

Prevalencia de síndrome de fragilidad en los adultos mayores de una institución hospitalaria

Daniela Ramos Oliveira¹

Luiz Antonio Bettinelli²

Adriano Pasqualotti²

Débora Corso³

Felipe Brock⁴

Alacoque Lorenzini Erdmann⁵

Objetivo: medir la prevalencia del síndrome de fragilidad en adultos mayores internados en una institución hospitalaria. Método: estudio transversal, teniendo como muestra a 99 adultos mayores de 65 años o más, internados en el mes de noviembre/2010 en el Hospital São Vicente de Paulo, en Passo Fundo, Rio Grande do Sul (RS). Fueron obtenidos datos relacionados al fenotipo de la fragilidad, variables sociodemográficas, clínicas y antropométricas. Resultados: la edad promedio fue de 74,5±6,8 años y 50 (50,5%) eran mujeres. Fueron clasificados no frágiles cuatro (4%), pre frágiles 49 (49,5%) y frágiles 46 (46,5%). No fueron identificados factores estadísticamente asociados a la fragilidad. Conclusiones: como era esperado, la prevalencia en esta población se mostró alta cuando fue comparada a otros estudios con foco en la comunidad. Se cree que la detección precoz y la intervención interdisciplinaria evitarán la progresión del cuadro, reduciendo la incidencia de complicaciones y hospitalizaciones.

Descriptores: Salud del Anciano; Hospitalización; Prevalencia.

¹ MSc, Enfermera, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

² PhD, Profesor Titular, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

³ Enfermera, Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS, Brasil.

⁴ Estudiante de maestría, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil. Enfermero, Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Titular, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Correspondencia:

Luiz Antonio Bettinelli
Universidade de Passo Fundo
Rua Marcelino Ramos, 111
Centro
CEP: 99010-160, Passo Fundo, RS, Brasil
E-mail: bettinelli@upf.br

Introducción

Brasil presenta, actualmente, un acelerado proceso de envejecimiento con transformaciones profundas en la composición etaria de su población⁽¹⁾. A medida que las sociedades envejecen los problemas de salud entre adultos mayores desafían los sistemas de salud y de seguridad social. Actualmente presenciamos una "geriatriización" del escenario hospitalario brasileño⁽²⁻³⁾. Semejante escenario demanda la identificación de la población adulta mayor con más riesgo de enfermarse para perfeccionar la adopción de medidas que organicen intervenciones asistenciales y preventivas, garantizando que la toma de decisión con relación a la elección de prioridades sea realizada de forma ecuánime y eficiente⁽³⁾.

La fragilidad se constituye en un síndrome multidimensional, involucrando una interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales en el transcurso de la vida individual, que culmina en un estado de mayor vulnerabilidad, asociado a un mayor riesgo de que se produzcan desordenes clínicos adversos como delirio, deterioro funcional, movilidad perjudicada, caídas, aislamiento social, aumento de la mortalidad y hospitalización⁽⁴⁻⁵⁾.

Aún no hay un consenso científico definido en cuanto al término fragilidad, su definición o sus indicadores, ni como podría ser identificada o hasta evaluada⁽⁶⁻⁷⁾, pero, el concepto más aceptado en la actualidad es de que la fragilidad sería caracterizada como un síndrome clínico, identificada por pérdida involuntaria de peso, reducción del nivel de la actividad física, reducción de la fuerza muscular – reflejada por la reducción de la fuerza de prensión palmar, sensación de fatiga y reducción de la velocidad de marcha. Portadores de tres de esos síntomas serían caracterizados como frágiles, de uno o dos definidos como pre-frágiles, y aquellos sin esos síntomas, clasificados como no frágiles o robustos⁽⁶⁾. Este fenotipo⁽⁶⁾ es de fácil aplicación y de bajo costo. El mismo hace posible la identificación precoz y adopción de medidas preventivas específicas que pueden eliminar o postergar señales y síntomas del síndrome. Es consenso en la comunidad científica que son necesarios más estudios para la mejor definición del síndrome de la fragilidad, qué conjunto de síntomas la caracterizaría y qué señales, aisladas o en conjunto, serían marcadores del síndrome de la fragilidad o de fragilidades específicas⁽⁸⁻⁹⁾. Así considerando, y aguardando una definición operativa más conclusiva, se optó en ese estudio por el modelo desarrollo en Johns Hopkins University⁽⁶⁾.

