



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 NORTE**



COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

**“Factores de riesgo para síndrome de fragilidad en adultos mayores
derechohabientes de la Unidad Medicina Familiar No. 33 El Rosario”**

TESIS

Para obtener el título de:
Especialista en Medicina Familiar

P R E S E N T A

Dra. Belén de Jesús Barrera Almaraz
Médico Residente del tercer año del Curso de
Especialización en Medicina Familiar.

ASESOR

Mónica Sánchez Corona
Especialista en Medicina Familiar
Profesora Titular Del Curso de Especialización
en Medicina Familiar UMF No. 33 “El Rosario”.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA SANCHEZ CORONA
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR
UMF No. 33 “EL ROSARIO”

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR, UMF No. 33 “EL ROSARIO”

DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANGENO
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR, UMF No. 33 “EL ROSARIO”

ASESOR

**DRA. MÓNICA SANCHEZ CORONA
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF No. 33**

ALUMNO

**DRA. BARRERA ALMARAZ BELÉN DE JESÚS
MEDICO RESIDENTE DE 3ER. AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR**

AGRADECIMIENTOS

*Por acompañarme y guiarme en todo momento, por la fortaleza en momentos de debilidad, por una vida llena de aprendizajes, experiencias, felicidad y tristezas;
Gracias Dios...*

A mis padres gracias por los valores que me han inculcado, por su apoyo, por brindarme la oportunidad de continuar preparándome para continuar superándome durante el transcurso de mi vida...

Ofreciéndome siempre su apoyo, cariño y la fortaleza necesaria para seguir adelante. Gracias hermanos...

Les agradezco a mis compañeros, que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante estos tres años y convivir dentro y fuera de un salón de clase.

A mis profesoras les agradezco por la transmisión de sus conocimientos, por la sabiduría que me transmitieron durante mi formación profesional y por su ayuda para llegar a realizar una de mis más grandes metas y en especial a la Dra. Mónica Sánchez Corona por su confianza, apoyo y paciencia; por haberme guiado durante el desarrollo de este trabajo y llegar a la culminación del mismo.

A mi esposo por su ayuda y paciencia, A mi bebe que aunque ya no esta conmigo es una fuente de inspiración y la fortaleza necesaria para seguir adelante, te amo...

INDICE

	PAGINA
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
OBJETIVOS	16
MATERIAL Y MÉTODO	17
RESULTADOS	18
TABLAS Y GRÁFICAS	20
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	39

Factores de riesgo presentes para síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”.

Barrera Almaráz Belén de Jesús¹, Sánchez Corona Mónica²

Introducción. La transición demográfica y epidemiológica en la cual se encuentra inmerso nuestro país, ha contribuido a que la esperanza de vida incremente, esperándose que para el año 2050 uno de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años presentando disminución de la capacidad funcional y el aumento de dependencia en el Adulto Mayor surgiendo el concepto “fragilidad” existiendo diferentes factores de riesgo para este como son sociodemográficos y médicos.

Objetivos. Identificar los factores de riesgo para síndrome de fragilidad que están presentes en Adultos Mayores de 65 a 75 años de edad derechohabientes de la UMF “El Rosario”.

Material y métodos. Se realizara un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo en 312 Adultos Mayores con un índice de confianza 95%.

Resultados. Se encontró los siguientes factores de riesgo sociodemográficos: género femenino con 64%, edad de 70-75 años un 44%, soporte social deficitario 60%, nivel socioeconómico bajo 52% y factores médicos: pluripatología 70%, hospitalizaciones recientes 31%, polifarmacia 83%, caídas 56%, déficit sensorial 64%, incontinencia urinaria 58%, déficit cognitivo 30% y depresión 54%.

Conclusiones. Conocer los factores de riesgo para desarrollar SF en los adultos mayores nos ayudara a realizar medidas preventivas y diagnóstico oportuno para evitar complicaciones y brindar una mejor calidad de vida. **Palabras clave.** Síndrome de fragilidad, factores de riesgo.

¹Med.Res.3er.año.Med.Fam.UMF33. ²CCEIS,UMF33

INTRODUCCIÓN

El número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó a 700 millones en la década del año 90 del siglo XX, para el año 2025 se estima que existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos.

En México, los ancianos representaban el 7,1% de la población (6,9 millones de personas) en el año 2000 y se prevé que su número ascienda a 32,4 millones en 2050, cuando uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 65 años.

Conforme avanza la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y aumenta la frecuencia de trastornos de salud, apareciendo diversos síndromes geriátricos; los cuales son caracterizados por ser resultantes de múltiples y variadas etiologías así como provocar alteraciones funcionales que con frecuencia llevan a la incapacidad, destacando de entre ellos el síndrome de fragilidad.

Lo anterior representa un desafío tanto para el país como para el sector de salud debido a que la demanda de atención de los adultos mayores en medicina familiar se incrementa de forma acelerada.

Existen diferentes factores de riesgo que se asocian al síndrome de fragilidad dentro de los que destacan los socio-demográficos (edad, sexo, soporte social deficiente, nivel socioeconómico bajo), los factores médicos (pluripatología, hospitalizaciones recientes, polifarmacia, caídas, déficit sensorial, incontinencia urinaria, déficit cognitivo, depresión) y funcionales. Conocerlos nos permitirá crear estrategias para poder prevenirlos o corregirlos y así mejorar la condición de salud y mantener la autonomía funcional del adulto mayor así como un envejecimiento exitoso.

Solamente una vida dedicada a los demás merece ser vivida.

Albert Einstein

MARCO TEÓRICO

Desde el pasado siglo nuestro país, al igual que el resto de los países accidentales de nuestro entorno, ha presentado un envejecimiento progresivo de su población debido principalmente a un aumento significativo de la esperanza de vida y a una disminución importante de la fecundidad.¹

El envejecimiento puede definirse como la suma de todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte.²

El envejecimiento es parte integrante y natural de la vida. La forma en que envejecemos y vivimos este proceso, nuestra salud y capacidad funcional dependen no sólo de la estructura genética, sino también y de manera importante de lo que se ha hecho durante la vida; del tipo de cosas con las que se ha encontrado a lo largo de ella; y de cómo y dónde se ha vivido la vida.³

Entre los años de 1990 y 2005 el incremento anual de la población general fue a una tasa de 1.43% en promedio, mientras que en la población de 60 años o más la tasa de incremento fue de un 3.11% en promedio, este ritmo de crecimiento propició que los adultos mayores aumentaran su presencia tanto en términos absolutos como relativos: en 1990 este grupo contaba con cinco millones de individuos, para el año 2005 aumentó a 7.9 millones, con lo que la proporción de adultos mayores pasó de 6 a 7.6% en ese lapso. Para el año 2010 9.4 millones, lo que en términos relativos representa 8.7% de la población total.⁴ Entonces para el año 2025 se estima que existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos.⁵ Con lo que se espera que para el año 2050 uno de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años.⁶

El número de adultos mayores aumenta a nivel mundial. Sin embargo, con el avance de la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud aumentan. La edad cronológica es con toda probabilidad el factor más importante y consistente en la aparición de la discapacidad de los ancianos debido a que el riesgo relativo aumenta alrededor de 2.0 por cada 10 años de edad que pasan.⁶

Durante el proceso de envejecimiento la menor reserva funcional y una disminución de la capacidad de adaptación a cambios es lo que hace que en los ancianos, la respuesta del organismo ante las alteraciones que supone cualquier enfermedad, sea distinta a la del organismo joven; apareciendo diversos síndromes geriátricos los cuales son caracterizados por ser resultantes de múltiples y variadas etiologías; y por provocar alteraciones funcionales que con frecuencia llevan a la incapacidad. Entre ellos encontramos: Deterioro cognitivo (demencia), Trastornos del ánimo (depresión), Trastornos del sueño (insomnio), Inmovilidad, caídas, Incontinencia, fragilidad, etc.⁶

Los síndromes geriátricos comparten múltiples factores de riesgo o enfermedades que los desencadenan, evidenciando su importancia clínica como señales de alarma en los adultos mayores. ⁵

