificada por la persistencia de estos factores desencadenantes y la falta de soporte familiar. Finalmente, el paciente adoptó una actitud negativa de "prejuicio de la vejez" en la que asumía su invalidez como proceso irreversible asociado a su envejecimiento³. El deterioro del estado nutricional evidenciado con una pérdida progresiva de peso se mantuvo a pesar de las medidas anteriormente mencionadas. Cabe resaltar que al tratarse de un proceso de evolución lenta y solapado, en un entorno no hospitalario, era difícil plantearse la utilización de medidas invasivas como la nutrición enteral, más aún ante la actitud negativa del paciente ante las maniobras exploratorias y terapéuticas. Otras de las preguntas planteadas en la discusión de este paciente es: ¿existe una enfermedad oculta que explique el deterioro global del paciente? o por el contrario ¿estamos asistiendo a un proceso involutivo hacia una "muerte natural"? En la literatura anglosajona se ha descrito el llamado síndrome del *failure to thrive* como un concepto con el que se ha pretendido explicar en su conjunto la pérdida de funciones que presentan algunos pacientes ancianos en edades extremas de la vida. El término anglosajón *failure to thrive* fue utilizado en los años 70, procedente de la pediatría, para identificar a aquellos niños que no ganaban peso, ni progresaban en el desarrollo y en la adquisición de sus capacidades. De hecho, la traducción literal del término sería la "falta de progreso". En el caso de los ancianos este término ha sido exportado para reflejar la imagen inversa, es decir, la pérdida de peso y de funciones. El *failure to thrive* o síndrome del declive, tal y como lo hemos traducido en el presente estudio, tiene varios sinónimos en la literatura, algunos de ellos muy sugerentes y llamativos. En algunos casos, es denominado como "estadio final de la fragilidad", "fallo del mantenimiento", "estadio previo a la muerte" o "fallo biopsicosocial". Todos ellos intentan reflejar en parte su significado¹.

Uno de los aspectos más controvertidos en la literatura es el hecho de aceptar si el síndrome del decli-

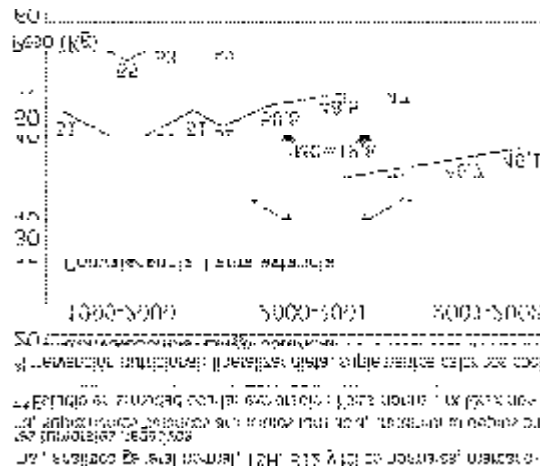


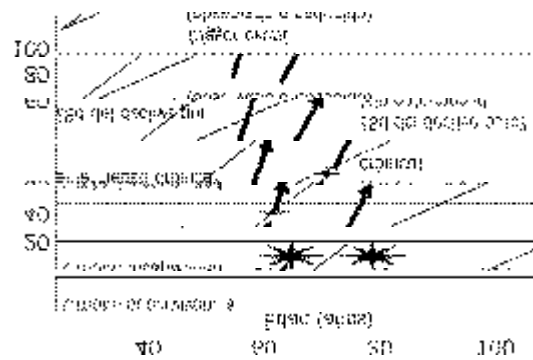
Figura 2. Evolución del peso durante el ingreso del paciente en la unidad de convalecencia y, posteriormente, en larga estancia. Se muestran también las intervenciones nutricionales y las exploraciones efectuadas para despistaje de una enfermedad oculta

ve es el fruto de una enfermedad oculta y, por lo tanto, debe investigarse con las exploraciones que sean necesaria; o, por el contrario, se entiende este proceso como algo natural en relación a la edad y a la pérdida de reserva funcional. Algunos autores defienden una actitud activa enfocada a la búsqueda de enfermedades que puedan justificar el deterioro funcional, la pérdida de peso, la anorexia y la disminución de la iniciativa, concentración y vigor¹. Sin embargo, otros autores como Issacs, *et al.*⁴ describen este síndrome como una evolución fisiológica en relación a la edad y a la pérdida de funciones, aceptando que una alta proporción de las personas que fallecen en edades muy avanzadas, presentan una etapa previa, que se podría denominar pre-muerte, durante la cual el paciente es incapaz de cuidarse a sí mismo por la pérdida de la movilidad, incontinencia o alteración del estado cognitivo. Verdery RB.⁵ define el *failure to thrive* como una inexplicable pérdida de capacidad funcional, siendo éste un proceso de deterioro superior al esperado en comparación con el deterioro medio que sufrirían otras personas de la misma edad y cohorte. Fried LP.⁶ lo compara con la fragilidad extrema, considerando que se trata de una pérdida de la reserva funcional y de las capacidad de respuesta ante acontecimientos estresantes. Según esta autora, las manifestaciones clínicas de fragilidad son equivalentes a las descritas en el *failure to thrive* (pérdida de peso, pérdida de masa muscular, pérdida funcional y de energía). Estos dos últimos autores sugieren que pueden existir parámetros bioquímicos y clínicos que se podrían asociar a este síndrome. Algunos de estos serían la hipoalbuminemia, la hipocolesterolemia, la pérdida de peso, la sarcopenia o las úlceras por presión. Obsérvese que todos estos parámetros están relacionados de alguna manera con el estado nutricional.