Se estima que del 10 al 25% de las personas por encima de los 65 años y 46% por encima de los 85 años, que viven en la comunidad, son frágiles⁽⁴⁾. La prevalencia

de fragilidad en el Cardiovascular Health Study, estudio realizado en los Estados Unidos con 5.317 participantes de 65 años o más, fue del 6,9%⁽⁶⁾. Otro estudio⁽¹⁰⁾ demostró que el 7% de la población de los Estados Unidos con más de 65 años y el 30% de los octogenarios son frágiles. Existen también pocos datos sobre prevalencia del síndrome de la fragilidad en adultos mayores, principalmente por la falta de consenso de una definición que pueda ser utilizada como screening en diferentes poblaciones⁽¹¹⁾.

Saber diagnosticar la fragilidad y conocer el perfil del adulto mayor hospitalizado es de gran importancia, pues permite profundizar en el tema del cuidado interdisciplinario durante la hospitalización. La prevalencia de fragilidad en esta población es desconocida, tanto a nivel local, como nacional e internacional. Por lo tanto, se hace indispensable entender el problema de los síndromes geriátricos en el ambiente hospitalario y sus implicaciones para el cuidado.

Dentro de esa perspectiva se cuestiona: ¿cuál es la prevalencia del síndrome de fragilidad en adultos mayores en una institución hospitalaria?. Para responder a esa pregunta se tiene como objetivo medir la prevalencia del síndrome de fragilidad en adultos mayores en una institución hospitalaria, en cuanto a las variables sociodemográficas, clínicas y antropométricas.

Método

Estudio transversal que midió la prevalencia del síndrome de la fragilidad en adultos mayores internados en las enfermerías del Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), en el mes de noviembre de 2010, con 65 años o más, totalizando 99 adultos mayores. Se optó por incluir en este estudio a adultos mayores con 65 años o más porque el criterio establecido para definición de síndrome de la fragilidad⁽⁶⁾ fue validado en adultos mayores a partir de esta franja etaria. En una revisión realizada⁽¹²⁾, todas las publicaciones presentaban a la población en una franja etaria igual o superior a 65 años. El HSVP es un hospital terciario, de enseñanza, con alcance macro regional, integrado al sistema SUS y que cuenta con 617 camas de internación. El número total de internaciones durante el mes de noviembre de 2010 en la institución fue de 2.590 personas. El número de adultos con 65 años o más en este mismo período fue de 697 y el promedio de permanencia fue de cinco días. Entre las principales causas de internaciones están las enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cerebrovasculares y renales.

Los adultos mayores estuvieron de acuerdo en participar del estudio firmando el Término de Consentimiento Libre y Aclarado (TCLE). Fueron excluidos de este estudio adultos mayores con alta o óbito en las primeras 72 horas;

internados en unidades cerradas (emergencia, sala de recuperación, UTI, centro quirúrgico y unidad de estudio hemodinámico); restringidos a la cama; en sillas de ruedas sin poder caminar; con enfermedad neurológica limitante; con lesiones de piel extensas; con amputación de miembros inferiores; pacientes terminales y aquellos con déficit cognitivo sugestivo de demencia evaluado por el Mini Examen del Estado Mental y que no estaban acompañados por familiares o cuidadores. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Passo Fundo (UPF) por medio del informe número 197/2010 y por el Grupo de Investigación y Pos Graduación del HSVP.

Por medio de un cuestionario estructurado fueron obtenidos datos demográficos, variables clínicas, datos antropométricos y criterios de síndrome de fragilidad, por medio del fenotipo desarrollado en Johns Hopkins University⁽⁶⁾. El agotamiento fue evaluado por medio de la escala de depresión del Center for Epidemiological Studies (CES-D). La fuerza de prensión palmar fue evaluada por medio de dinamómetro digital, marca SAEHAN. El procedimiento de verificación siguió las recomendaciones de American Society of Hand Therapists (ASHT)⁽¹³⁾. El nivel de actividad física fue evaluado por medio del Cuestionario Minnesota de Actividad Física y de Esparcimiento. La disminución de la velocidad de marcha fue evaluada por medio del tiempo gastado para recorrer una distancia de 4,6 m.