La problemática del anciano adquiere primordial trascendencia y constituye un factor decisivo en las investigaciones médicas y sociales. Las indagaciones sobre el tema se dirigen ya no solo a los aspectos relacionados con el proceso “fisiológico” de envejecer, sino a conocer aquellas condiciones que colocan al adulto mayor en estado de fragilidad.^{1, 2}

La fragilidad ha sido considerada en la última década, de manera creciente, como un síndrome geriátrico independiente que representa la disminución de las reservas fisiológicas del adulto mayor con un aumento de su vulnerabilidad para resultados adversos de salud.¹

La fragilidad incrementa el riesgo del miedo a caerse, de inmovilidad, de fractura de cadera y de muerte. Además las personas frágiles utilizan con más frecuencia todos los servicios de salud. La prevalencia de este problema es variable y depende de los criterios utilizados para definirla. ⁷

El término frágil significa según el diccionario algo débil, que puede romperse con facilidad. La mayoría de las definiciones conceptuales y operacionales de la fragilidad exaltan las pérdidas físicas de las personas ancianas, ⁶ pero está claro que esta visión es fragmentaria, pues resulta absolutamente necesario un enfoque más integral que preste también atención a los aspectos psicológicos y sociales y a las relaciones de estos con los componentes físicos o biomédicos, si se quiere enfrentar de forma holística la atención sanitaria a estas personas. ⁸

Los intentos por definir de forma objetiva la fragilidad han tenido dificultad, y a pesar de que la literatura señala que es un concepto multidimensional, resultado de factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales, la mayoría de los estudios continúa usando solo una perspectiva bidimensional, física o biomédica.⁹ Se han sucedido varias reuniones de expertos, para lograr un consenso sobre el concepto y los criterios de medición del síndrome de fragilidad (SF). La más ampliamente aceptada es la emitida por la American Geriatric Society: “La fragilidad es un síndrome fisiológico caracterizado por la disminución de las reservas y reducción de la resistencia a los estresores, resultado de una declinación acumulativa de sistemas fisiológicos que provoca vulnerabilidad para resultados adversos de salud”.¹⁰

Por otra parte, la OPS ha definido como adultos mayores frágiles a los que padecen o están en riesgo de presentar los llamados “Gigantes de la Geriatria” o las cinco I: Inmovilidad, Inestabilidad, Incontinencia, Deterioro Intelectual y la latrogenia.¹⁰

L. Fried y cols definen la fragilidad con la presencia de 3 ó más de los siguientes criterios: pérdida de peso no intencional, debilidad muscular, baja resistencia

(cansancio), lentitud de la marcha y nivel bajo de actividad física. Según este modelo fueron considerados pre-frágiles los que tenían 1-2 criterios y robustos, los que no cumplían ninguno de ellos.¹¹

Bortz propone a la fragilidad en el anciano como a un grupo amplio de deterioros que incluyen a los sistemas musculoesquelético, cardiovascular, metabólico e inmunológico, pero no sólo confinado a estos sistemas.¹² Aunque la fragilidad por sí misma no es considerada una enfermedad fatal, sus consecuencias en otros órganos y sistemas la colocan como un estado donde existe un riesgo de muerte incrementado.²

Buchner que la considera, "el estado en que la reserva fisiológica está disminuida, llevando asociado un riesgo de incapacidad". Por medio de la detección de la fragilidad y mediante medidas diagnósticas terapéuticas y rehabilitadoras se trataría de evitar la discapacidad.¹³

El otro concepto de fragilidad defendido por Brockerhurst se basaría en el "equilibrio precario, entre diferentes componentes, biomédicos y psicosociales, que condicionarán el riesgo de institucionalización o muerte."¹⁴

El fenotipo de dominios múltiples (expandido): incluye componentes adicionales como cognición y estado de ánimo.¹⁵

Existen diferentes factores de riesgo que se asocian al síndrome de fragilidad los cuales podríamos resumir en: socio-demográficos, criterios médicos y funcionales.¹⁶

Socio- demográficos.

Edad. Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.²⁵ Estadísticas reflejan que entre el 10 y el 20 % de los individuos mayores de 60 años pueden considerarse frágiles, y este porcentaje alcanza a más del 50% en el grupo poblacional mayor de 85 años: "los viejos más viejos" ("oldest old").¹⁷ Se postula que en los ancianos con edades superiores a 80 años el grado de dependencia es muy alto¹⁸; sin embargo, otros autores no consideran el sobrepasar la edad octogenaria como un factor de riesgo de mayor fragilidad.¹⁹

Sexo. División del género humano en dos grupos: mujer o hombre.²⁵ La OMS encuentra con mayor riesgo de presentar síndrome de fragilidad a mujeres solteras y viudas.^{20,21}

Soporte social deficitario. La OMS considera que en el grupo de ancianos en situación de riesgo se encuentran los que viven solos en una vivienda como puede ser el aislamiento social (vivir solo o la convivencia con otro anciano)²¹, aquellos que no tienen hijos¹, es un factor que puede determinar un riesgo de deterioro de la salud.¹⁶

Nivel socioeconómico bajo. Jerarquía que tiene una persona o grupo con respecto al resto. Usualmente se mide por el ingreso económico, y otros factores como equipamiento del hogar, condiciones generales en que vive nivel educativo,

etc. La OMS considera que se encuentran en riesgo de SF a los ancianos con escasos recursos económicos.²¹ En México hay 6 niveles socioeconómicos, cada uno de los cuales con diferentes ingresos y hábitos de consumo. El nivel socioeconómico bajo equivale a categoría E con un ingreso menor \$2,600.00 mensuales de acuerdo a los Niveles Socioeconómicos AMAI (índice de Nivel Socioeconómico de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública).²⁶

Criterios médicos.

Pluripatología: Padecer tres o más enfermedades. Esta puede favorecer la fragilidad en el anciano. Algunas enfermedades por sí solas pueden ser factores predictivos de fragilidad (déficits cognitivos, neoplasias, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca), sin necesidad de estar asociadas a otras enfermedades.¹⁶ La OMS hace mención como factor de riesgo a Parejas de ancianos en las que uno de ellos es discapacitado o está muy enfermo.²¹

Hospitalización reciente y los reingresos a hospitales: Aquellos ancianos que hayan tenido al menos un ingreso hospitalario en el último año y/o reingresos; dos o más en el último año, con anterioridad a la realización del estudio. Diversos estudios refieren que los ancianos, pueden desencadenar o aumentar el riesgo de fragilidad.⁷

Polifarmacia: consumo de más de tres o cinco fármacos, según autores es origen de un mayor riesgo de salud frágil en pacientes mayores. ⁷

Caídas: consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al anciano al suelo. Estas pueden determinar una reducción en la actividad social y física, y como proceso secundario una pérdida de auto-confianza en la independencia funcional.¹⁰

Déficits sensoriales: Disminución o pérdida del sentido auditivo o visual. Este tipo de déficit conllevan una pérdida de la seguridad en el anciano que los padece, siendo fuente de disminución en la independencia¹¹.

Incontinencia urinaria: Se considerarán aquellos ancianos que presenten una pérdida de orina involuntaria que origina un problema higiénico y/o social, o bien que tengan necesidad de utilizar absorbentes y/o pañales. Puede marcar una situación de potencial fragilidad, ya que provocan una disminución en la percepción de la calidad de vida del anciano¹².

Déficit cognitivo: Trastornos del área cognoscitiva que puedan interferir en el autocuidado y en la independencia del anciano. Para detección de déficit cognitivo se emplea el Cuestionario abreviado de estado mental de Pfeiffer. Puntúan los errores en la contestación a diez preguntas básicas, considerándose 5 errores el punto de corte más adecuado entre deterioro cognitivo o no.

