

## PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA

Ignacio Ferrando Lacarte (1), Carolina Clemente Sarasa (2), Marcos Díaz Hurtado (3)

(1) SERVICIO DE GERIATRÍA. HOSPITAL DE BARBASTRO. BARBASTRO (HUESCA). CARRETERA NACIONAL 240 S/N.22300 BARBASTRO (HUESCA).

(2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ (TERUEL)

(3) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL BAJO CINCA DE FRAGA (HUESCA).

Dirección correspondencia: [nacho.ferrando@hotmail.com](mailto:nacho.ferrando@hotmail.com)

Revista de Enfermería de Fraga - <https://www.revistadeenfermeriadefraga.es>

Noviembre 2021- Depósito legal HU 199-2021 -ISSN 2792-6575

# INTRODUCCIÓN

El progresivo **aumento de la esperanza de vida**, tanto a nivel mundial como en el caso particular de España, ha sido un éxito de la medicina en los últimos años. No obstante, este hecho nos expone a un nuevo escenario a nivel de organización de asistencia sanitaria que supone un **gran reto** para el sistema sanitario pues se ha visto que la mayor parte del consumo de recursos sanitarios y sociales que a lo largo de la vida realiza una persona, se concentra en la fase final de la misma.

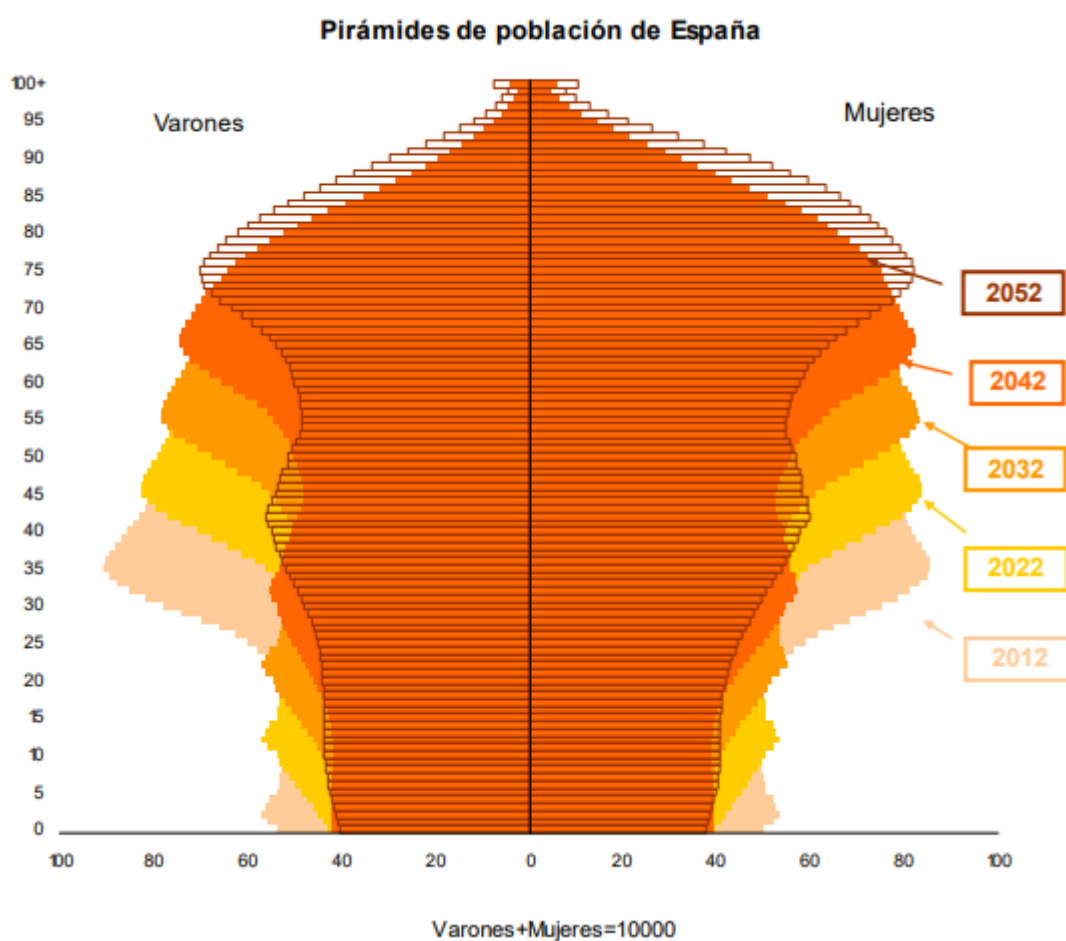
Las personas mayores constituyen más del 40% de la demanda hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud (SNS), y los costes asociados a su atención sufren un continuo aumento. La frecuentación hospitalaria en el grupo de edad de 65 años y más, duplica a la de la población general, y su promedio de estancia en el hospital supera casi en 2 días a la del conjunto de la población atendida<sup>1</sup>.

Por tanto, este hecho asociado a la inversión de la pirámide poblacional actual, supone un serio reto de salud pública requiriendo además una adecuada gestión de los recursos disponibles, para que el sistema sanitario tal y como lo conocemos actualmente soporte el

## PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA

problema creciente del envejecimiento de la población, dado que, además, con el envejecimiento aumenta la carga de enfermedad, fundamentalmente con enfermedades crónicas, las cuales condicionan a su vez el deterioro funcional progresivo, fragilidad y discapacidad, junto al proceso mismo del envejecimiento.

En el año 2012, el Instituto Nacional de Estadística (INE) presentó un trabajo en el que siguiendo las tendencias demográficas de ese momento se estimaba la proyección poblacional española hasta el año 2052. La simulación realizada muestra el continuo proceso de envejecimiento al que se enfrenta nuestra estructura demográfica, que se ve acelerado por el descenso de la natalidad y los saldos migratorios negativos. Los mayores crecimientos de población se concentrarían en las edades avanzadas. Concretamente, en 2052 el grupo de edad de mayores de 64 años se incrementaría en 7,2 millones de personas (un 89%) y pasaría a constituir el 37% de la población total de España (Figura 1).