Para la estructuración de la base de datos se utilizó el aplicativo Microsoft Excel 2007, y para los análisis el programa estadístico Statistical Package for Social (SPSS), versión 17,0 for Windows. Las variables numéricas fueron descritas como promedio \pm desvío estándar y las categóricas como frecuencia absoluta y relativa. Las asociaciones entre fragilidad y las variables categóricas fueron probadas con el uso de la prueba chi-cuadrado de Pearson y entre fragilidad y variables cuantitativas con Análisis de Variancia con un criterio de clasificación. Para comparaciones múltiples se utilizó la prueba post-hoc de Tukey. Fueron consideradas como significativas asociaciones con valor de $p \leq 0,05$.

Resultados

Participaron del estudio 99 adultos mayores con promedio de edad de $74,5 \pm 6,8$ años, de los cuales 50 (50,5%) eran mujeres. El ingreso promedio de los participantes fue de $2,8 \pm 5,3$ salarios mínimos, siendo la mayor parte, 90 (90,9%) jubilados y solo dos (2%) declararon desarrollar actividades profesionales. El promedio de años de estudio en esta población fue de $5,2 \pm 4,5$ años y 17 (17%) eran analfabetos. La mayoría de los adultos mayores, 53 (53,5%) eran casados y vivían en domicilio propio, 84 (84,8%). En cuanto al número de hijos, el promedio fue $3,2 \pm 0,7$. La Tabla 1 muestra las variables sociodemográficas relacionadas al diagnóstico de fragilidad.

Tabla 1 - Descripción de las características sociodemográficas relacionadas al diagnóstico de fragilidad. Passo Fundo, RS, Brasil, 2011

Característica	Diagnóstico de fragilidad			Total (n=99)	p
	No frágil (n=4)	Pre-frágil (n=49)	Frágil (n=46)		
Género					0,995
Masculino	2 (4,1%)	24 (49,0%)	23 (46,9%)	49	
Femenino	2 (4,0%)	25 (50,0%)	23 (46,0%)	50	
Etnia					0,177
Blanca	3 (3,3%)	45 (49,5%)	43 (47,3%)	91	
Negra	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	2	
Mulatos	1 (16,7%)	4 (66,7%)	1 (16,7%)	6	
Estado civil					0,216
Soltero	0 (0%)	1 (16,7%)	5 (83,3%)	6	
Casado	2 (3,8%)	25 (47,2%)	26 (49,1%)	53	
Divorciado	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)	5	
Viudo	1 (2,9%)	20 (57,1%)	14 (40%)	35	
Alfabetización					0,644
Alfabetizado	4 (4,9%)	40 (48,8%)	38 (46,3%)	82	
Analfabeto	0 (0%)	9 (52,9%)	8 (47,1%)	17	
Ocupación					0,367
Jubilado	4 (4,4%)	41 (45,6%)	45 (50%)*	90	
Pensionado	0 (0%)	5 (100%)	0 (0%)*	5	
Empleado	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)*	1	
Autónomo	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)*	1	

Los valores expresan un promedio \pm desvío estándar o frecuencia absoluta y relativa; * solo 45 (97,8%) adultos mayores respondieron

La prevalencia de fragilidad en el presente estudio fue de 4 (4%) adultos mayores no frágiles, 49 (49,5%) pre-frágiles y 46 (46,5%) frágiles. La edad promedio fue mayor en el grupo de los adultos frágiles cuando es comparada a los demás grupos, pero esta diferencia no se presentó estadísticamente significativa ($p=0,843$). Entre los géneros, la prevalencia de fragilidad se mostró muy semejante ($p=0,995$). En cuanto a la etnia, los blancos representaron la mayor parte de la muestra (92%). En la prevalencia de fragilidad relacionada al estado civil, se observó que, a pesar del pequeño número de adultos mayores solteros en la muestra, el 83,3% de estos eran

frágiles ($p=0,216$). La prevalencia de adultos no frágiles, pre-frágiles y frágiles, relacionada a la alfabetización fue semejante entre los grupos ($p=0,644$). No hubo diferencia estadística significativa cuando fueron comparados años de estudio y prevalencia de fragilidad, pero, adultos no frágiles presentaron más años de estudios que los pre-frágiles y frágiles ($p=0,397$). Diferente de lo esperado, el ingreso promedio fue mayor en el grupo de los adultos frágiles cuando se lo compara al de los demás grupos, pero esta diferencia no se presentó estadísticamente significativa ($p=0,958$). En la Tabla 2 puede ser observada la prevalencia de fragilidad relacionada a las comorbilidad.

