

Evaluación del estado de fragilidad en adultos mayores aplicando la escala FRAIL

Evaluation of the state of frailty in older adults using the FRAIL scale

Lázaro Antonio Davis-Varona^{1*} <https://orcid.org/0009-0002-3111-5655>

¹ Universidad de Ciencias Médicas. Policlínico Universitario Julio Antonio Mella. Departamento de Asistencia Médica. Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia (email): lazaroantoniodavisvarona@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento de la población se produce de forma heterogénea y tiene profundas implicaciones para la planificación y prestación de la atención sanitaria y social, convirtiéndose la fragilidad en una epidemia silenciosa que afecta a los adultos mayores. La atención primaria de salud es el lugar preferente para el diagnóstico y seguimiento de la fragilidad, a través de escalas como FRAIL.

Objetivo: Evaluar el estado de fragilidad en una muestra de adultos mayores aplicando la escala FRAIL.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. El universo de estudio estuvo constituido por 468 ancianos, donde se seleccionó una muestra intencionada de 100 adultos mayores según criterios de inclusión y exclusión. Las fuentes primarias fueron: la observación y la entrevista, mientras que las secundarias fueron: las historias de salud familiar del consultorio correspondiente, las historias clínicas individuales de cada paciente y un formulario que incluyó las siguientes variables: características sociodemográficas (grupos etáreos, sexo), condiciones de salud (comorbilidades) y estado de fragilidad.

Resultados: En el estudio predominaron los adultos mayores de 70-79 años, del sexo femenino y con hipertensión arterial. Fue más frecuente el estado de fragilidad en un 45 % de la muestra. Se realizó un desglose de los resultados según sexo, predominando el estado de fragilidad en el femenino con un 25 % por encima del 20 % obtenido en los hombres. Se demostró la prevalencia del estado de fragilidad en la muestra seleccionada, con una mayor predisposición en la población femenina.

Conclusiones: Existe una mayor frecuencia de adultos mayores frágiles, por lo que el estudio busca llamar la atención sobre la importancia de la evaluación de la fragilidad en todo paciente geriátrico, con el fin de detectarla a tiempo y evitar el desarrollo de la dependencia y la discapacidad.

DeCS: ANCIANO FRÁGIL; FRAGILIDAD; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, ESTUDIO OBSERVACIONAL; PREVALENCIA.

ABSTRACT

Introduction: Population aging occurs in a heterogeneous manner, and this has profound implications for the planning and provision of health and social care, with frailty becoming a silent epidemic that affects older adults. This syndrome is potentially reversible with a multicomponent intervention. Primary health care is the preferred place for the diagnosis and monitoring of frailty, through scales such as the FRAIL scale.

Objective: To evaluate the state of frailty in a sample of older adults applying the FRAIL scale.

Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out. The study universe consisted of 468 elderly people, where an intentional sample of 100 older adults was selected according to inclusion and exclusion criteria. The primary sources being observation and interview and as secondary sources the family health histories of the corresponding office, the individual medical records of each patient and a form that included the following variables: socio-demographic characteristics (age groups, sex), health conditions (comorbidities) and frailty status.

Results: The study was dominated by adults aged 70-79 years, female and with high blood pressure. The state of frailty was more frequent in 45% of the sample. A breakdown of the results is carried out according to sex, with the state of fragility predominating in women with 25% above the 20% obtained in men. Demonstrating the prevalence of the state of fragility in the selected sample, with a greater predisposition in the female population.

Conclusions: It is concluded that there is a greater frequency of frail older adults, so this study seeks to draw attention to the importance of evaluating frailty in all geriatric patients, in order to detect it in time and avoid the development of dependency and disability.

DeCS: FRAIL ELDERLY; FRAILITY; PRIMARY HEALTH CARE, OBSERVATIONAL STUDY; PREVALENCIA.