Con todo ello, si las tendencias y comportamientos demográficos actuales se mantuvieran en

## PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA

un futuro, en 2022 la tasa de dependencia se elevaría hasta el 58%. Es decir, por cada 10 personas en edad de trabajar, en 2022 habría en España casi seis potencialmente inactivas (menor de 16 años o mayor de 64). En 40 años, dicha tasa de dependencia se elevaría casi al 100%, lo que quiere decir que por cada persona en edad de trabajar prácticamente habría otra que no estaría en edad de hacerlo. (Ver Tabla 1)

### Tasas de dependencia

Años	Mayores de 64 años	Menores de 16 años	Total (menores de 16 y mayores de 64 años)
2012	26,14	24,25	50,39
2022	33,30	24,87	58,17
2032	45,23	22,56	67,79
2042	62,19	24,37	86,56
2052	73,00	26,54	99,54

Fuente: Proyección de Población a Largo Plazo.

Nota:

- La tasa de dependencia de los mayores de 64 años se define como el cociente entre la población mayor de 64 años y la población mayor de 15 y menor de 65 años, expresado en tanto por cien.
- La tasa de dependencia de los menores de 16 años se define como el cociente entre la población menor de 16 años y la población mayor de 15 y menor de 65 años, expresado en tanto por cien.
- La tasa de dependencia de menores de 16 y mayores de 64 años se define como el cociente entre la población menor de 16 o mayor de 64 y la población mayor de 15 y menor de 65 años, expresado en tanto por cien.

En este contexto, por tanto, no se trata solamente de conseguir los mejores niveles de esperanza de vida a nivel mundial sino que el verdadero reto del envejecimiento radica en lograr **años de vida libres de discapacidad**, manteniendo la autonomía y la esperanza de vida a medida que se envejece, promocionando la salud de los pacientes ancianos y evitando la aparición de enfermedades crónicas. Esto es, conseguir un **envejecimiento activo**, que consiste en optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de **mejorar la calidad de vida** a medida que las personas envejecen. Este concepto engloba además al de **envejecimiento saludable**, que comprende el mantenimiento de una buena capacidad funcional, tanto física como cognitiva<sup>2</sup>.

La situación funcional previa a la discapacidad es un buen indicador de estado de salud en la población anciana<sup>3,4</sup>. De aquí surge el término de **fragilidad**, concepto clave en geriatría clínica en las últimas décadas, y que se ha ido extendiendo a profesionales especializados en manejo de pacientes crónicos, pluripatológicos y complejos.

El **síndrome de fragilidad** es un estado de prediscapacidad, un incremento de la vulnerabilidad a estresores de baja intensidad, producido por una alteración en múltiples sistemas, que conduce a una disminución de la reserva homeostática y de capacidad de adaptación del organismo, predisponiéndolo a eventos adversos de salud<sup>5,6</sup>. Ha demostrado ser un **factor de riesgo independiente de episodios adversos graves** de salud en

## PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA

ancianos como mortalidad (hasta un 45% anual en los frágiles), institucionalización, caídas, deterioro de la movilidad, aumento de la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), hospitalización y enfermedad cardiovascular<sup>7</sup>. Además los sujetos con estado intermedio de fragilidad o prefragilidad (1 ó 2 criterios) mostraron un riesgo aumentado de convertirse en frágiles en el transcurso de 3 años.

Según datos del estudio FRADEA, uno de los más importantes estudios en fragilidad en nuestro medio llevado a cabo por Abizanda et al. en el hospital de Albacete, la fragilidad en población mayor de 70 años supone un riesgo ajustado de mortalidad 5,5 veces mayor, riesgo de nueva discapacidad 2,5 veces mayor, y riesgo de pérdida de movilidad 2,7 veces mayor<sup>8,9</sup>.

La importancia de la detección de la fragilidad radica en que es una **situación potencialmente reversible** y por tanto sujeta a posible intervención. A nivel de España existe un documento de consenso sobre fragilidad y caídas del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) que forma parte del plan de implementación de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud que se desarrolla en el marco del Abordaje de la Cronicidad en el SNS y propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad<sup>10</sup>.

Por otra parte a nivel de distintos niveles asistenciales dentro del sistema sanitario español se han llevado a cabo diversas líneas de investigación que colocan a España a la cabeza de Europa como son el Estudio FRADEA de Abizanda et al. en Albacete<sup>8,9</sup>, el Estudio de Envejecimiento Saludable en Toledo<sup>11</sup>, los Estudios Peñagrande<sup>12,13</sup> y Leganés<sup>14</sup> en Madrid, el Estudio Octabaix<sup>15,16</sup> en Barcelona y el Estudio FRALLE<sup>17,18</sup> en Lleida.

La prevalencia de fragilidad en diferentes estudios internacionales se ha estimado en torno al 7 y el 12% en mayores de 65 años, cifra que va aumentando conforme aumenta la edad. El estudio Toledo estimaba la fragilidad en mayores de 80 años en el 20%, llegando al 27,3% en mayores de 84 años. En el estudio FRADEA de Albacete la prevalencia alcanza el 15,2% (para mayores de 69 años no institucionalizados). En el estudio de Peñagrande se sitúa en el 10,5% (mayores de 64 años), con un 19,1% de prevalencia en mayores de 74 años. El estudio de Leganés estima la prevalencia para población mayor de 74 años en el 20,4%, mientras que el FRALLE de Lérida, para ese rango de edad lo estima en el 9,6% (IC95%: 7,6-11,5%). El estudio OCTABAIX, en mayores de 85 años estudiados en atención primaria de salud, muestra un 20% de prevalencia de fragilidad. Sin embargo, en la literatura los estudios de incidencia de fragilidad son más escasos.

## PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA

A la vista de los resultados de los diversos estudios se objetiva que la prevalencia de fragilidad muestra una relación directamente proporcional con la edad de los pacientes, siendo además más prevalente en las mujeres. (Ver Figura 2)

### Prevalencia de fragilidad en la población anciana en España por sexo y por tramos de edad

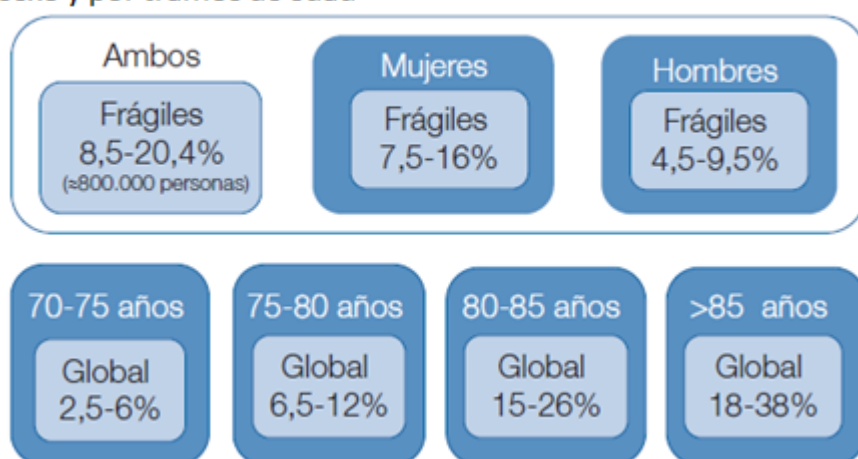


Figura 2: Prevalencia de fragilidad en la población anciana en España por sexo y tramos de edad a partir de los datos de cohortes longitudinales de envejecimiento en España; Estudio FRADEA (Albacete)<sup>8,9</sup>, el Estudio de Envejecimiento Saludable en Toledo<sup>11</sup>, los Estudios Peñagrande<sup>12,13</sup> y Leganés<sup>14</sup> en Madrid, y el Estudio FRALLE<sup>17,18</sup> en Lleida

Por tanto, todas las intervenciones centradas en favorecer la actividad física del paciente anciano así como su asunción de roles dentro de la comunidad han demostrado mejorar la calidad de vida del paciente, así como, evitar la aparición de fragilidad, deterioro cognitivo y depresión.

De cara a poder realizar dichas intervenciones anteriormente descritas es necesario realizar un cribado adecuado de aquellos pacientes que se consideran frágiles y que por tanto más se beneficiarían de intervenciones que retrasen o reviertan la discapacidad y dependencia.

Uno de los métodos de cribado disponibles hoy en día validado y normalizado en nuestro medio es la **prueba de ejecución Short Physical Performance Battery (SPPB)**<sup>19</sup>, que combina equilibrio, velocidad de la marcha y levantarse de la silla. La principal ventaja de este método es su buena validación para detectar fragilidad y elevada fiabilidad en predecir discapacidad, pero la principal desventaja es que requiere espacio físico y tiempo para su

## PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA

ejecución, algo que dada la sobrecarga actual de trabajo en el entorno sanitario es poco factible.

Por otra parte, se han desarrollado **Índices multidimensionales** basados en la acumulación de ítems de morbilidad, discapacidad y factores mentales y sociales, como el índice de fragilidad de Rockwood o la SHARE-FI<sup>20</sup> (versión amplia y basada en la VGI). En atención primaria se muestran poco viables por la extensión en tiempo que requieren y por la poca penetración que han tenido en nuestro medio asistencial.

La relación fragilidad – deterioro funcional incipiente y reciente, hacen que la valoración de las **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)** sea un potencial método de seleccionar personas mayores frágiles, en concreto cuando se monitoriza esta situación para apreciar sus cambios, siendo muy utilizada la **escala de Lawton y Brody** en nuestro medio<sup>21</sup>.

Otro método de cribado que posee la ventaja de que es rápido, fácil de ejecutar y económico, condiciones necesarias para todo buen método de cribado, consiste en la realización de una escala auto-referida de fragilidad, denominada **cuestionario FRAIL o SHARE**<sup>22</sup>.

Realmente, la manera más integral de evaluar al paciente con fragilidad dado que permite valorar los múltiples componentes que condicionan la evolución de la fragilidad y, en consecuencia, trazar un plan de cuidados ajustado a las necesidades individuales de cada paciente sería la **Valoración multidimensional** denominada **valoración geriátrica integral (VGI)**<sup>23</sup>. Sin embargo, su extensión y escasa estandarización no la hacen adecuada como prueba de cribado, pero los pacientes seleccionados con las pruebas antes mencionadas se benefician del enfoque a través de esta valoración en un segundo escalón.

Por otra parte, cabe destacar un concepto fundamental en el ámbito de la fragilidad como son **las caídas** pues son una causa importante de discapacidad en las personas mayores y, a su vez, uno de los desenlaces adversos de la fragilidad. Aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de las mayores de 80 años que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año<sup>24</sup>.

Para valorar el riesgo de caídas, el Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor elaborado por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad en el año 2014 propone realizar al paciente una serie de preguntas<sup>10</sup>: ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?, ¿Ha sufrido dos o más caídas al año?, ¿Presenta algún trastorno de la marcha considerado significativo?

## PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA

Por otra parte dicho documento en aquellos pacientes que en respuesta a estas preguntas se objetive que presentan un elevado riesgo de caídas se propone una revisión de su medicación centrada en aquellos fármacos que pueden favorecer negativamente aumentando su riesgo de caídas como son benzodicepinas, neurolépticos, antihistamínicos de primera generación (clorfeniramina, difenhidramina, hidroxizina, prometazina, etc.), vasodilatadores y opiáceos de consumo crónico, aplicando sobre estos fármacos los criterios de STOPP/START.