Tabla 2 - Asociación de las comorbilidades con el síndrome de fragilidad. Passo Fundo, RS, Brasil, 2011

Comorbilidad	Diagnóstico de fragilidad			Total (n=99)	p
	No frágil (n=4)	Pre-frágil (n=49)	Frágil (n=46)		
Diabetes mellitus					0,202
Si	0 (0%)	9 (39,1%)	14 (60,9%)	23	
No	4 (5,3%)	40 (52,6%)	32 (42,1%)	76	
Hipertensión arterial sistémica					0,915
Si	3 (4,5%)	32 (48,5%)	31 (47%)	66	
No	1 (3%)	17 (51,5%)	15 (45,5%)	33	
Cardiovascular					0,678
Si	1 (2,4%)	20 (28,8%)*	20 (48,8%)†	41	
No	3 (5,6%)	28 (51,9%)*	23 (42,6%)†	54	
Reumática					0,993
Si	1 (4,2%)	12 (50%)‡	11 (45,8%)§	24	
No	3 (4,2%)	35 (48,6%)‡	34 (47,2%)§	72	
Osteoporosis					0,971
Si	1 (5%)	10 (50%)*	9 (45%)§	20	
No	3 (3,9%)	38 (49,4%)*	36 (46,8%)§	77	
Pulmonar					0,475
Si	0 (0%)	7 (41,2%)**	10 (58,8%)†	17	
No	3 (41%)	37 (50,7%)**	33 (45,2%)†	73	
Cáncer					0,351
Si	0 (0%)	12 (60%)††	8 (40%)‡‡	20	
No	4 (5,5%)	33 (45,2%)††	36 (49,3%)‡‡	73	
Incontinencia urinaria					0,772
Si	0 (0%)	5 (50%)**	5 (50%)†	10	
No	4 (4,9%)	39 (48,1%)**	38 (46,9%)†	81	
Incontinencia fecal					0,764
Si	0 (0%)	3 (42,9%)**	4 (57,1%)†	7	
No	4 (4,8%)	41 (48,8%)**	39 (46,4%)†	84	
Depresión					0,547
Si	0 (0%)	8 (61,5%)*	5 (38,5%)‡‡	13	
No	4 (4,8%)	40 (48,2%)*	39 (47%)‡‡	83	
Tabaquismo					0,001
Si	2 (33,3%)	2 (33,3%)*	2 (33,3%)	6	
No	2 (2,2%)	46 (50%)*	44 (47,8%)	92	

Los valores expresan un promedio \pm desvío estándar o frecuencia absoluta y relativa

*solo 48 (97,9%) adultos mayores respondieron

†solo 43 (93,5%) adultos mayores respondieron

‡solo 47 (95,9%) adultos mayores respondieron

§solo 45 (97,8%) adultos mayores respondieron

||solo 3 (75%) adultos mayores respondieron

¶solo 44 (89,8%) adultos mayores respondieron

**solo 45 (91,8%) adultos mayores respondieron

††solo 44 (95,6%) adultos mayores respondieron

Con excepción del tabaquismo, no hubo diferencia estadísticamente significativa al evaluarse la prevalencia de fragilidad y la presencia o no de comorbilidades. A pesar del pequeño valor de probabilidad asociado a esta comparación, se debe resaltar que, en este caso, hubo violación a los presupuestos de la prueba estadística empleada, una vez que las 4 casillas de la tabla de contingencia producida presentaron valores esperados <5. En cuanto al IMC, los

adultos mayores no frágiles presentaron en promedio $26,3 \pm 5,3$, los pre-frágiles, $27,1 \pm 5,0$ y los frágiles $26,6 \pm 5,4$ (0,667).

La prevalencia de cada uno de los fenotipos propuestos en el referencial metodológico⁽⁶⁾ en los adultos mayores no frágiles, pre-frágiles y frágiles puede ser observada en la Tabla 3.