Recibido: 19/03/2024

Aprobado: 17/04/2024

Ronda: 1

INTRODUCCIÓN

Cuba se encuentra entre las naciones con una transición demográfica avanzada. Este proceso representa un gran reto en el orden económico, biomédico y social.⁽¹⁾

Según datos de la Oficina Nacional de Estadística e Información, al cierre del 2021, la población cubana de 60 años y más alcanza la cifra de 2 298 111 personas, 11 831 personas más que en igual período del año anterior, lo que representa una tasa de crecimiento promedio anual de 4,9 %.⁽²⁾

Con una población que envejece, la fragilidad se ha convertido en un tema de interés común para los investigadores, es considerada como: un síndrome caracterizado por disminuciones relacionadas con la edad en las reservas funcionales en una variedad de sistemas fisiológicos.⁽³⁾

Según Vavasour et al.,⁽⁴⁾ en el último consenso desarrollado por diferentes entidades destinadas al estudio del envejecimiento, la fragilidad es definida, como un síndrome médico con múltiples causas y factores que contribuyen a su desarrollo, caracterizado por la disminución de la fuerza, resistencia y funciones fisiológicas reducidas que aumentan la vulnerabilidad de un individuo en el desarrollo de la dependencia funcional o su muerte.

El envejecimiento de la población se produce de forma heterogénea y esto tiene profundas implicaciones para la planificación y prestación de la atención sanitaria y social, convirtiéndose la fragilidad en una epidemia silenciosa que afecta a los adultos mayores.⁽⁵⁾

Se conoce que hasta tres cuartas partes de las personas mayores de 85 años podrían no ser frágiles, se plantean interrogantes acerca de cómo se desarrolla la fragilidad y la forma en que podría ser prevenida y detectada de manera fiable para poder intervenir de manera precoz, por tratarse de una población que necesita una atención médica especial y que se constituirá en el grupo de usuarios frecuentes de los recursos socio sanitarios.⁽⁵⁾

Entre los programas priorizados del Sistema Nacional de Salud en Cuba, se encuentra el de Atención Integral al Adulto Mayor. Este contempla diagnosticar la fragilidad como parte del proceso de evaluación integral al adulto mayor (AM), con la aplicación de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) y teniendo en cuenta criterios nacionales.⁽⁶⁾

Centrándose en las estrategias actuales y en la realidad asistencial de la atención primaria, existen cinco formas y herramientas principales para detectar la fragilidad en los ancianos y la escala FRAIL es una de ellas.⁽⁷⁾

La herramienta de tamizaje: *Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, Loss of Weight* (FRAIL por sus siglas en inglés). Es un modelo mixto que comparte criterios del modelo físico y del modelo multidimensional. Es un cuestionario sencillo que consta de cinco preguntas dicotómicas, que abordan cinco puntos trascendentes para el diagnóstico de la fragilidad: fatiga, resistencia, desempeño aeróbico, comorbilidad y pérdida de peso en el último año. No requiere material complementario, ni entrenamiento de los profesionales; por ello, es factible utilizarla en el medio comunitario no asistencial.

Se cumplimenta en unos 30-90 segundos. Predice mortalidad y discapacidad. Es probablemente la escala con mayor factibilidad de aplicación.⁽⁷⁾

Cuba, a pesar de que se ha incursionado en estudios acerca la fragilidad de los adultos mayores, estos han sido escasos e inestables en el tiempo. Quizás por esta razón se desconoce en el país la prevalencia de fragilidad en este grupo etéreo según los criterios cubanos, o al menos, cuáles de ellos, son predominantes en una población dada. Este síndrome es reversible con una intervención multidisciplinaria una vez diagnosticado.

Por las razones planteadas, la investigación se realizó con el objetivo de evaluar el estado de fragilidad en una población de adultos mayores aplicando el modelo FRAIL, brindándole así a los profesionales de la salud más herramientas para el manejo de la población con 60 o más años, al servir de base para el desarrollo de futuras investigaciones que posibiliten perfeccionar el modelo de salud , pero sobre todo que faciliten desarrollar estrategias para mejorar la calidad de vida en esta población.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de índole transversal, con el objetivo de evaluar el estado de fragilidad en una muestra seleccionada y establecer los principales criterios que determinan su expresión al nivel comunitario, aplicando el modelo FRAIL en la población de adultos mayores atendida por el Grupo Básico de Trabajo (GBT) pertenecientes al consultorio del médico de la familia No. 21, del Policlínico Comunitario Docente Julio Antonio Mella, de la provincia Camagüey, entre enero y diciembre de 2023.