El uso de determinados fármacos puede contribuir al riesgo de caídas, siendo uno de los factores más fácilmente modificables, por lo que, la revisión periódica de la medicación habitual y evitar en la medida de lo posible la **polifarmacia** también son medidas de gran importancia.

La proporción de personas mayores con polifarmacia en nuestro medio está en torno a un 35%-50%<sup>25,26</sup>. El nivel de **prescripción inadecuada (PI)** también es elevado situándose, según diversos estudios, alrededor del 50% y los fármacos más habitualmente implicados en PI son las benzodicepinas<sup>27,28</sup>, lo cual también supone un importante problema de salud pública.

Dentro de las herramientas para la detección de la prescripción inadecuada los criterios STOPP/START son los más utilizados. En un estudio realizado en España se objetivó un 54% de PI siguiendo los criterios STOPP y omisiones de prescripción siguiendo los criterios START en el 48% de los casos<sup>29</sup>. Los **criterios STOPP** recogen 65 indicadores de prescripciones potencialmente inapropiadas que incluyen interacciones medicamento-medicamento y medicamento-situación clínica, duplicidad terapéutica y medicamentos que incrementan el riesgo de deterioro cognitivo y caídas en las personas mayores.

Dentro de los criterios STOPP se recoge un epígrafe específico de fármacos relacionados con el riesgo de caídas. Los grupos de fármacos que se contemplan en esta categoría y que se definen como fármacos que afectan negativamente a los propensos a caerse<sup>30,31</sup> (una o más caídas en los últimos tres meses) son: Benzodiazepinas, Neurolépticos Antihistamínicos de primera generación, Vasodilatadores de los que se sabe que pueden causar hipotensión en aquellos con hipotensión postural persistente, Opiáceos a largo plazo en aquellos con caídas recurrentes. Los **criterios START**, por otra parte, incorporan 22 indicadores, basados en la evidencia, que detectan omisiones de prescripción de medicamentos que podrían beneficiar a los pacientes mayores.

Así pues, ante el envejecimiento progresivo de la población española surge el doble reto de conseguir un envejecimiento activo y saludable. Conocer y detectar marcadores que indican

cuando un paciente es frágil y que por tanto presenta riesgo de pasar a una situación de dependencia es fundamental para poder realizar intervenciones sociosanitarias que impidan que el paciente pierda su autonomía y, por tanto, su calidad de vida, consiguiendo aumentar así sus años de vida libres de discapacidad, lo que favorecería a largo plazo una reducción de costes tanto sociales como sanitarios.

El objetivo de este proyecto es, en primer lugar, determinar la prevalencia de fragilidad en una muestra de pacientes que acuden a consulta externa de Geriatria.

En segundo lugar, describir las características de los pacientes identificados como frágiles, atendiendo a parámetros sociodemográficos, clínicos, farmacológicos, y en cuanto a uso de recursos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron todos los pacientes que acudieron a consulta externa especializada de Geriatria en el Hospital de Barbastro entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2018, a los que se realizó valoración geriátrica.

Se incluyeron todos aquellos pacientes que acudieron a consultas externas especializadas de Geriatria en el Hospital de Barbastro entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2018.

Para la selección inicial se realizó una valoración de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) mediante la **escala de Barthel**.

A continuación, si el paciente presentaba una puntuación superior o igual a 90 en el índice de Barthel se realizó cribado de fragilidad mediante el **cuestionario FRAIL** en base a criterio de tiempo y disponibilidad de consulta.

El cuestionario FRAIL se trata de una escala validada y de sencilla aplicación. Consta de 5 preguntas relativas a fatigabilidad, resistencia, deambulacion, comorbilidad y pérdida de peso. Cada pregunta puntúa 1 punto, considerando que los pacientes presentar **criterios de fragilidad cuando suman de 3 a 5 puntos**.

Se excluyeron todos aquellos pacientes que obtuvieron una puntuación de índice de Barthel menor de 90 puntos, es decir, con resultado de dependencia para las ABVD moderada, grave o total ya que no se beneficiaría de realizar una intervención para revertir la fragilidad. De los pacientes restantes, se excluyeron aquellos con un índice FRAIL inferior a 3 puntos.



## PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA

Se realizó anamnesis exhaustiva de todos los pacientes recogiendo datos sociodemográficos de edad en el momento de la recogida de datos, fecha de nacimiento, sexo, lugar de residencia (urbano o rural), participación comunitaria y/o asunción de roles en la sociedad, soledad y soporte social (poseer o no cuidador). Datos clínicos para conocer la comorbilidad mediante el índice de Charlson ajustado a la edad, actividades instrumentadas (índice de Lawton y Brody), presencia de demencia, número de fármacos para determinar si presentaban o no polifarmacia, déficit sensorial auditivo y/o visual, además de determinar si dichos pacientes frágiles cumplían además criterios de paciente pluripatológico atendiendo a los criterios definidos por la Junta de Andalucía.

Por otra parte, atendiendo al documento de Consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor redactado por el Ministerio, se interrogó el riesgo de caídas. También de acuerdo con el mismo consenso, se interrogó a los pacientes sobre la toma de fármacos que pueden predisponer a las caídas, así como, si se prescribió el fin de la toma de dichos fármacos en la consulta.

Se revisó posteriormente de forma retrospectiva el número de ingresos y el número de veces que habían acudido a urgencias en el año previo como parte del estudio de uso de recursos sanitarios que habían precisado los pacientes incluidos, para ello se revisó la Historia Clínica unificada de Aragón. Además, se investigó si algún paciente había fallecido en el momento de finalizar el estudio.