Tabla 3 - Fenotipos propuestos⁽⁶⁾ y diagnóstico de síndrome de fragilidad. Passo Fundo, RS, Brasil, 2011

Fenotipo	Diagnóstico de fragilidad			Total (n=99)	p
	No frágil (n=4)	Pre-frágil (n=49)	Frágil (n=46)		
Pérdida de peso					0,000
Si	0 (0%)	12 (26,7%)*	33 (73,3%)†	45	
No	4 (7,8%)	35 (68,8%)*	12 (23,5%)†	51	
Agotamiento					0,000
Si	0 (0%)	20 (34,5%)*	38 (65,5)†	58	
No	4 (10,5%)	27 (71,1%)*	7 (18,4%)†	38	
Fuerza de prensión					0,000
Si	0 (0%)	35 (44,3%)	44 (55,7%)	79	
No	4 (20,0%)	14 (70,0%)	2 (10,0%)	20	
Actividad física					0,009
Si	0 (0%)	4 (22,2%)*	14 (77,8%)‡	18	
No	4 (5,3%)	43 (56,6%)*	29 (38,2%)‡	76	
Velocidad de marcha					0,000
Si	0 (0%)§	9 (22,5%)	31 (77,5%)¶	40	
No	3 (8,3%)§	26 (72,2%)	7 (19,4%)¶	36	

Los valores expresan un promedio \pm desvío estándar o frecuencia absoluta y relativa

*solo 47 (95,9%) de los pacientes realizaron la prueba

†solo 45 (97,8%) de los pacientes realizaron la prueba

‡solo 43 (93,5%) de los pacientes realizaron la prueba

§solo 3 (75%) de los pacientes realizaron la prueba

||solo 35 (71,4%) de los pacientes realizaron la prueba

¶solo 38 (82,6%) de los pacientes realizaron la prueba

Al evaluarse los ítems del fenotipo propuesto⁽⁶⁾, se puede observar que lo más frecuente presente en los adultos mayores considerados frágiles fue la disminución de la fuerza de prensión palmar, seguida por agotamiento, disminución de la velocidad de marcha, pérdida de peso, y por último el ítem menos frecuente, fue la disminución de la actividad física. Todos los fenotipos evaluados en este estudio, independientemente de la caracterización de la fragilidad de los grupos de adultos mayores encuestados, presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

Discusión

La edad promedio de los adultos mayores ($74,5 \pm 6,8$ años) se mostró idéntica a la encontrada en otro estudio⁽¹⁴⁾ (74,5 años).

En cuanto a la prevalencia, 49,5% de los adultos mayores se mostraron pre-frágiles y 46,5% frágiles.

Un estudio⁽¹⁵⁾ mostró relación con estos resultados, encontrando la siguiente prevalencia de síndrome de fragilidad en adultos mayores en instituciones hospitalarias: 26,2% de los internados en unidad clínica y 62,4% en unidad quirúrgica. Es necesaria una búsqueda amplia y sistematizada para asegurar que realmente no existen otros estudios presentando datos del síndrome de la fragilidad en instituciones hospitalarias. Todavía, la búsqueda en la base de datos correspondiente no encontró estos datos. En este estudio hubo una mayor prevalencia de fragilidad cuando se compara a los estudios con foco en la comunidad. En el Cardiovascular Health Study⁽⁶⁾, la prevalencia fue del 6,9%. Otro estudio⁽¹⁶⁾ muestra que el 10% de los adultos mayores se presentó frágil, 46% con fragilidad intermedia, semejante al presente, y 44% no frágil. Otro⁽¹⁷⁾ evaluando la prevalencia en adultos mayores brasileños con 65 años o más en grupos de convivencia, mostró un 33% de adultos no frágiles, 66% de adultos pre-frágiles y solo el 1% frágil. La posible explicación

para esta diferencia en la prevalencia se debe al hecho de que la muestra de este estudio ha sido compuesta por adultos hospitalizados. Una revisión⁽¹²⁾ identificó que los 18 estudios analizados indicaron una amplia variación de prevalencia de fragilidad, con una variación general de 6,9 a 21,0 % para el estado frágil y 33 a 55 % para el estado pre-frágil.

Existe correlación entre la fragilidad y el género, donde la prevalencia fue mayor en mujeres que en hombres^(6,12,15), en cambio, en los datos de este estudio no se observó asociación estadísticamente significativa entre sexo y prevalencia de fragilidad. Posiblemente este evento esté relacionado al motivo de la internación, siendo en los hombres más graves e incapacitantes.