El universo de estudio estuvo constituido por 468 ancianos, se seleccionó una muestra intencionada de 100 adultos mayores según los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: adultos, mayores de 60 años de edad, registrados en las Historias de Salud Familiar de los consultorios médicos o poseer residencia oficial en el área seleccionada, que expresaron conformidad en participar en el estudio, o cuidador crucial de un adulto mayor en el caso de aquellos que por sus condiciones de salud no pudieran responder las preguntas.

- Criterios de exclusión: adultos mayores, institucionalizados, hospitalizados, trasladados o fallecidos antes o durante el estudio y los ausentes del área en el momento de aplicar los instrumentos.

Como fuentes primarias se utilizaron la observación y la entrevista y la fuente secundaria de la investigación las historias de salud familiar del consultorio correspondiente, las historias clínicas individuales de cada paciente y un formulario que incluyó las siguientes variables:

- Características sociodemográficas (grupos etéreos, sexo).
- Condiciones de salud (comorbilidades).
- Estado de fragilidad aplicando la escala FRAIL.⁽⁷⁾

En la escala FRAIL,⁽⁷⁾ se incluyeron cinco ítems dicotómicos (fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso) en la que cada respuesta afirmativa es valorada por un punto (Tabla 1).

Tabla 1 Escala FRAIL

Parámetros	Puntuación
Fatiga (en las últimas cuatro semanas)	1= Todo el tiempo 2= La mayor parte del tiempo 3= Algo de tiempo 4= Muy poco tiempo 5= En ningún momento Las respuestas de «1» o «2» se califican con 1 punto y todas las demás con 0 puntos.
RESISTENCIA: ¿Tiene alguna dificultad para subir 10 escalones sin descansar por usted mismo/a, sin ningún tipo de ayuda?	Sí = 1 punto No = 0 puntos
DEAMBULACIÓN: Por sí mismo/a y sin el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?	Sí = 1 punto No = 0 puntos
COMORBILIDAD: Para 11 enfermedades, se pregunta: ¿Alguna vez un/a médico/a le dijo que usted tiene (cada una de las 11 enfermedades)? Las enfermedades son: hipertensión, diabetes, cáncer (que no sea un cáncer de piel de menor importancia), enfermedad pulmonar crónica, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva, angina de pecho, asma, artritis, ictus y enfermedad renal.	De 5 a 11 enfermedades = 1 punto De 0 a 4 enfermedades = 0 puntos
PÉRDIDA DE PESO: - ¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? [Peso actual] - Y hace un año en (MES, AÑO), ¿cuánto pesaba con la ropa puesta, pero sin zapatos?	El porcentaje de cambio de peso se calcula de la siguiente manera: $[(\text{Peso hace un año} - \text{Peso actual}) / \text{Peso hace un año}] * 100$. Si la pérdida de peso es $\geq 5\%$ se suma un punto (+1), si es ≤ 4 se puntúa como 0.

Para evaluar el estado de fragilidad se incluyeron los siguientes criterios:

- Fragilidad: 3 a 5 puntos.
- Pre fragilidad: 1 a 2 puntos.
- Sin fragilidad o robustez: 0 puntos.

La información se procesó mediante el programa estadístico SPSS 19.0, en el que se utilizó estadísticas descriptivas e inferencial. Los resultados se ilustraron en tablas y gráficos de frecuencia y de contingencia.

Una vez confirmada la participación de cada integrante de la muestra, luego de haber recibido la información completa sobre el estudio, su consentimiento se registró de forma escrita con su firma y la de un testigo, cumpliéndose con los principios enunciados en las declaraciones del Código Internacional de Ética Médica.