Depresión: Trastorno de área afectiva, presentando tristeza, anhedonia, llanto fácil, alteraciones del apetito y sueño-vigilia; por un periodo de 2 meses. Conjunto de los síntomas de una enfermedad síquica caracterizada por una tristeza profunda y abatimiento del ánimo que altera las funciones psíquicas.²⁵ Para el diagnóstico de depresión en adulto mayor se puede aplicar de test Geriatric Depression Scale, creada por Yesavage versión corta, donde se interroga al paciente acerca alguna cuestiones vividas en las últimas 2 semanas, si la puntuación final mayor de 5 indica depresión.^{5,6} Ambas pueden marcar un riesgo importante de detrimento posterior en el sujeto anciano.¹³

Otros factores son los funcionales en los cuales el anciano que no posea independencia para las actividades básicas (ABVD), valorado mediante el Test de Barthel¹⁷ y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)¹⁸, valorado con el Test de Lawton y Brody, presentando un mayor riesgo de deterioro, y posee un factor de riesgo de fragilidad.^{17,18}

El instrumento mayoritariamente empleado para medir la fragilidad ha sido el test de Barber, cuya utilidad está cuestionada en la actualidad, ya que se refiere solo toca algunos criterios para el síndrome de fragilidad.⁷

El instrumento fundamental para la valoración de la fragilidad del anciano es la Valoración Geriátrica Integral (VGI), y se deberá efectuar, en todos los niveles asistenciales, tanto en pacientes ingresados en Unidades de Agudos como en Atención Primaria.¹⁶

Varios estudios han señalado las ventajas de la VGI, demostrando que mejora los indicadores de calidad de cuidado del adulto mayor, la funcionalidad, menor morbimortalidad, disminución de las hospitalizaciones, menor uso de medicamentos, y mejora en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).²² La detección de problemas de salud es fundamental en el paciente adulto mayor, ya que se ha descrito que una parte importante de la patología en este grupo etario queda oculta si no se busca de una forma intencionada; resultaría de gran utilidad porque orientaría a la sociedad y en particular al Sistema Nacional de Salud hacia qué objetivos dirigir su trabajo con los mayores de 60 años racionalizando su accionar en el proceso de prevención, pesquisaje y atención a la fragilidad como problema de salud. Permitiría realizar comparaciones puntuales y estimar luego en qué medida esta condición este presente. Este conocimiento es crucial en la planificación y desarrollo de estrategias de intervención en salud en la población de adultos mayores por parte del Sistema Nacional de Salud.²³

Siendo posible disminuir de forma significativa la incidencia, la prevalencia y la intensidad de enfermedades, la discapacidad y, con ello, la dependencia en el anciano suficiente para que alcance un armonioso estado de bienestar psicosocial destinada al logro de una mejor calidad de vida.²³

Los esfuerzos deben dirigirse a la detección temprana del síndrome antes de que la discapacidad u otra complicación aparezcan. Los adultos mayores frágiles podrían beneficiarse de complejas intervenciones multidisciplinarias en relación a los cuidados convencionales ¹¹.

Las complicaciones son: dependencia, discapacidad física y mental, repercusión social, familiar y económica, abandono del paciente en los hospitales, infecciones nosocomiales debidas a reingresos frecuentes, caídas, falla funcional progresiva del adulto mayor, depresión, deslizamiento y muerte. La terapéutica se enfoca fundamentalmente a mejorar el estado nutricional del paciente, evitando un mayor deterioro funcional mediante la aplicación de rehabilitación tendiente a conservar la autonomía, (terapia ocupacional, participación activa de la familia, reinserción social, terapia personal y de grupo con apoyo).¹²

Por lo tanto es importante identificar los factores de riesgo para desarrollar síndrome de fragilidad en los adultos mayores, con finalidad de evitar complicaciones a futuro y brindarles una mejor calidad de vida se han encontrado en diferentes investigaciones que revelan los principales factores de riesgo para Síndrome de Fragilidad.

ANTECEDENTES

A pesar de la búsqueda realizada en diferentes sitios en la red como son Artemisa, Pubmed, Scielo, Pagina el IMSS, Existen pocos estudios sobre síndrome de fragilidad, la mayoría de estos siendo extranjeros encontrando entre los países que más han estudiado este síndrome son España y Cuba. En México existen pocos estudios sobre este síndrome y los factores de riesgo para desarrollarlo sin embargo es de vital importancia estudiarlo ya que presenta un problema de salud pública, encontrando entre los más relevantes los siguientes:

En un estudio realizado en España 2010 por Jurschik y cols refiere que dentro de los factores más relevantes para que desarrolle síndrome de fragilidad esta la edad; mayores de 75 años tiene una prevalencia de 45%, el sexo femenino con 77,2%, estado civil sin pareja 59% vivir solo 83%, ingreso mensual menor a 900 euros un 59%, déficit cognitivo 24% y depresión 10%.¹²

Hervas y col. Realizado en 2004 un Estudio de 147 ancianos con una edad media de 71,4 años y proporción similar de hombres (74; 50,3%) y mujeres (73; 49,7%). Presentando factores de riesgo de fragilidad: soporte social deficitario: 7,5%; caídas: 17%; incontinencia urinaria: 18,4%; depresión: 13,6%; ansiedad-insomnio: 29,9%, hospitalización-reingresos: 21,8%; polimedicación 53,7%; pluripatología (≥ 3 enfermedades): 36,1%.⁷

En cuba un estudio Se encontró similitudes al resultado del estudio de España encontrando una mayor prevalencia de ancianos solos en las edades de 60 - 75 años 56% en las zonas urbanas y del sexo femenino. Se apreció una mayor tendencia a las enfermedades Cardiovasculares, Cerebro vasculares, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Cáncer. Más del 30% de los ancianos tienen necesidades socioeconómicas. ⁸

Orueta y cols. En estudio realizado en España en 2007 encontrando factores de riesgo para SF: ingreso hospitalario reciente 10%, riesgo de caídas 17.5%, invalidez 21.4%, vive solo con 61-9%, polifarmacia 61%, edad 64 años en 64%.⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el pasado, en la actualidad o en el futuro, todas las sociedades han enfrentado el problema del envejecimiento demográfico. La transición demográfica y epidemiológica en la cual se encuentra inmerso nuestro país, ha contribuido a que la esperanza de vida al nacimiento se incremente, se espera que para el año 2050 uno de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años.¹ El envejecimiento humano es un proceso caracterizado por la pérdida progresiva de múltiples capacidades físicas y cognitivas, lo cual favorece una mayor morbimortalidad, haciendo el cuidado de los adultos mayores difícil y complejo; el mantenimiento de la independencia funcional hasta el final de la vida constituye la meta de la medicina actual.² En el intento de encontrar términos con los cuales identificar la disminución de la capacidad funcional inherente al Adulto Mayor y por tanto el aumento de su dependencia del medio, surgen los conceptos de “fragilidad” y “anciano frágil”.³ Un nuevo síndrome geriátrico caracterizado por un estado fisiológico íntimamente relacionado con la edad, en el que se encuentra disminución de la reserva homeostática y la capacidad disminuida para la adaptación al estrés. Existe notable confusión en la actualidad acerca de quién es un anciano frágil o de riesgo, no existen hasta el momento criterios universales que determinen el término de fragilidad ya que varía mucho su significado dependiendo de los autores.⁵ La más ampliamente aceptada es la emitida por la American Geriatric Society: “La fragilidad es un síndrome fisiológico caracterizado por la disminución de las reservas y reducción de la resistencia a los estresores, resultado de una declinación acumulativa de sistemas fisiológicos que provoca vulnerabilidad para resultados adversos de salud”.⁶

En diversos estudios se destacan diferentes factores que predisponen al síndrome de fragilidad como son: variables de tipo sociodemográfico, la edad el 10 y el 20 % de los individuos mayores de 60 años pueden considerarse frágiles, y este porcentaje alcanza a más del 50 % en el grupo poblacional mayor de 85 años: "los viejos más viejos".⁵ el sexo femenino con 77,2%, soporte social deficitario: 7,5%, nivel socioeconómico bajo 59%¹². Entre las variables que definen el estado de salud se encuentran: la pluripatología (≥ 3 enfermedades):36,1%; de las cuales destacan las enfermedades Cardiovasculares Cerebro vasculares, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Cáncer.⁸ hospitalización-reingresos: 21,8%; polifarmacia con 44%⁶, caídas: 17%; incontinencia urinaria: 18,4%; deterioro cognitivo de un 12,9%, depresión: 13,6%.⁷

Como se puede apreciar el síndrome de fragilidad es una patología compleja que como otras tantas presentan factores que la predisponen siendo de vital importancia conocer y detectarlos con la finalidad de prevenir el desarrollo de este síndrome y evitar complicaciones; por lo cual genera la siguiente pregunta:

¿CUALES SON FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR SINDROME DE FRAGILIDAD EN ADULTOS MAYORES DE 65 A 75 AÑOS DE EDAD DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”?