En estudios^(6,16) hubo diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de fragilidad por etnia, siendo en los negros, mayor que en los blancos. En este, el pequeño número de negros imposibilitó este análisis.

El presente estudio identificó una prevalencia de fragilidad más grande en los adultos mayores con ingreso promedio más alto (diferencia no significativa). No fue encontrada justificación para tal resultado, pues se presupone que aquellos con ingresos más altos tengan una mejor percepción de autocuidado, calidad de vida y acceso a medicina preventiva. Como es esperado, en un estudio⁽¹⁶⁾, aquellos con ingreso inferior a 10.000 dólares por año tienen doble oportunidad de tener fragilidad que los más ricos.

La jubilación se mostró como un importante factor desencadenante de fragilidad en los adultos mayores, ya que el 45,6% presentaron fragilidad intermedia y 50% se presentaron frágiles.

Un estudio mostró que hay una tendencia estadísticamente significativa en el aumento de la prevalencia de fragilidad en personas con más enfermedades⁽⁶⁾. Las personas con enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal, accidente vascular cerebral, osteoartritis y depresión son significativamente más probables de ser clasificadas como frágiles que personas sin esas condiciones, incluso después del ajuste de edad y sexo⁽⁹⁾. En cambio, un estudio⁽⁶⁾ demostró una diferencia significativa en cuanto a la aparición de hipertensión arterial sistémica y fragilidad, mientras que el presente estudio no encontró ninguna asociación entre esas variables. Determinadas condiciones pueden compartir algunas de las mismas características de fragilidad, llevando a un potencial error de clasificación. Cuando las personas con depresión o diabetes tienen síntomas que satisfacen los criterios de fragilidad, es difícil saber si ellos son realmente frágiles⁽⁹⁾.

En cuanto al diagnóstico de fragilidad, la disminución de la fuerza de prensión fue encontrada en 80% de los

adultos mayores frágiles, el agotamiento en 59%, la pérdida de peso en 45%, la disminución de la velocidad de marcha en 40% y por último, la disminución de la actividad física, encontrada en solo 18% de los adultos mayores frágiles. La disminución de la fuerza de prensión palmar también fue el fenotipo más frecuente involucrado en la caracterización de los adultos mayores pre-frágiles. Otros autores⁽¹⁷⁾ también identificaron la disminución de la fuerza de prensión palmar como el fenotipo más frecuentemente involucrado en el diagnóstico del síndrome de fragilidad y la disminución de la actividad física como el fenotipo menos involucrado. Este dato es también corroborado por un estudio⁽¹⁸⁾ que observó la existencia de una jerarquía en la manifestación de los factores asociados a la fragilidad física siendo que el riesgo de desarrollar debilidad muscular, lentitud de marcha y bajo nivel de actividad física es 3,7; 1,7 y 1,9 veces mayor que el riesgo de desarrollar pérdida de peso, respectivamente. Además, este mismo estudio identificó que mientras la debilidad muscular se manifiesta en el principio y es reversible, el agotamiento y la pérdida de peso son marcadores evidentes en el final del ciclo de fragilidad e indican adultos mayores con tendencia a una progresión rápida de este ciclo. En este contexto, se concluye que no es el número de marcadores que determina el riesgo de volverse frágil, sino cuales son los marcadores que se manifiestan primero.

El índice de fragilidad está fuertemente correlacionado con el riesgo de muerte, con un coeficiente de correlación mayor que 0,95⁽⁵⁾. A pesar de no existir, hasta el momento, un tratamiento específico para este síndrome, la realización periódica de una evaluación geriátrica global por un equipo multidisciplinario puede ser capaz de retardar el deterioro funcional y prevenir la fragilidad y, así, disminuir el índice de institucionalización y hospitalización, alterando positivamente las tasas de mortalidad en esta parte de la población. Sin embargo, los protocolos sistematizados deben ser establecidos para la optimización del proceso de rehabilitación de esos pacientes⁽¹¹⁾.

Evaluar las necesidades individuales de salud de las personas que son frágiles requiere la evaluación de su cognición, función, movilidad, equilibrio y circunstancias sociales, además de comprender sus problemas médicos, pues la fragilidad tiene implicaciones importantes para las necesidades de cuidados de los adultos mayores con este síndrome⁽⁵⁾.