RESULTADOS

En la tabla 2 se observó la distribución de los adultos mayores que integraron la muestra según características sociodemográficas. Participaron 100 adultos mayores, de ellos 55 % fueron mujeres, mientras que el 45 % fueron hombres; predominó el grupo etáreo comprendido de 70-79 años con un 20 % para el sexo masculino y un 22 % para el femenino (Tabla 2).

Tabla 2 Evaluación del estado de fragilidad en adultos mayores aplicando la escala FRAIL. Distribución de la muestra según características sociodemográficas

Grupos etáreos	Características sociodemográficas				Total	
	Sexo		Femenino			
	Masculino				No.	%
60-69	No.	%	No.	%	No.	%
	11	11	12	12	23	23
70-79	20	20	22	22	42	42
80-89	10	10	20	20	30	30
90 y más años	4	4	1	1	5	5

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 3 se analizó la distribución de la muestra según sus condiciones de salud. Dentro de las comorbilidades más frecuentes, estuvo la hipertensión arterial en un 57 %, predominando las mujeres con un 31% por encima del 26 % de los hombres (Tabla 3).

Tabla 3 Distribución de la muestra según comorbilidades

Comorbilidades	Comorbilidades				Total	
	Sexo		Femenino			
	Masculino				No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Hipertensión arterial	26	26	31	31	57	57
Cardiopatía isquémica	22	22	18	18	40	40
Diabetes mellitus	17	17	18	18	35	35
Asma bronquial	7	7	13	13	20	20
Cáncer	4	4	2	2	6	6
Artrosis	25	25	30	30	55	55

Fuente: Historias clínicas.

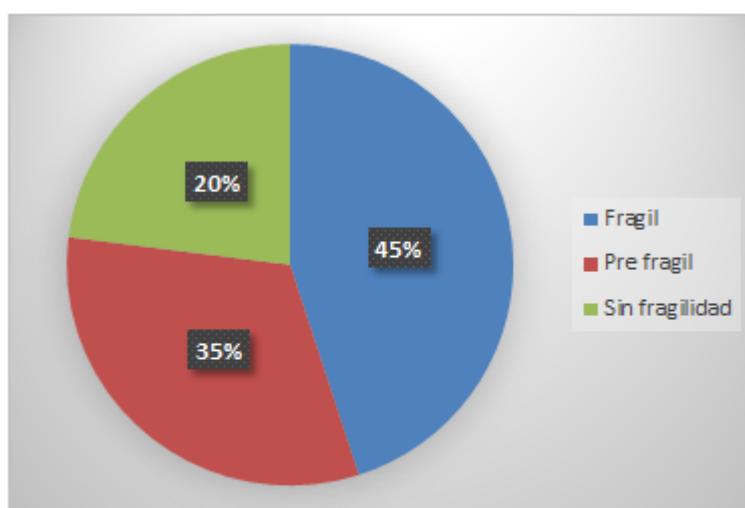
En la tabla 4 se pudo apreciar la distribución de la muestra según el estado de fragilidad. Predominando el estado de fragilidad en el sexo femenino con un 25 % por encima del 20 % de los hombres, seguidos de la pre fragilidad con el 21 % para las mujeres y el 14 % para los hombres , mientras que sin fragilidad o robustez prevalece el 11 % del sexo masculino por encima del 9 % del sexo femenino (Tabla 4).

Tabla 4 Distribución de la muestra según estado de fragilidad

Clasificación	Estado de fragilidad				Total	
	Sexo		Sexo			
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	No.	%
Fragilidad	No. 20 % 20	No. 25 % 25	No. 45 % 45			
Pre fragilidad	No. 14 % 14	No. 21 % 21	No. 35 % 35			
Sin fragilidad o robustez	No. 11 % 11	No. 9 % 9	No. 20 % 20			

Fuente: Historias clínicas.