OBJETIVOS

GENERAL.

- Identificar los factores de riesgo para desarrollar síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad derechohabientes de la UMF 33 el Rosario.

ESPECÍFICOS.

- Identificar los factores de riesgo sociodemográficos (edad, género, soporte social deficitario, nivel socioeconómico bajo) para desarrollar síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad derechohabientes de la UMF 33 el Rosario.
- Identificar los principales factores de riesgo médicos (pluripatología, hospitalización reciente, polifarmacia, caídas, déficit sensorial, incontinencia urinaria, déficit cognitivo y depresión), para desarrollar síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad derechohabientes de la UMF 33 el Rosario.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social, que se encuentra en la delegación Azcapotzalco, en el servicio de consulta externa, con el objetivo de Identificar los factores de riesgo para desarrollar síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad.

El diseño de estudio fue una encuesta transversal, tipo de estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia, calculando un tamaño de muestra de 312 individuos, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. Se incluyeron a 312 pacientes con una edad entre 65 a 75 años, adscritos a la unidad de medicina familiar No. 33 “El Rosario”. Con criterios de inclusión: ambos sexos, derechohabientes de la UMF No. 33 “El Rosario”, los criterios de exclusión serán aquellos que no deseen participar en el estudio y criterios de eliminación: Pacientes quienes no respondieron completamente el cuestionario que acudieron a la consulta externa de medicina familiar, ambos turnos. Previo consentimiento informado (anexo1) se otorgó el cuestionario diseñado ex profeso (anexo 2), para identificar los factores de riesgo de síndrome de Fragilidad (12 ítems): factores socio-demográficos dentro de los cuales se encuentran edad el cual ubica en ítem número 1 de cuestionario, sexo en ítem número 2, soporte social deficitario con ítem 3, nivel socioeconómico bajo en ítem número 4. De los factores médicos se encuentra pluripatología con ítem número 5, hospitalización reciente en ítem 6, polifarmacia ítem número 7, presencia de caídas con ítem numero 8; presencia de déficit sensorial ya sea auditivo o visual en ítem con número 9, presencia de incontinencia urinaria con ítem número 10, se realizara detección de déficit cognitivo en ítem 11 con test de Pfeiffer el cual consta de 10 preguntas con el cual se determinó la presencia de deterioro cognitivo con presencia de 4 errores o más y por último se realiza detección de depresión en ítem 12 con Escala de depresión geriátrica. Geriatric Depression Scale de Yesavage (versión abreviada de 15 preguntas). Interrogando al paciente de como se sintió en las últimas 2 semanas previas al estudio. Todas las respuesta se dicotomizaron con la finalidad de identificar si existió o no dicho factor de riesgo. Se realizo una base de datos en programa Excel para su ordenación, y su análisis mediante estadística descriptiva, se obtuvieron frecuencias y porcentajes, así como la elaboración de tablas y gráficos para la presentación de los resultados.

El presente trabajo de investigación se realizó conforme a los lineamientos y aspectos éticos que rigen toda investigación a nivel internacional, nacional e institucional, tomando como base los principios bioéticos de no maleficencia, justicia y autonomía.

RESULTADOS

Se entrevistaron a un total de **312 adultos mayores** de 65 a 75 años de edad derechohabientes al IMSS, adscritos a la unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” en los cuales se identificaron los siguientes factores de riesgo para presentar síndrome de fragilidad:

Factores sociodemográficos: En el género femenino prevalece con un 64% (199) y el 36 % (113) hombres (**Tabla 1 y Gráfica 1**). En cuanto a la edad se encontró a 138 pacientes de 65 a 70 años de edad (44%) y 174 entre la edad de 70 a 75 años (56%) (**Tabla 2 y Gráfica 2**), por lo tanto la edad de los pacientes los hace más propensos a desarrollar síndrome de fragilidad, ya que más de la mitad se encuentra entre los 70 a 75 años de edad.

De los 312 pacientes encuestados se encontró que 188 (60%) presentaban soporte social deficiente es decir viven solos o con otro anciano y 124 (40%) no presentaban soporte social deficiente ya que contaban con una adecuada red de apoyo social como vivir con un familiar o personal médico (**Tabla 3 y Gráfica 3**).

En cuanto al nivel socioeconómico bajo se encontró que 162 pacientes (52%) contaban con un ingreso mensual de 2,600.00 o menor a este y 150 (48%) refirió contar con un ingreso mayor a 2,600.00 mensuales (**Tabla 4 y Gráfica 4**).

Factores de riesgo médicos: Se encontró que 217 pacientes (70%) presentaron pluripatología, es decir, más de 3 patologías presentes al momento del estudio y 95 pacientes (30 %) referían padecer 2 patologías o menos (**Tabla 5 y Gráfica 5**). De acuerdo al rubro de hospitalizaciones recientes se encontró que 99 (32%) pacientes habían presentado un ingreso hospitalario en el último año y/o reingresos (dos o más en el último año); mientras 213 (68%) negaban ingresos hospitalarios en el último año (**Tabla 6 y Gráfica 6**). 259 pacientes (83%) refirieron estar consumiendo más de 3 fármacos al momento de realizar el cuestionario y 53 pacientes (17%) solo consumían 2 fármacos o menos. (**Tabla 7 y Gráfica 7**). Con respecto al ítem no. 8 de caídas 175 pacientes (56%) refirieron haber presentado una o más caídas en los últimos 6 meses, previos a la realización del estudio y 137 pacientes (44%) negaron haber presentado alguna caída. (**Tabla 8 y Gráfica 8**). De los pacientes encuestados, 113 (36%) refería utilizar lentes o aparato auditivo como apoyo a déficit visual o auditivo y por algún tipo de déficit sensorial ya fuera auditivo o visual y 199 (64%) refirieron no utilizar ni lentes ni auxiliar auditivo (**Tabla 9 y Gráfica 9**). 179 pacientes encuestados (57%) refirieron tener incontinencia urinaria ya que presentaban pérdida involuntaria de orina o usaban pañales al momento del estudio, 133 pacientes (43%) negaron tener incontinencia urinaria (**Tabla 10 y Gráfica 10**).

De los 312 pacientes encuestados 219 (70%) no presentó déficit cognitivo de acuerdo al Cuestionario abreviado de estado mental de Pfeiffer donde obtuvieron

una puntuación menor de 5 y 93 (30%) se calificaron como con déficit cognitivo ya que presentaron una puntuación de 5 o mayor a esta (**Tabla 11 y Gráfica 11**). Y por último 167 (54%) pacientes presentaron estado de depresión de acuerdo al test de Geriatric Depression Scale, creada por Yesavage versión corta, obteniendo un puntaje igual o mayor a 5 y 145 pacientes (46%) sin depresión con puntaje inferior a 5 (**Tabla 12 y Gráfica 12**).

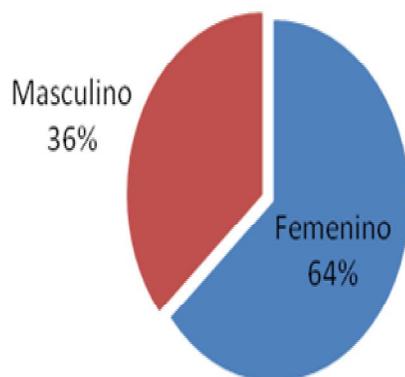
TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla. 1 Distribución de pacientes de acuerdo al sexo.

