



# Revista Clínica Española

<https://www.revclinesp.es>



## 1582 - FRAGILIDAD EN PACIENTES MUY MAYORES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

*J. Benítez Peña, B. Jiménez González, A. Alaoui Quesada, V. Villamonte Pereira, S. González Sosa, A.G. Perdomo Perdomo, J.J. Ruiz Hernández y A. Conde Martel*

*Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.*

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la prevalencia de fragilidad y los factores relacionados con la misma, en pacientes con edad muy avanzada ingresados en un servicio de Medicina Interna.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo incluyendo a todo paciente con edad  $\geq 85$  años ingresado en Medicina Interna de un Hospital de tercer nivel durante tres meses. Se excluyeron los pacientes con ingreso inferior a cinco días o que rechazaron participar en el estudio. Se recogieron las características demográficas, antecedentes personales, comorbilidades incluyendo los índices Charlson y PROFUND, situación funcional mediante índice Barthel, mental (test de Pfeiffer), anímica (escala de Yesavage), nutricional (MNA-SF) y fragilidad según la escala FRAIL. Además, se recogió la presencia de cuidador, tratamiento farmacológico, actividad física, alteraciones visuales o auditivas y caídas. Para comparar variables categóricas se utilizó el test chi cuadrado y para comparar variables cuantitativas el test t-Student o U de Mann Whitney según la distribución fuera o no normal.

**Resultados:** Se incluyeron 101 pacientes, 50 mujeres (59,4%) y 41 varones (40,6%) con edad media de 88,8 años (DE 2,8). Dos tercios residían en ciudad (67 pacientes), un 20% vivían solos y el 6% en residencias. La mayoría (80; 79,2%) tenía cuidador. Deambulaban fuera del domicilio 43 pacientes (42,6%). El control del tratamiento era predominantemente externo (65 pacientes, 64,4%) con una media de fármacos al ingreso de 11 ( $\pm 4$ ) y al alta de 10 ( $\pm 3,8$ ). Las patologías más prevalentes fueron hipertensión arterial (91,1%), dislipemia (65,3%), insuficiencia cardíaca (62,4%) y enfermedad renal crónica (60,4%). La media del índice de Charlson fue 2,54. El 35% de los pacientes (35) tenían dependencia al menos moderada para las ABVD y un número similar presentaba deterioro cognitivo mediante el test de Pfeiffer. Casi la mitad de los pacientes (45; 44,6%) tenían fragilidad según la escala FRAIL. La mortalidad hospitalaria fue del 16% (15 pacientes). La fragilidad no se relacionó con la edad ( $p = 0,77$ ), ni con el sexo ( $p = 0,16$ ), incluso tras ajustar el sexo por edad. Tampoco se asoció con la puntuación del índice Charlson ( $p = 0,37$ ). Sin embargo, sí existía relación entre fragilidad y el índice PROFUND ( $p = 0,001$ ), el índice de Barthel ( $p < 0,001$ ), el test de Pfeiffer y con escala Yesavage ( $p = 0,008$  para ambos), además con el estado nutricional según MNA-SF ( $p < 0,001$ ).

**Discusión:** Centrar el enfoque exclusivamente en la edad cronológica y comorbilidades no refleja

adecuadamente el concepto de fragilidad en los pacientes muy mayores. Además de evaluar índices pronósticos que incluyen comorbilidades como el Charlson o el PROFUND, utilizar escalas que evalúan otras dimensiones como situación mental, funcional y nutricional (test de Pfeiffer, índice de Barthel y MNA-SF) en pacientes de edad muy avanzada forma parte de la valoración geriátrica integral que nos aproxima a la situación real del paciente y la presencia de fragilidad que podría incidir en su calidad de vida.

*Conclusiones:* En nuestro registro de pacientes muy mayores, la fragilidad está estrechamente relacionada con la situación funcional, mental y nutricional, sin asociarse con la edad o comorbilidades. En una población cada vez más longeva resulta fundamental realizar una valoración geriátrica integral.