En la figura 1 se estimó de forma más dinámica los resultados generales obtenidos en la tabla 2 en forma de gráfica. En la misma se evidenció como predominó el estado de fragilidad con un 45 %, seguido de la pre fragilidad con el 35 % y por último, sin fragilidad para el 20 % de la muestra (Figura 1).



Fuente: Historias clínicas.

Figura 1 Distribución por categoría frágil según FRAIL.

DISCUSIÓN

En Cuba se observa una gradual feminización entre la población mayor de edad. En el año 2009, las mujeres mayores ocupaban el 52,7 % de la población de 60 años y más; pero ya en el 2019, representaron el 53,6 %. El índice de feminidad (IF) ha mostrado una tendencia creciente, al pasar de 956 mujeres mayores por cada 1 000 hombres, en 1982; a 1 156 mujeres por cada 1 000 hombres en el año 2019.⁽⁸⁾

Las autoridades nacionales han considerado al envejecimiento, como el principal reto demográfico de Cuba, debido a su incidencia en la economía, la estructura de los servicios, el funcionamiento de la familia y en toda la sociedad.⁽⁹⁾

Reeves et al.,⁽¹⁰⁾ señalan en consenso la hipertensión arterial como principal comorbilidad y a su vez factor de riesgo vascular, con gran influencia en la morbimortalidad de manera directa o mediante

sus complicaciones a mediano y largo plazo e incrementando la fragilidad de manera global en los ancianos.^(11,12)

La fragilidad es una identidad poliédrica, que afecta a todas las esferas funcionales del individuo (física, psicológica, conductual, cognitiva, social). Las intervenciones aisladas o puntuales en cada una de esas esferas no serán capaces de dar una respuesta a las necesidades originadas por el síndrome, puesto que las diferentes alteraciones se relacionan entre sí. El enfoque holístico y multidimensional es la respuesta a esta situación, a través de la intervención coordinada de diferentes profesionales sanitarios y no sanitarios, a lo largo de todo el proceso de atención al paciente.⁽¹³⁾

Para Kojima et al.,⁽¹⁴⁾ el síndrome de fragilidad se ha asociado con un cociente de riesgo de mortalidad de hasta 1,70632. En el seguimiento de un año, los pacientes con fragilidad o prefragilidad (estado intermedio entre la robustez y la fragilidad) que presentan una peor puntuación al final del periodo con respecto al inicio, tienen un cociente de riesgo de mortalidad de 2,35 con respecto a los que no han empeorado.

Por lo tanto, la detección del síndrome de fragilidad, si va acompañada de medidas concretas que eviten la progresión del mismo o incluso la reviertan, puede disminuir la mortalidad. Sin embargo, es muy difícil elaborar programas de manejo de la fragilidad, debido a la escasa evidencia disponible sobre la efectividad de intervenciones individuales o comunitarias. Siendo la Atención Primaria de Salud el punto ideal de detección y manejo de la fragilidad, se debe potenciar la investigación a este nivel para generar evidencias.

Coker et al.,⁽¹⁵⁾ coinciden en la importancia de la detección de la fragilidad. Es importante que el cribado de esta enfermedad no consista en preguntas aisladas ni dependa de la visión subjetiva del profesional, sino que esté apoyado en el uso de escalas fiables y validadas. Sin embargo, la primera barrera con la que se encuentra, es la escasa comprensión del síndrome de fragilidad y sus implicaciones. Por lo tanto, el uso de la fragilidad como marcador pronóstico requiere en primer lugar de una mejor formación de los profesionales sanitarios en torno a este síndrome, sus implicaciones y su utilidad.

Segura y Cardona,⁽¹⁶⁾ hacen referencia que la fragilidad es el paso previo a la discapacidad. La importancia de este concepto se centra en que en ocasiones este estado es susceptible de intervención. Y así, interviniendo en lo que es modificable o prevenible en los ancianos y pacientes frágiles, disminuir o retrasar la situación de discapacidad.