Genero	No.	Porcentaje %
Femenino	199	64
Masculino	113	36
Total	312	100

Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65-75 años de edad 2013 en la UMF No. 33 "El Rosario"

Gráfica 1 . Distribución de pacientes de acuerdo al sexo



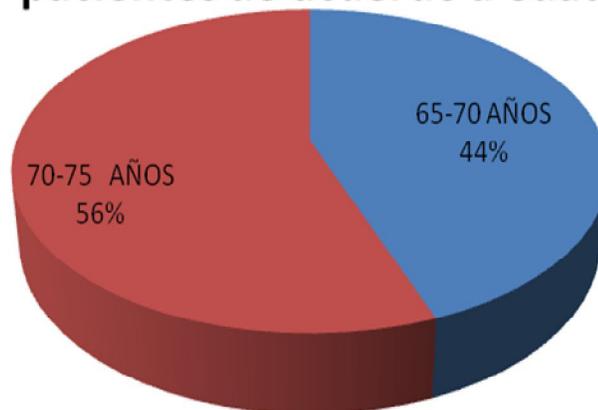
Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65-75 años de edad 2013 en la UMF No. 33 "El Rosario"

Tabla 2. Distribución de pacientes de acuerdo a edad

Edad	No.	Porcentaje %
65-70 AÑOS	138	44
70-75 AÑOS	174	56
Total	312	100

Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

Gráfica 2. Distribución de pacientes de acuerdo a edad

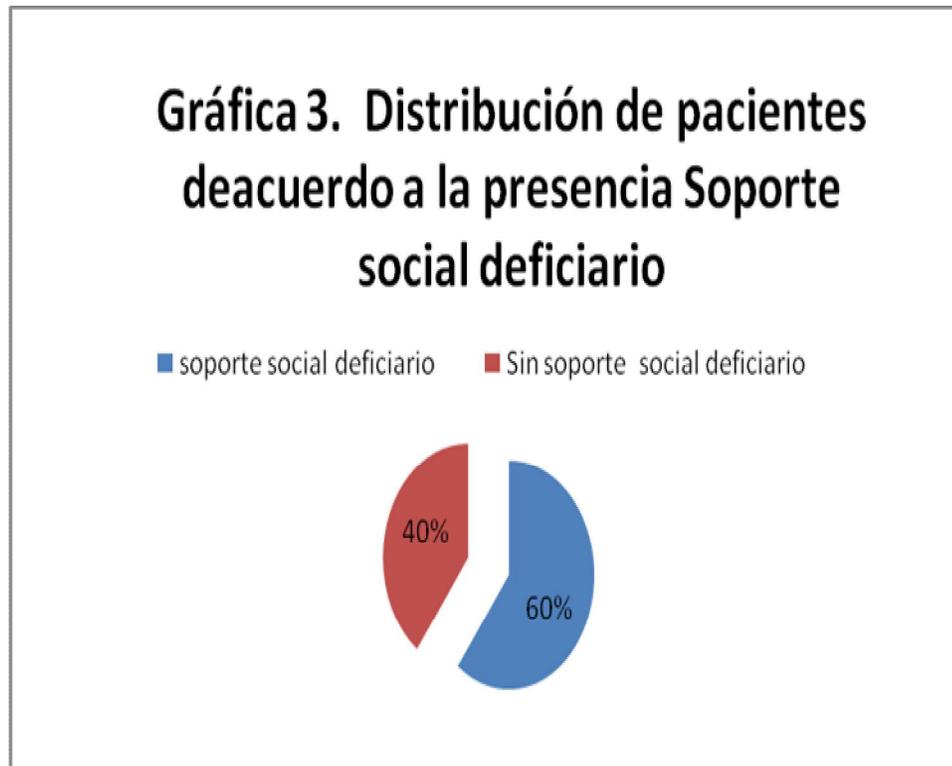


Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

Tabla 3. Distribución de pacientes de acuerdo al Soporte social deficiente

	No.	Porcentaje %
Soporte social deficiente	188	60
Sin soporte social deficiente	124	40
Total	312	100

Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No.33 "El Rosario"



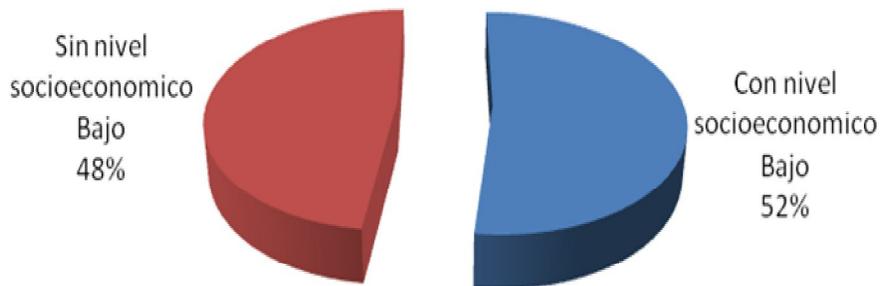
Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No.33 "El Rosario"

Tabla 4. Distribución de pacientes de acuerdo a la presencia de Nivel socioeconómico bajo

	No.	Porcentaje %
Con nivel socioeconómico Bajo	162	52
Sin nivel socioeconómico Bajo	150	48
Total	312	100

Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

Gráfica 4. Distribución de pacientes de acuerdo a la presencia de Nivel socioeconómico bajo

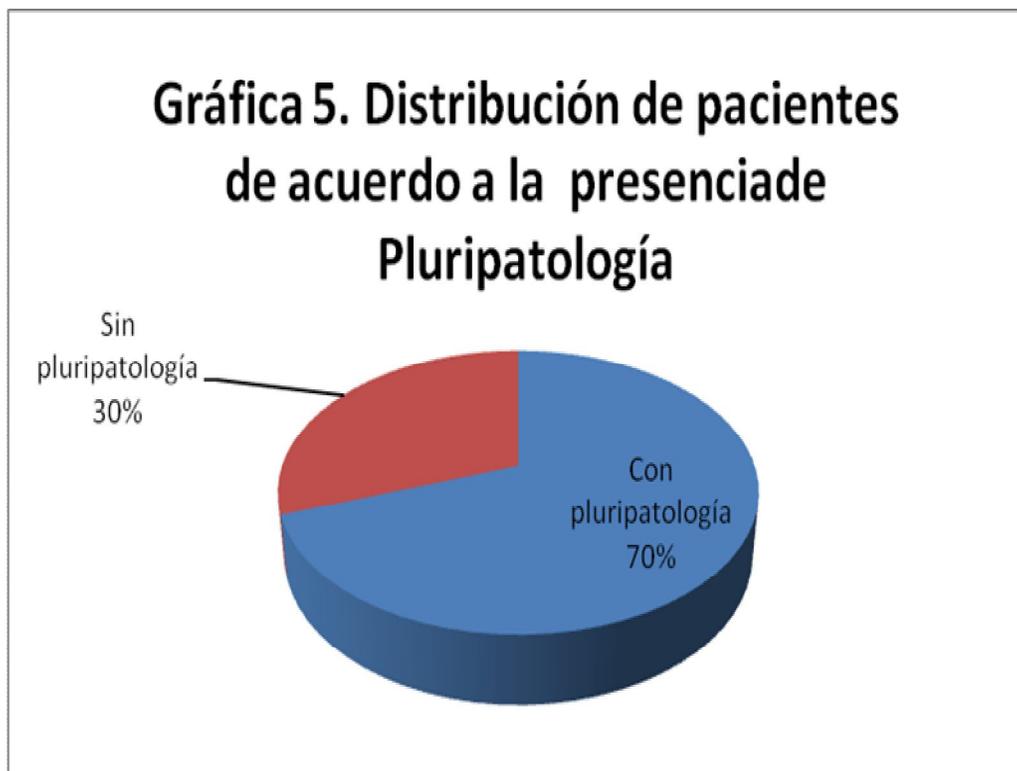


Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

Tabla 5. Distribución de pacientes de acuerdo a la presencia de Pluripatología

No de Enfermedades	No.	Porcentaje %
Con pluripatología	217	70
Sin Pluripatología	95	30
Total	312	100

Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

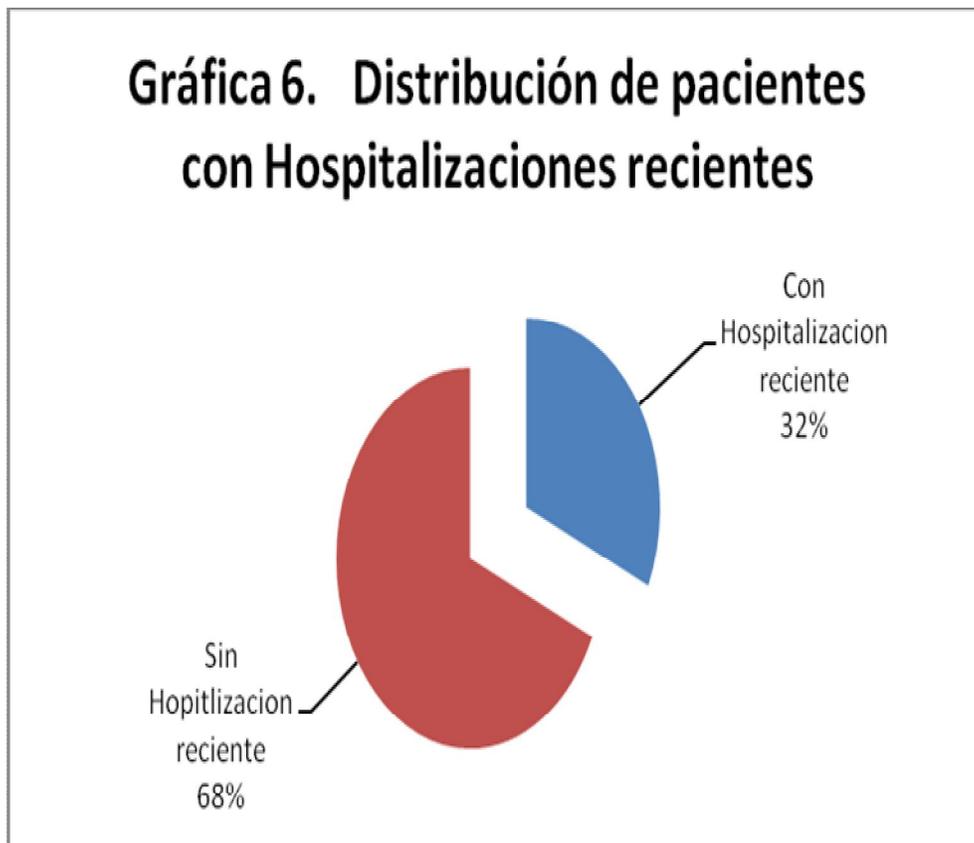


Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

Tabla 6. Distribución de pacientes con Hospitalizaciones recientes

	No.	Porcentaje %
Hospitalización reciente	99	32
Sin Hospitalización reciente	213	68
Total	312	100

Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"



Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

Tabla 7. Distribución de pacientes de acuerdo a la presencia de Polifarmacia

	No.	Porcentaje %
Con polifarmacia	259	83
Sin polifarmacia	53	17
Total	312	100

Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

Gráfica 7. Distribución de pacientes de acuerdo a la presencia de Polifarmacia



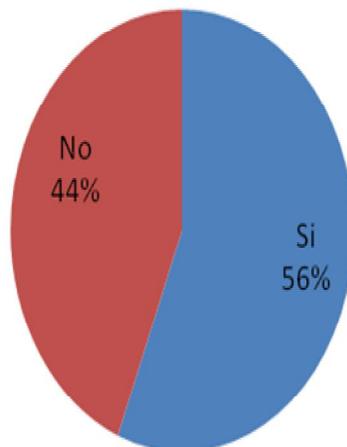
Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

Tabla 8. Distribución de pacientes de acuerdo a la presencia de Caídas

	No.	Porcentajes %
Si	175	56
No	137	44
Total	312	100

Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

Gráfica 8. Distribución de pacientes de acuerdo con presencia de Caídas



Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

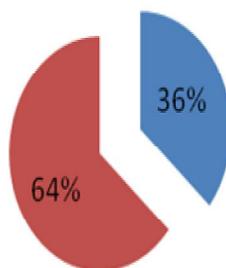
Tabla 9. Distribución de pacientes de acuerdo a la presencia de Déficit Sensorial

	No.	Porcentaje %
Con déficit sensorial	113	36
Sin déficit sensorial	199	64
Total	312	100

Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

Gráfica. 9 Distribución de pacientes de acuerdo a la presencia de déficit sensorial

■ Con deficit sensorial ■ Sin deficit sensorial



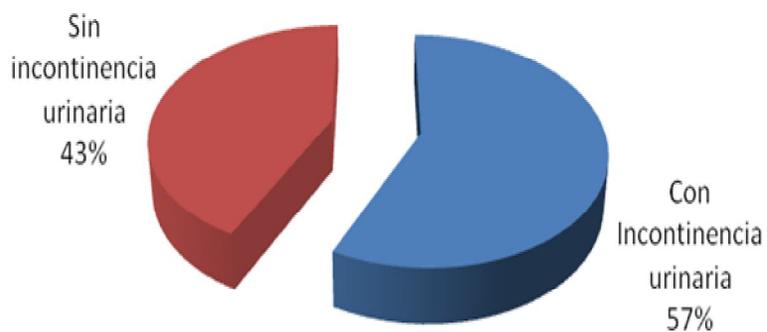
Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65-75 años de edad 2013 en la UMF No. 33 "El Rosario"

Tabla 10. Distribución de pacientes de acuerdo con la presencia de Incontinencia urinaria

	No.	Porcentaje %
Con Incontinencia	179	57
Sin incontinencia	133	43
Total	312	100

Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

Gráfica 10. Distribución de pacientes de acuerdo con la presencia de Incontinencia urinaria



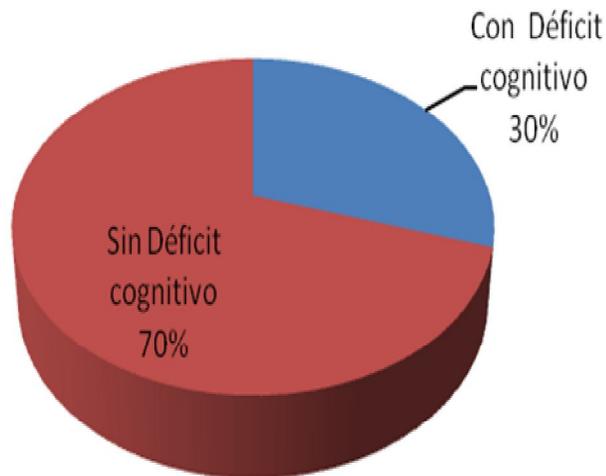
Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

Tabla 11. Distribución de pacientes de acuerdo la presencia de déficit cognitivo

	No.	Porcentaje %
Con Déficit cognitivo	93	30
Sin Déficit cognitivo	219	70
Total	312	100

Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

Gráfica 11. Distribución de pacientes de acuerdo a la presencia de déficit cognitivo



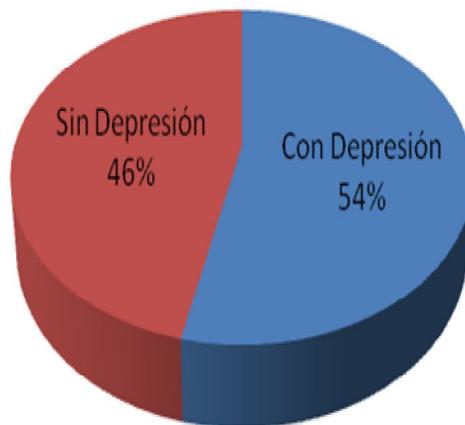
Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

Tabla 12. Distribución de pacientes de acuerdo a la presencia de Depresión

	No.	Porcentaje %
Con Depresión	167	54
Sin Depresión	145	46
Total	312	100

Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

Gráfica 12. Distribución de pacientes de acuerdo a la presencia de Depresión



Fuente: Encuesta de factores de riesgo para Síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad en la UMF No. 33 "El Rosario"

DISCUSIÓN

En el presente estudio se identifica los factores de riesgo presentes para Síndrome de Fragilidad en Adultos Mayores de 65 a 75 años de edad derechohabientes al IMSS adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario", utilizando un cuestionario elaborado exprofeso, a 312 pacientes captados en la consulta externa de Medicina Familiar.