Finalmente se compararon las variables recogidas para los pacientes que cumplían criterios de fragilidad con aquellos pacientes que presentando un Barthel superior a 90 puntos, es decir sin discapacidad para las ABVD, no presentaban criterios de fragilidad.

Para la realización de la base de datos, los gráficos y el estudio descriptivo y analítico se utilizaron el programa Microsoft Excel 2010 y Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.0 para Windows. El límite mínimo de significación estadística aceptado en todo el cálculo estadístico ha sido del 95% ( $p < 0,05$ ).

**Estadística descriptiva:** Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%). Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación típica (DE) en caso de distribución normal. La normalidad se comprobó con el test de Kolmogorov-Smirnov. En aquellas variables que no cumplían los criterios de normalidad se presenta la mediana como medida de tendencia central y el rango intercuartílico como medida de dispersión.

Para el **estudio analítico**, tras comprobar normalidad, se aplicó el test paramétrico de Chi-

## PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA

cuadrado para comparar variables cualitativas dependientes de dos categorías.

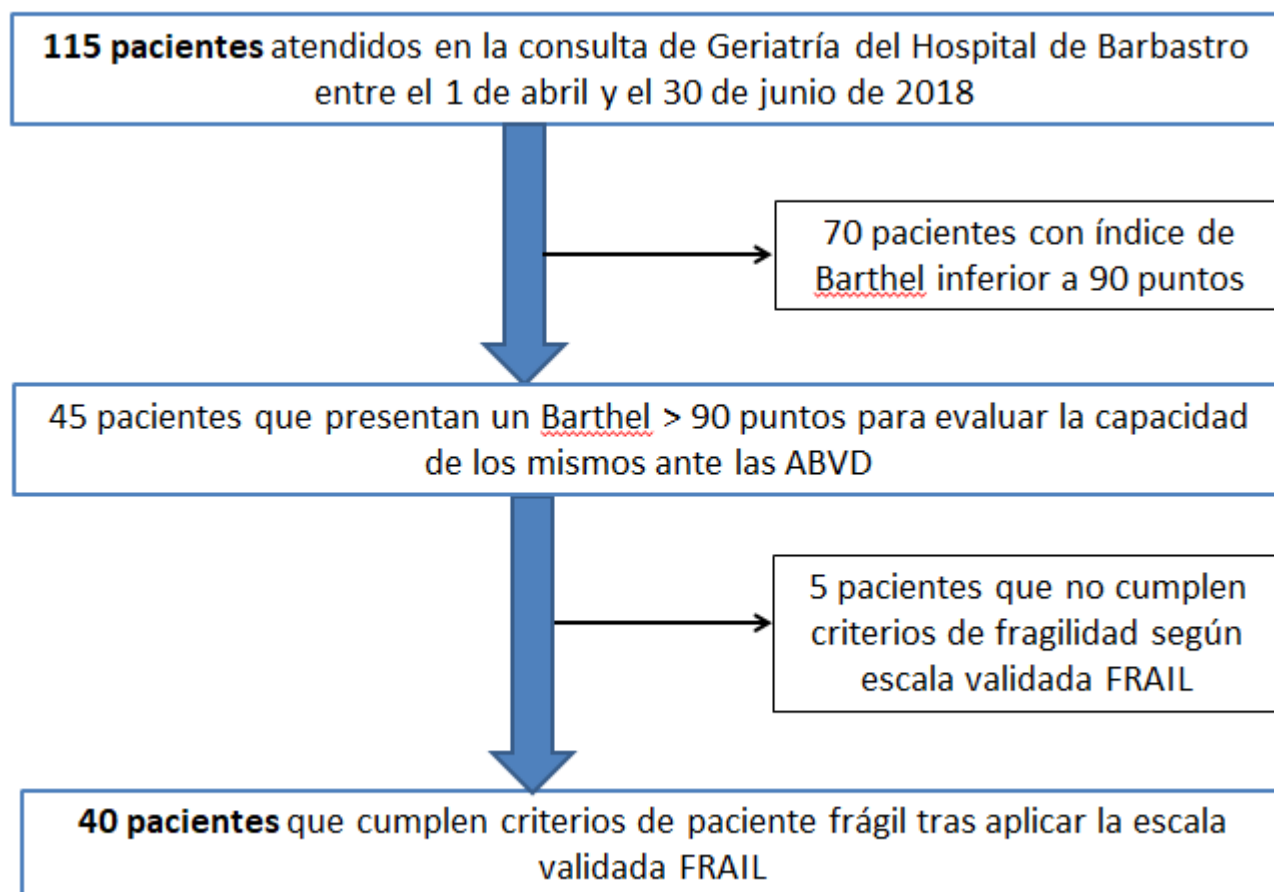
La comparación de medias se realizó mediante test de t de student tras comprobar normalidad y homocedasticidad de las variables implicadas.

## RESULTADOS

Se recogieron un total de **115 pacientes** en tres meses de consulta de Geriatría del 1 de abril al 30 de junio de 2018, de los cuales el 66,9% (77/115) eran mujeres y el 33% hombres (38/115). La media de edad global de los pacientes recogidos fue de 85.54 años (DE 6,7 años). La media de edad de las mujeres fue de 85,4 años y la de los hombres de 85,81 años.

De todos los pacientes que se atendieron en consultas en los tres meses de recogida cumplieron criterios de paciente frágil 40 pacientes, es decir, en nuestra muestra la prevalencia de fragilidad fue del 34,78% (40/115). (Ver figura, flujograma de pacientes)

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA



La edad media de los pacientes frágiles estudiados fue de 87,58 años (DE 4,044 años). El 45% (18/40) fueron mujeres y el 55% (22/40) hombres. La media de edad de las pacientes mujeres que cumplieron criterios de fragilidad fue de 86,33 años (DE 4,36 años) y la de los hombres frágiles fue de 88,59 años (DE 3,54 años). Los pacientes frágiles presentaron una media de índice de Charlson ajustado a la edad de 5,55 puntos (DE 1,395 puntos) y una media de Lawton Brody de 3,03 puntos (DE 3,293 puntos). Ninguno de los pacientes estudiados se encontraba institucionalizado en Residencia. El 35% (14/40) vive en entorno rural y el 65% (26/40) en entorno urbano. El 25% (10/40) de los pacientes frágiles incluidos presentaban además algún grado de deterioro cognitivo y el 42,5% (17/40) algún grado de déficit visual y/o auditivo.