A nuestro criterio existiría, en primer lugar, un síndrome del declive puro (fragilidad extrema sin causa aparente) y, en un segundo lugar, un declive secundario (asociado a enfermedades crónicas). Este último, sería una fase evolutiva de muchas enfermedades crónicas irreversibles y potencialmente mortales que no mejoran a pesar de un tratamiento adecuado y de un programa de valoración geriátrica integral (Insuficiencia cardíaca congestiva, EPOC severo, insuficiencia renal crónica, etc.)⁷. En ambos supuestos, existiría un acontecimiento desencadenante (*trigger event*) que marcaría el inicio del deterioro⁵. Dicho acontecimiento desencadenante puede ser un proceso estresante (ej. fractura, institucionalización) o una enfermedad médica, el cual en ocasiones puede llegar a detectarse y en otras no (Figura 3).

Llegado a este punto ¿cuándo debería considerarse que un paciente presenta el síndrome del declive?

Figura 3. Modelo del acontecimiento desencadenante (*Trigger event*). La trayectoria de mayor pendiente identifica un declive o *failure to thrive* por enfermedad crónica, mientras que la otra representa un declive puro (adaptado de Verdery RB)⁵



Los elementos que conformarían este síndrome serían la pérdida progresiva de la capacidad funcional, la desnutrición, el cambio en el estado mental (deterioro cognitivo y/o depresión) y, sobre todo, el hecho de que dichas condiciones no mejoran tras el tratamiento médico correspondiente y tras un programa de intervención geriátrica específico. En general, dado que la propia definición del síndrome del declive incluye el concepto de irreversibilidad, muchas veces no es posible identificarlo hasta que se ha evidenciado que el paciente no mejora, lo que condiciona muchas veces que el diagnóstico sea retrospectivo (Figura 4).

Las decisiones clínicas que deben tomarse en el momento en el que se sospecha la existencia del síndrome del declive pueden ser conflictivas desde el punto de vista ético (Tabla 1)⁸. En el presente caso se trataba de un paciente geriátrico discapacitado sin síntomas ni signos guía que permitieran dirigir las exploraciones en busca de una patología concreta. Este hecho hubiese llevado a iniciar una cadena de exploraciones complementarias molestas y costosas. El equipo responsable de los cuidados del paciente, con el objetivo de respetar los deseos y expectativas del anciano, evitó el traslado al hospital, tratando de preservar siempre el bienestar y confort del paciente (principio de autonomía/beneficencia). Por estas razones, se efectuaron, únicamente, aquellas exploraciones complementarias mínimamente invasivas (principio de no maleficencia). En este punto, es donde debe plantearse la necesidad de un diagnóstico diferencial para no caer en actitudes nihilistas. Debe buscarse una enfermedad oculta que explique el síndrome, pero sin que esta búsqueda lleve a la realización de exploraciones exhaustivas y agresivas que no tengan un objetivo terapéutico claro. En este sentido, las exploraciones realizadas en el presente caso parecen razonables desde un punto de vista clínico.

En conclusión, parece razonable creer en la existencia del síndrome del declive visto como una etapa final del envejecimiento, ya que la reserva funcional no es ilimitada. Por otro lado, este fenómeno puede acompañar también a la evolución de algunas enfermedades crónicas. La valoración geriátrica es la herramienta fundamental para su detección y para establecer un plan de actuación. La falta de respuesta al plan de intervención y la progresión del deterioro deberían hacer pensar que el paciente puede estar en un proceso de declive (*failure to thrive*). Ello obligará a plantearse cuál es la actitud clínica más adecuada frente al paciente, evitando caer en exploraciones exhaustivas y en tratamientos fútiles.

Figura 4. Esquema interpretativo del síndrome del declive o *failure to thrive*

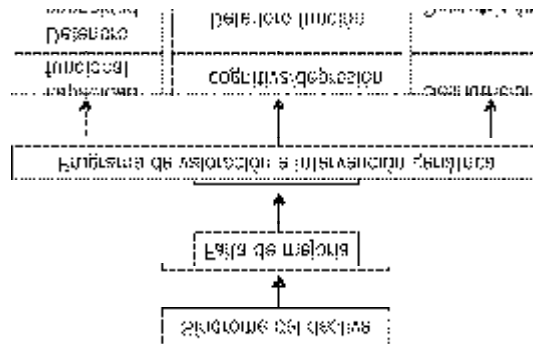


Tabla 1. Principios de bioética

Principios de bioética
Autonomía
Justicia
No maleficencia
Beneficencia

Bibliografía

1. Sarkisian CA, Lachs MS. Failure to thrive in older adults. *Ann Intern Med* 1996;124:1072-8.
2. Martí D, Miralles R, Llorach I, *et al.* Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35:7-14.
3. Hesse KA, Champion EN, Karamouz N. Attitudinal stumbling blocks to geriatric rehabilitation. *J Am Geriatr Soc* 1984;32:747-50.
4. Issacs B, Gunn J, McKechnan A, McMillan I, Neville Y. The concept of pre-death. *Lancet* 1971;709:1115-8.
5. Verdery RB. Failure to thrive in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1995;11:653-9.
6. Fried LP. Failure to thrive. Frailty. En: Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Reubin A, eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4th ed. Mac Graw- Hill, 1999;1393-4.
7. Aguilera A, Pi-Figueras M, Arellano, *et al.* Previous cognitive impairment and failure to thrive syndrome in patients who died in a geriatric convalescence hospitalization unit. *Arch Geriatr Gerontol* 2003.
8. Garreta M, Arellano M. Conflictos éticos en la toma de decisiones. *Rev Mult Gerontol* 2003;13:47-50.