En México, existen pocos estudios sobre Síndrome de Fragilidad, la mayoría de los estudios son internacionales, encontrando que entre los países que más han estudiado este síndrome están España y Cuba. Sin embargo, en la actualidad la población geriátrica va en ascenso por lo cual es de vital importancia reconocer los factores de riesgo para este Síndrome ya que es un problema de salud pública que produce grandes costos a los sistemas de salud además de una pobre calidad de vida a los Adultos Mayores.

Se identificaron factores de riesgo sociodemográficos y médicos dentro de los que se encontró que los factores de riesgo sociodemográficos al género femenino con 64% de la población total estudiada, la edad de 70 a 75 años con 56%, con soporte social deficiente un 60%, con nivel socioeconómico bajo un 52%, datos que coinciden con estudios realizados en otros países como España por Jurschik y cols donde identifican factores principales sociodemográficos el sexo con 77% mujeres, soporte social deficiente 83% y bajo nivel económico con 59%. Así también como coincide con estudio realizado por Hervas y col. donde identifica una edad de 71 años en proporción similar para ambos sexos en un 70%, así como un estudio realizado en Cuba donde se identificó que la edad con mayor riesgo está dentro del 60- 70 años con 56%, además sexo femenino y aporte social deficiente. Orueta y cols. identificaron que a la edad de 64 años como factor de riesgo en 64% y el soporte social deficiente en 61%.

Dentro de los factores de riesgo médicos estudiados fueron pluripatología con 70%; Hervas y col. Identificaron como factor de riesgo la pluripatología con 36% en su población estudiada; siendo mayor en nuestra población pudiéndose deber a que en nuestra población no existían anteriormente programas de salud enfocados a prevención de enfermedades crónicas que actualmente están padeciendo nuestros adultos mayores. Otro factor estudiado fue hospitalizaciones recientes de las cuales se presentaron en el 32% de la población estudiada, encontrando poca variación a la encontrada en el estudio realizado en el 2004 por Hervas y col. donde encuentran dicho factor en un 21.8 % . Para Orueta y cols. en su estudio realizado en España en 2007 encontraban dicho factor en 10% de su población estudiada.

Con respecto a la polifarmacia esta se presentó en un 83% de la población en estudio donde referían consumir más de 3 fármacos. En el estudio de Hervas y col. se encuentra polimedicación con un 53,7%; Orueta y cols. encontraron al factor polifarmacia presente en un 61%; uno de los principales asociados a

fragilidad, similar al encontrado en este estudio donde dicho factor ocupa el primer lugar dentro de todos los factores estudiados.

En cuanto a caídas 56% refirieron haber presentado por lo menos 1 caída en el último año, Hervas y col. en su estudio reportan 17%. Orueta y cols en España obtienen un resultado del 17.5% como se puede observar este factor de riesgo en comparación con otros estudios es más alto en nuestra población pudiese deberse a pocas redes de apoyo que se encuentran así como déficit sensorial y patologías que impiden la deambulación correcta en algunos pacientes.

De acuerdo al déficit sensorial 36% refirió usar ya lentes o auxiliar auditivo por algún déficit ya fuera visual o auditivo, lo que los hace más vulnerables a caídas y a depresión. Con respecto a incontinencia urinaria 53% afirmaron tener pérdida de orina de forma involuntaria. En el estudio realizado por Hervas y col. encontro incontinencia urinaria en un 18.4% en su población estudiada. En este estudio se presenta en aproximadamente la mitad de la población pudiendo provocar estado de depresión y baja autoestima exponiéndolo a otro factor de riesgo importante para desarrollar Síndrome de Fragilidad.

Se encontró un 30% con déficit cognitivo, y 54% presentaba estado de depresión. Hervas y col. en su estudio identificaron como factor de riesgo para síndrome de fragilidad al síndrome depresivo ya que se presentó en un 10% y déficit cognitivo en 24 % de su población estudiada. El 30 % con déficit cognitivo pudiese provocar sesgos por no contar con un estado mental óptimo para contestar las preguntas sin embargo dicho déficit no era tan marcado como para no poder responder el cuestionario.

CONCLUSIONES

La transición demográfica y epidemiológica en la cual se encuentra inmerso nuestro país, hace que en la actualidad exista un aumento en la población geriátrica; el envejecimiento humano es un proceso caracterizado por la pérdida progresiva de múltiples capacidades físicas y cognitivas, lo cual favorece una mayor morbilidad y mortalidad; propiciando la aparición de diversos síndromes geriátricos dentro de los cuales destaca el Síndrome de Fragilidad.

El IMSS no exento de la tendencia en los cambios demográficos al tener una población geriátrica que como las cifras nacionales muestran también va en aumento es necesario enfocar los recursos disponibles en aquel grupo vulnerable de Adultos Mayores que están en riesgo alto de presentar Síndrome de Fragilidad, exponiéndola a una mayor comorbilidad y mortalidad disminuyendo su calidad de vida.

En el presente estudio se detectaron los factores de riesgo tanto sociodemográficos como médicos que están expuestos los adultos mayores de 65 a 75 años de edad adscritos a la UMF no. 33, "El Rosario", de los cuales destacan dentro de los factores sociodemográficos: el género femenino con 64%, el soporte social deficiente con un 60% así como un nivel socioeconómico bajo con un 52%.

Entre los factores médicos destacan principalmente: la polifarmacia con un 83%, pluripatología con un 70% y la incontinencia urinaria con un 58% siendo estos los de mayor importancia ya que son los que mayor se encuentran en nuestra población por lo cual es necesario implementar medidas para evitar estas y corregirlas y así disminuir la probabilidad de que desarrollen en un futuro síndrome de fragilidad y promover al máximo el nivel de independencia a través de un estilo de vida saludable.

También es importante realizar en consultorio la detección oportuna de enfermedades crónicas, así evitaremos el uso crónico de fármacos y la polifarmacia y ayudaremos a prevenir, controlar o retardar las limitaciones propias de la declinación biológica.

Asimismo, es indispensable integrar a la familia como principal red de apoyo para el cuidado de la salud del adulto mayor ya que como vemos es uno de los principales factores de riesgo que presenta nuestra población el soporte social deficiente.

Tomando dichas medidas esperamos reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 65 años de edad.

Derivado de este estudio se pueden hacer las siguientes propuestas:

- 1.- Búsqueda de factores sociodemográficos y médicos en historia clínica del paciente, basándose en expediente clínico del mismo.

- 2.- Realizar la detección de déficit cognitivo y eliminar a estos pacientes para evitar sesgos en las demás respuestas.
- 3.- Considerar realizar la medición de factores de riesgo funcionales como son actividades básicas diarias y actividades instrumentales de la vida diaria.
- 4.- Desarrollar investigaciones que profundicen en el estudio de la fragilidad entre los adultos mayores y contribuyan al perfeccionamiento de los criterios de fragilidad y del instrumento sobre el cual se sustentan. En México contamos con las Guías de Práctica Clínica Geriátricas.
- 5.- Diagnosticar Síndrome de Fragilidad en la población y buscar asociación entre factores de riesgo para conocer cuáles son los que predisponen mayormente a desarrollar este síndrome.
- 6.- Capacitar a médicos en la valoración integral geriátrica basándose en Guía Práctica Clínica de Valoración Geriátrica.
- 7.- Realizar medidas para detección de factores de riesgo para Síndrome de Fragilidad durante la consulta del Adulto Mayor para evitar que desarrollen dicho síndrome y brindarles una mejor calidad de vida de acuerdo a Guía de Práctica Clínica de Valoración Geriátrica.
- 8.- Envié a grupos de autoayuda y trabajo social a los que cuenten con factores de riesgo.

El que no sirve para servir, no sirve para vivir.