Interrogando a los pacientes frágiles acerca de su movilidad y el riesgo de caídas, el 22,5% (9/40) de los pacientes incluidos había presentado alguna caída en el último año que hubiera requerido atención sanitaria, el 17,5% (7/40) había presentado dos o más caídas en el último año y el 7,5% (3/40) de los pacientes presentaba algún trastorno de la marcha considerado

## PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA

significativo.

Interrogando acerca de un problema tan actual como es la soledad de los pacientes ancianos, tan sólo el 2,5% (1/40) de los pacientes que cumplían criterios de fragilidad se encontraban en situación de soledad, sin embargo, sólo el 2,5% (1/40) de los pacientes incluidos tenían alguna participación o asunción de roles a nivel de la comunidad. El 97,5% (39/40) de los pacientes incluidos tenían algún sistema de soporte familiar o social y/o cuidador.

Siguiendo el Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor elaborado por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad en el año 2014 se registraron aquellos fármacos que afectan negativamente a aquellas personas con riesgo potencial de caídas. El 42,5% (17/40) de los pacientes tomaba uno o varios de los medicamentos anteriormente citados, no habiendo sido posible retirar dichos fármacos en la presente consulta en ninguno de los pacientes incluidos.

Por otra parte, los pacientes frágiles toman una media de 8,23 fármacos (DE 4,365 fármacos), siendo el porcentaje de pacientes frágiles con polifarmacia, es decir, que tomaban 5 ó más fármacos, del 82,5% (33/40).

El 27,5% (11/40) de los pacientes frágiles precisaron algún ingreso hospitalario en el año previo y el 45% (22/40) acudieron alguna vez a urgencias hospitalarias en el último año. La media de ingresos en el último año fue de 0,38 ingresos (DE 0,705 ingresos) y la media de visitas a urgencias fue de 0,7 visitas (DE 1,043 visitas). Ninguno de los pacientes incluidos había fallecido en el momento de finalizar el estudio, a fecha de 30 de junio de 2018. El 27,5% (11/40) de los pacientes incluidos presentaron además criterios de paciente pluripatológico.

Una vez descritas las características de los pacientes que cumplían criterios de fragilidad según el cuestionario FRAIL, se procedió a comparar dichos pacientes con aquellos que presentando un índice de Barthel superior a 90 puntos presentaban una puntuación de FRAIL inferior a 3 puntos y, por tanto, no considerados frágiles. Dicha comparación se describe a continuación en la siguiente tabla: (Ver tabla descriptivos)

	<b>40 pacientes frágiles n (%)</b>	<b>5 pacientes no dependientes, no frágiles n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Edad*</b>	87,58 (4,044)	84,8 (1,924)	0,140
<b>Charlson ajustado a edad*</b>	5,55 (1,395)	5 (0,707)	0,394

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA  
EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA

<b>Lawton-Brody*</b>	3,03 (3,293)	7,2 (0,837)	<b>0,008</b>
<b>Número de fármacos*</b>	8,23 (4,365)	5,4 (1,673)	0,162
<b>Entorno urbano</b>	26 (65)	3 (60)	0,826
<b>Deterioro cognitivo</b>	10 (25)	0 (0)	0,205
<b>Polifarmacia</b>	33 (82,5)	3 (60)	0,236
<b>Déficit visual y/o auditivo</b>	17 (42,5)	1 (20)	0,333
<b>Una caída en el año previo</b>	9 (22,5)	1 (20)	0,899
<b>Dos o más caídas en el año previo</b>	7 (17,5)	0 (0)	0,309
<b>Trastorno motor</b>	3 (7,5)	0 (0)	0,526
<b>Participación comunitaria y/o asunción de roles</b>	1 (2,5)	2 (40)	<b>0,002</b>
<b>Situación de soledad</b>	1 (2,5)	0 (0)	0,721
<b>Sistema de soporte y/o cuidador</b>	39 (97,5)	5 (100)	0,721
<b>Toma de fármacos que pueden favorecer el riesgo de caídas</b>	17 (42,5)	4 (80)	0,113
<b>Paciente pluripatológico</b>	11 (27,5)	1 (20)	0,721
<b>Algún ingreso en el último año</b>	11 (27,5)	4 (80)	<b>0,019</b>
<b>Alguna visita a urgencias en el último año</b>	18 (45)	4 (80)	0,140

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio la prevalencia de fragilidad ha sido del 34%, superior a la observada en otros estudios. El estudio de Toledo la estimaba en el 20% para mayores de 80 años, y el 27,3% en mayores de 84 años. El FRADEA en el 15,2% para mayores de 69 años. En el estudio Peñagrande la prevalencia era del 10,5% en mayores de 64 años, y del 19,4% en mayores de 74 años. El estudio de Leganés estimaba la prevalencia en el 20,4% en mayores de 74 años, mientras que el FRALLE de Lérida en el 9,6% para el mismo grupo de edad. El estudio OCTABAIX que recogía mayores de 85 años en atención primaria, calculaba el 20%.

Esta diferencia puede ser debida, en primer lugar, a una edad media superior en nuestra muestra y, en segundo lugar, por el sesgo que puede suponer las iniciativas de información acerca de fragilidad que se están llevando a cabo en el sector tanto a nivel de atención primaria como de especializada, que habría podido producir una mayor derivación para despistaje de fragilidad.

## PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA

La edad media de nuestra muestra de pacientes que acuden a consulta externa de Geriatria (n=115) fue de 85,54 años, y de sexo predominantemente femenino (66,95% de mujeres). En los pacientes frágiles (n=40), la edad media fue similar, de 87,58 años. Sin embargo, la distribución por sexos se mostró superior para varones en el grupo de frágiles (55%), dato que contrasta con los hallazgos del estudio FRADEA en el que se objetivó una mayor presencia de fragilidad en el sexo femenino.

Algunas de las diferencias que encontramos en nuestro estudio en comparación con grandes estudios con base poblacional, como el estudio FRADEA, que recoge 993 sujetos puede deberse al diferente tamaño muestral. El estudio FRADEA determinó fragilidad en 168 de un total de 993 pacientes, además de que en dicho estudio se realizó un muestreo aleatorio estratificado para obtener la cohorte a estudio.

En cuanto a la capacidad de realizar actividades instrumentadas de la vida diaria, encontramos una media del test de Lawton y Brody de 3.03 puntos, lo que supone una dependencia severa para actividades instrumentadas. La pérdida de autonomía en estas capacidades nos debe poner en alerta, ya que se ha visto que presenta relación directa con una mayor presencia de fragilidad (estudio FRADEA). Realizar cribado ante estos hallazgos nos puede ayudar a evitar la pérdida de funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria.

En nuestra muestra de ancianos frágiles no había ninguno institucionalizado. En los pacientes frágiles el riesgo relativo para institucionalización es de 2,54 según el documento de Consenso sobre fragilidad y caídas elaborado por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. La detección temprana de fragilidad nos permitirá intervenir sobre estos casos y evitar la pérdida de autonomía que en muchos casos lleva a la institucionalización.

La presencia de deterioro cognitivo fue del 25% y en el 42,5% de los casos se identificaba déficit a nivel sensorial. Estas alteraciones, junto con los trastornos de la marcha presentes en el 7,5% de nuestros pacientes, puede llevarnos a las caídas, signo de alarma y evento con gran riesgo de mermar la autonomía de los ancianos. En nuestra muestra 22,5% había presentado alguna caída en el último año, y el 17,5% dos o más, en comparación con el documento del Ministerio en el que se describe que el 30% mayores de 65 años y 50% de los mayores de 80 años se caen al menos una vez al año. Las caídas son una causa importante de discapacidad en las personas mayores y, a su vez, uno de los desenlaces adversos de la fragilidad. Las consecuencias médicas de las caídas (fracturas, síndrome de temor a caerse...) suponen el inicio de la discapacidad en el anciano muy frecuentemente. Además, suponen un elevado coste para el sistema sanitario. Por otra parte, la fractura de cadera supone el ingreso más frecuente en servicio de traumatología en pacientes de avanzada

## PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA

edad.

En nuestra muestra el 97,5% de los pacientes tenían algún sistema de soporte familiar o social y/o cuidador. Este dato resulta llamativo, pues en nuestra práctica clínica diaria observamos que hay un problema creciente de soledad y falta de soporte tanto familiar como social a los pacientes ancianos lo cual supone un importante problema de salud pública, que va a ir a más en los próximos años dado el envejecimiento de la población, la situación de pobreza de dicha población envejecida y la falta de recursos de apoyo.

En la línea de este resultado, a pesar de que la gran mayoría de los pacientes incluidos en nuestro estudio presentan buen soporte familiar, tan sólo el 2,5% de los mismos tienen alguna participación o asunción de roles a nivel social, lo cual puede derivar en problemas de depresión en el anciano que también pueden favorecer un estado de fragilidad, vulnerabilidad y pérdida de las capacidades funcionales del paciente, hecho que podría dar paso a nuevas líneas de investigación.

Aunque los pacientes de nuestro estudio no presentaron una comorbilidad demasiado elevada con una media de índice de Charlson ajustada a la edad de 5,55 puntos (teniendo en cuenta que la edad media de la muestra fue superior a 80 años), en el análisis comparativo se objetiva un 27,5% de pacientes frágiles que además cumplen criterios de paciente pluripatológico, en comparación con el 20% de pacientes pluripatológicos entre aquellos pacientes que no cumplen criterios de fragilidad. Por tanto, observamos que los pacientes frágiles cumplen criterios de pluripatológico en un porcentaje superior que los pacientes sin fragilidad. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa, en parte, probablemente debido al reducido tamaño muestral del estudio lo que podría dar pie a continuar el estudio o incluso a realizar estudios multicéntricos en este sentido para obtener una muestra mayor y aleatorizada que permitiera aumentar la validez externa de los resultados obtenidos.

Por otra parte, cabe destacar que los pacientes incluidos en el estudio presentan un porcentaje elevado de polifarmacia (el 82,5% de los pacientes frágiles toman más de cinco fármacos diarios y el 60% de los no frágiles). Este resultado es una muestra representativa de un problema que objetivamos día a día en nuestra práctica clínica diaria. La polifarmacia supone un problema creciente en la población de avanzada edad, no sólo porque se trate de un factor de riesgo importante de caídas, sino que favorece el incumplimiento terapéutico, así como la aparición de reacciones adversas medicamentosas graves, hecho que da relevancia a la necesidad de aplicar criterios como los descritos anteriormente de STOPP/START para no caer en una mala praxis médica.