La detección realizada en ambiente hospitalario, pre-hospitalización podría ser el momento más adecuado para una evaluación multidimensional del adulto mayor, con el objetivo de estratificarlo por nivel de fragilidad. Esta

permitiría al profesional dirigir el cuidado, posibilitando una asistencia de enfermería enfocada en las potenciales necesidades del adulto mayor. Se cree que una barrera para la caracterización de estos pacientes sería la inexistencia de instrumentos y criterios estandarizados para evaluar el síndrome de fragilidad en personas adultas mayores.

La disponibilidad de un instrumento válido y confiable para evaluar la fragilidad entre adultos mayores en Brasil es de gran utilidad para los profesionales de la salud sea en el ámbito de la encuesta como también en la práctica clínica⁽⁷⁾.

Datos referentes a la comparación del fenotipo de la fragilidad con modificaciones fisiológicas del envejecimiento, así como las condiciones de la enfermedad y el impacto de la internación en las variables del fenotipo no fueron analizadas, pues, el delineamiento transversal del estudio no permite suponer causalidad. Sin embargo, se sabe que tanto los factores que llevaron al paciente al hospital, como la internación hospitalaria en sí, pueden afectar negativamente las condiciones de salud, aunque transitoriamente, modificando la clasificación del paciente en cuanto al fenotipo establecido⁽⁶⁾. Aun existiendo esa limitación, la identificación de la situación de adulto mayor, en cuanto a la fragilidad, en el momento de la internación es de gran importancia, por modificar la planificación de acciones para el cuidado de la enfermedad, así como las demás conductas terapéuticas por el equipo multidisciplinario.

Conclusiones

Evaluar e identificar en el adulto mayor el síndrome de fragilidad constituyó un problema actual para que los profesionales de la salud actúen en la implementación de programas específicos, a fin de minimizar los efectos de fragilidad y sus consecuencias. La enfermería puede estar presente en todos los niveles de cuidado de esos pacientes, optimizando la calidad de vida.

No fueron identificados factores estadísticamente asociados a la fragilidad. Como era esperado, la prevalencia en esta población se mostró alta cuando fue comparada a estudios que enfocan al adulto mayor no hospitalizado.

El presente estudio presenta limitaciones, pues estudios transversales no permiten una distinción entre causa y efecto. Se cuestiona si la utilización de un modelo de fragilidad estático, medido en un único punto del tiempo, sería apropiado para evaluar una condición dinámica, involucrando el cambio a lo largo del tiempo de hospitalización y posteriormente después del alta. Estudios longitudinales y con poblaciones mayores, tal vez, responderían mejor a tales cuestionamientos.

Se cree que las primeras setenta y dos horas representan el periodo en que la persona hospitalizada estaría agudamente afectada pudiendo presentar modificaciones hemodinámicas. En ese sentido se cuestiona si el diagnóstico de fragilidad no debería ser realizado en el momento de mayor estabilidad clínica de adulto mayor. Adulto mayor en estado agudo de enfermedad, principalmente en los primeros días de hospitalización pueden presentar señales y síntomas que cubrirían o sobreestimarían la fragilidad.

El objetivo de este estudio fue alcanzado al demostrar la prevalencia del síndrome de fragilidad en adultos mayores en institución hospitalaria. Se espera que, con base en esos resultados, sean sugeridos modelos de diagnóstico y de cuidado para el adulto mayor frágil (detección precoz y tratamiento) y para el adulto mayor no frágil (prevención primaria), beneficiando a los profesionales de la salud, los adultos, y la sociedad. Por ello, se puede evitar la progresión del cuadro, reducir la incidencia de complicaciones, el tiempo de hospitalización y reinternaciones del cliente adulto mayor. Se cree que una intervención multidisciplinaria, apoyada por iniciativas de salud pública sean una estrategia eficiente y eficaz en el cuidado al adulto mayor frágil.

Referencias

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2009. [acceso 3 mar 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf.
2. Veras RP, Caldas CP. Produção de cuidados à pessoa idosa. *Ciência Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1104.
3. Estrella K, Oliveira CEF, Sant'anna AA, Caldas CP. Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(3):507-12.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
5. Koller K, Rockwood K. Frailty in older adults: Implications for end-of-life care. *Cleveland Clin J Medicine*. 2013;80(3):168.
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Series A – Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001;56(3):146-56.