Madre Teresa de Calcuta

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Villagordo MJ. Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2007; 15(1): 27-31.
- 2.- Yépez MJ, Galván GJ. Acondicionamiento físico en pacientes geriátricos con síndrome de fragilidad. *Rev Mex Med Fis Rehab* 2010; 22(3): 77-82.
- 3.- Ávila-Funes JA, Garant MP, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Rev Panam Salud Pública* 2006; 19(5): 321-30.
- 4.- Martín LI, Gorroñoigoita IA, Gómez PA, Baztan CJ, Abizanda SP. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria* 2010; 42(7): 388-393.
- 5.- Orueta SR, Rodríguez CA, Carmona MJ, Álvarez-Vijande A, et al. Anciano Frágil y Calidad de Vida. *REV CLÍN MED FAM* 2008; 2(3): 101-105.
- 6.- Romero CA. Fragilidad: un síndrome geriátrico emergente. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* 2010; 8(6): 81-90.
- 7.- Hervás A, García JE. Situación cognitiva como condicionante de fragilidad en el anciano. Perspectiva desde un centro de salud. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2005; 28(1): 35-47.
- 8.- *Montaña-Álvarez M.* Fragilidad y otros síndromes geriátricos. *Medigraphic* Mayo-Agosto 2010; 5(2): 66-78.
9. - Martínez QC, Pérez MV, Roselló LA, Brito RG, Gil BM. La fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 21: 1-2.
- 10.- Ruiz-Dioses L Campos-León² M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, callao 2006. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2008; 25(4): 374.
- 11.- Jurschik GP, Escobar BM, Nuin OC, Botigué ST. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. *Aten Primaria.* 2011; 43(4): 190-96.
- 12.- Avila-Funes JA, Gray-Donald K, Payette H. Medición de las capacidades físicas de adultos mayores de Quebec: un análisis secundario del estudio NuAge. *Salud Publica Mex* 2006; 48: 446-454.

- 13.- Gallegos-Carrillo K, Mudgal J, Sánchez-García S, Wagner FA, Gallo JJ, Salmerón J, García-Peña C. Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. *Salud Pública Mex* 2009; 51: 6-13.
- 14.- Ávila-Funes J, Aguilar-Navarro S, Melano-Carranza E. La fragilidad, concepto enigmático y controvertido de la geriatría. La visión biológica. *Gac Méd Méx* 2008; 144 (3): 255-62.
- 15.- Montes OV, Hebrero M. Dinámica familiar, envejecimiento y deterioro funcional en México. *Revista Kairós, São Paulo*. 2008; 11(1): 143-166.
- 16.- Albert CV. ¿Quiénes son ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara. *Medicina general* 2002; 47: 667-680.
- 17.- López-Pisa RM, Colás-Taugís C, Hernández-Fabà E, Ruiz-Jiménez D, Padín-Minaya C, Morell-Macaya R. Envejecer: aspectos positivos, capacidad funcional, percepción de salud y síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años. *Enferm Clin*. 2006; 16(1):27-34.
- 18.- Martínez MM, González MJ, Otero PA. Anciano frágil: ¿hablamos todos de lo mismo? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007; 42 (6):357-60.
- 19.- Padrón CR. Consideraciones bioético-sociales en pacientes geriátricos y ancianos frágiles. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2008.
- 20.- Olivera GL, Gort CO, Lemus FN, Serrano MR. Fragilidad del anciano solo: Municipio Pinar del Río, 2006. *Rev Ciencias Médicas oct.-dic*. 2009; 13(4). También puede encontrarse en *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. versión On-line ISSN 1561-3194*.
- 21.- Espinel-Bermúdez MC, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, García-González JJ, Viveros-Pérez A, García-Peña C. Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. *Salud Pública Mex*. 2011; 53: 17-25.
- 22.- Alonso GP, Sansó S, Díaz-Canel A, Carrasco GM, Oliva. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Salud Pública* 2007; 33(1): 1-17.
- 23.- Yábar-Palacios C, Ramos W, Rodríguez-Casamayor L, Díaz-Santisteban V. Prevalencia, características clínicas, sociofamiliares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote. Octubre 2006 - abril 2007. *Rev. peru. Epidemiol*. 13(3): 1-7.

24.- Tafolla-Rangel A. Trascendencia del cuidado enfermero en el adulto mayor. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15 (1): 1-2.

25.- García-Pelayo R. Diccionario Larousse (en línea) formato html, disponible en Internet : <http://www.larousse.com.mx>

26.- Pardinás F. 1984. Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales. 34 ed. México. Siglo XXI. 178p.

ANEXOS

Anexo 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "Factores de riesgo para síndrome de fragilidad en adultos mayores derechohabientes de la unidad de medicina familiar No. 33 El Rosario"

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha: UMF No. 33, Azcapotzalco, México D.F. Febrero de 2013

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Identificar los factores de riesgo para desarrollar síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 a 75 años de edad derechohabientes de la UMF 33 el Rosario.

Procedimientos: Contestar un cuestionario el cual se me brindara de forma impresa, contiene 11 preguntas, así mismo, Test de Pfeiffer para determinar deterioro cognitivo y Escala de depresión geriátrica. Geriatric Depression Scale de Yesavage (versión abreviada) para determinar depresión.

Posibles riesgos y molestias: No presentará ningún riesgo sobre su estado de salud.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: No hay beneficios económicos.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador principal esta comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

Privacidad y confidencialidad: El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Realizar estrategias para evitar desarrollo síndrome de fragilidad en los adultos mayores

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Mónica Sánchez Corona. Matricula: 99352132

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____	_____
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Anexo 2

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISREITO FEDERAL
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN MÉDICA
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

Factores de riesgo para Síndrome de Fragilidad en adultos mayores derechohabientes de la Unidad Medicina Familiar No. 33 "El Rosario"

Instrucciones. Lea detenidamente cada enunciado o pregunta y señale con una cruz "X" la que a usted corresponda.

Los datos que usted aporte serán manejados de manera confidencial y su uso será único y exclusivamente para la presente investigación.

Sección I.

1) Edad:

- a) De 65 a 70 años
- b) De 70 a 75 años

2) Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

3) Usted vive:

- a) Sólo
- b) Acompañado (Con hijos, cónyuge, amigos, otros)

4) Su ingreso mensual es:

- a) Mayor a \$ 2600.00
- b) Menor a \$ 2600.00

5) Número de enfermedades que sabe usted que padece:

- a) Más de 3
- b) Menos de 3

6) ¿Usted ha tenido que ser hospitalizado en el último año?

- a) Si
- b) No

7) ¿Usted consume más de tres medicamentos al día?

- a) Si
- b) No

8) ¿Usted ha sufrido alguna caída en los últimos 6 meses?

- a) Si
- b) No

9) ¿Usted utiliza lentes o aparato auditivo para mejorar su vista o audición?

- a) Si
- b) No

10) ¿Usted presenta salida de orina involuntariamente o utiliza pañales?

- a) Si
- b) No

Sección II.

Test de Pfeiffer.

INSTRUCCIONES: Conteste cada una de las siguientes preguntas, de acuerdo a lo que usted considere

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (Día, mes y año)_____
2. ¿Qué día de la semana es hoy?_____
3. ¿Dónde estamos ahora?_____
4. ¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene teléfono: ¿Cuál es su dirección?

5. ¿Qué edad tiene?_____
6. Dígame la fecha de nacimiento_____
7. ¿Cómo se llama el presidente del gobierno?_____
8. ¿Cómo se llamaba el anterior presidente del gobierno?_____
9. Dígame el primer apellido de su madre_____
10. Restar de 3 en 3 desde 20._____

Cada error suma un punto. Cuatro o más errores sugieren deterioro cognitivo.

Puntos_____

Sección III.

Escala de depresión geriátrica. Geriatric Depression Scale de Yesavage

INSTRUCCIONES. Elija la respuesta más adecuada que describa el cómo se ha sentido en las últimas 2 semanas.

1. ¿Está satisfecho/a con su vida? Sí No
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades? Sí No
3. ¿Siente que su vida está vacía? Sí No
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a? Sí No
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo? Sí No
6. ¿Teme que le pase algo malo? Sí No
7. ¿Se siente feliz muchas veces? Sí No
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a? Sí No
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir? Sí No
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que el resto de la gente? Sí No
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir? Sí No
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? Sí No
13. ¿Se siente lleno/a de energía? Sí No
14. ¿Siente que su situación es desesperada? Sí No
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted? Sí No

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

**SECCIÓN IV. Para ser llenado por investigador.
Rubro que será requisitado solo por investigador.**

No. De pregunta	Categoría	Respuesta	
3	Soporte social deficitario	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4	Nivel socioeconómico bajo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11	Déficit cognitivo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12	Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No