Finalmente, con respecto al número de ingresos y visitas a urgencias en el año previo, el

27,5% de los pacientes frágiles precisaron algún ingreso hospitalario en el año previo frente al 80% de los no frágiles, probablemente debido a que los pacientes no frágiles se trataban en la mayoría de los casos de pacientes que habían ingresado por cardiopatía isquémica y/o insuficiencia cardíaca crónica descompensada, motivos muy frecuentes de ingreso entre los pacientes de avanzada edad, que no siempre conllevan una limitación funcional inmediata. El 45% de los frágiles acudieron alguna vez a urgencias hospitalarias en año previo, lo cual indica un elevado uso de recursos sanitarios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación Estadísticas Comentadas: La hospitalización de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud. CMBD - Año 2010[Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
2. Envejecimiento activo: un marco político. Contribución de la Organización Mundial de la Salud a la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid, España. Abril de 2002. (Traducción en: Rev Esp Geriatr Geront 2002;37(S2):74-105).
3. Libro blanco del envejecimiento activo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Secretaría General de Política Social y Consumo. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.6.
4. Alfonso Silguero S A, et al. Enfermedad crónica, mortalidad, discapacidad y pérdida de movilidad en ancianos españoles: estudio FRADEA. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(2):51-58.
5. Martín-Lesende I, López-Torres JD, de-Hoyos MC, Baena JM, Gorroñoigoitia A, Herreros Y. Detección e intervenciones en la persona mayor frágil en Atención Primaria. En: recomendaciones PAPPS (de la semFYC) 2014. Disponible en: <http://www.papps.org/>.
6. Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G et al. Searching for an operational definition of frailty: A Delphi method based consensus statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013;68:62-7.
7. Romero Rizo L, Abizanda Soler P. Fragilidad como predictor de episodios adversos en estudios epidemiológicos: revisión de la literatura. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48(6):285-289.9
8. Abizanda P, Romero L, Sánchez PM, Martínez M, Gomez LI, Alfonso S. Frailty and mortality, disability and mobility loss in a Spanish cohort of older adults: The FRADEA



PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA  
EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA

- Study. *Maturitas*. 2013;74:54-60.23.
9. Abizanda P, Sánchez Jurado PM, Romero L, Paterna G, Martínez-Sánchez E, Atienzar-Núñez P. Prevalence of frailty in a Spanish elderly population: The Frailty and Dependence in Albacete Study. *Am Geriatr Soc*. 2011; 59:1356-1359.
  10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Recuperado de [https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas\\_personamayor.pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf)
  11. García FJ, Gutiérrez G, Alfaro A, Amor MS, de los Ángeles M, Escribano MV. The prevalence of frailty syndrome in an older population from Spain. The Toledo study for healthy aging. *J Nutr Health Aging*. 2011; 15 (10): 852-6.
  12. Castell MV, et al. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. *Atención Primaria*. 2010; 42 (10):520-527
  13. Castell et al. Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older: implications for primary care *BMC Family Practice* 2013, 14:86.
  14. Fernandez-Bolaños M, Otero A, Zunzunegui MV, Beland F, Alarcón T, De Hoyos C, et-al. Sex differences in the prevalence of frailty in a population aged 75 and older in Spain. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:2370-1.27
  15. Ferrer A, Formiga F, Plana-Ripoll O, Tobella MA, Gil A, Pujol R; Octabaix Study Group. Risk of falls in 85-year-olds is associated with functional and cognitive status: the Octabaix Study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 Mar-Apr;54(2):352-6.28.
  16. Formiga F, Ferrer A, Chivite D, Montero A, Sanz H, Pujol R; Octabaix Study Members. Utility of geriatric assessment to predict mortality in the oldest old: the Octabaix study 3-year follow-up. *Rejuvenation Res*. 2013 Aug;16(4):279-84.29.
  17. Jürschik P, Escobar MA, Nuin C, Botigué T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. *Aten Primaria* 2011; 43 (4): 190-6.30.
  18. Jürschik P, Nuin C, Botigué T, Escobar MA, et al. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: The FRELLE survey. *Arch Geront Geriat* 2012; 55 (3): 625-31.
  19. Cabrero-García, J.; Muñoz-Mendoza, C.L., Cabañero-Martínez, M.J.; González-Llopís, L.; Ramos-Pichardo, J.D.; Reig-Ferrer, A. (2012). Valores de referencia de la Short Physical Performance Battery para pacientes de 70 y más años en atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 44 (9): 540-548.
  20. Romero R. El Instrumento de Fragilidad para Atención Primaria de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE-FI): resultados de la muestra española. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46(5):243-249. doi:10.1016/j.regg.2011.04.004.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA  
EXTERNA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA

21. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.122
22. Morley JE, Malmstrom TK, Millar DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged african americans. *J Nutr Health Aging* 2012; 16: 601-8.69
23. Martín-Lesende I, Gorroñoigoitia Ana. Efectividad de la valoración geriátrica integral en atención primaria. Madrid 2009. Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 92. [Fecha de publicación: 20/07/2009].
24. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema Sanitario Público de Andalucía. Comité Operativo para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Diciembre 2009.
25. Martín Lesende, Iñaki. Prescripción inadecuada en el mayor; herramientas clínicas más allá de la simple evaluación. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2011, vol. 46, no 3, p. 117-118.105.
26. Molina Lopez, Teresa, et al. Prevalencia de polimedicación y riesgo vascular en la población mayor de 65 años. *Atención Primaria*, 2012, vol. 44, no 4, p. 216-222.106
27. Mera, Francisco, et al. Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿somos conscientes de ello?. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2011, vol. 46, no 3, p. 125-130.107
28. García-Baztán, Agurne, et al. Prescripción de benzodiazepinas en el anciano en diferentes niveles asistenciales: características y factores relacionados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2014, Vol. 49, no 1, p. 24-28.
29. Delgado Silveira, Eva, et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2009, vol. 44, no 5, p. 273-279.112
30. Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos. Escuela Andaluza de Salud Pública. Detección de medicación inapropiada en personas mayores: criterios Stopp. *Boletín terapéutico Andaluz*, 2012, vol. 28, no 1113.
31. Delgado Silveira, Eva, et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2009, vol. 44, no 5, p. 273-279
32. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol.* 1989;42:703-9.