Li et al.,⁽¹⁷⁾ coinciden que la prevalencia de fragilidad en adultos mayores es un tema controversial entre otras razones, porque no existe consenso universal sobre cuáles criterios utilizar para su diagnóstico. No disponer de una definición estándar reconocida y aplicable en diferentes contextos hace que cualquier comparación que se realice entre estudios distintos, sea aproximada y dudosa. Se han descrito prevalencias que oscilan entre 6 % y 94,3 % en personas mayores de 60 años.

Andrew et al.,⁽¹⁸⁾ en un estudio realizado en Canadá, encontraron una prevalencia de fragilidad de 29 %. El estudio no contempló estrictamente los criterios cubanos para definir la fragilidad, sino más bien se compilaron criterios propuestos por otros investigadores, a juicio de los autores.

La prevalencia de fragilidad ha sido estimada en 6,9 % en adultos mayores de la comunidad en los Estados Unidos; es mayor en mujeres y se incrementa con la edad, así, el 3,2 % pertenece al grupo entre los 65 a 70 años y el 23 % a los mayores de 90 años.⁽¹⁹⁾ En una revisión sistemática se encontró una prevalencia de 9,9 % para fragilidad física, incrementándose con la edad y en el sexo femenino.⁽²⁰⁾

Ruiz et al.,⁽²¹⁾ hacen referencia en su estudio en el que incluyeron un total de 372 pacientes a quienes se les aplicó la escala FRAIL de fragilidad, que la edad prevalente de 60 a 70 años se corresponde con el 22,58 % de la población, predominando el género femenino con el 63,44 % de los pacientes estudiados. De acuerdo con la valoración FRAIL, la categoría prevalente fue frágil con un 45,97 % de los pacientes encuestados.

Dolenc et al.,⁽²²⁾ hacen referencia que la categoría de fragilidad valorada por la escala FRAIL más prevalente fue frágil con el 45,97 %. Ambagtsheera et al.,⁽²³⁾ en un trabajo publicado acerca las divergencias de la caracterización del síndrome de fragilidad entre el sexo masculino y femenino en la India, realizan un análisis mediante la escala de FRAIL con una población de 281 adultos mayores. Los resultados alcanzados muestran que una prevalencia de fragilidad de 53,7 % con predominio en las mujeres y se asociaron con fragilidad factores como la edad, enfermedades preexistentes como las respiratorias, osteo-articulares, diabetes, incontinencias, polifarmacia, uso de unidades hospitalarias en los últimos tiempos, depresión, deterioro del organismo y metal.

CONCLUSIONES

Existe una mayor frecuencia de adultos mayores frágiles, por lo que el estudio buscó llamar la atención sobre la importancia de la evaluación de la fragilidad en todo paciente geriátrico, con el fin de detectarla a tiempo y evitar el desarrollo de dependencia y discapacidad.

Es fundamental la intervención del médico desde la primera consulta del adulto mayor con el objetivo de identificar la fragilidad del paciente y prevenir sus consecuencias. El abordaje de este síndrome supone implementar estrategias sanitarias con un enfoque de riesgo, utilizando modelos de atención basados en evidencia científica, es por ello que, se impone un reto y es el de realizar un mayor número de estudios sobre el tema con el fin de garantizar un diagnóstico precoz y evitar así sus consecuencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreus-Mora J, González-Curbelo V. Fragilidad en adultos mayores y actividad física. Finlay [Internet]. 2023 [citado 11 Feb 2024];13(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1235>
2. Oficina Nacional de Estadística e Información de la República de Cuba. El envejecimiento de la población, Cuba y sus territorios 2021 [Internet]. Cuba: Centro de Estudio de Población y Desarrollo; 2022 [citado 10 Ago 2022]. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/el_envejecimiento_de_la_poblacion_de_cuba_y_sus_territorios_0.pdf
3. Casas HA, Cadore EL, Martínez N, Izquierdo M. El ejercicio físico en el anciano frágil: una actualización. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2015 [citado 11 Feb 2023];50(2):[aprox. 7p]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-134278>
4. Vavasour G, Giggins OM, Doyle J, Daniel Kelly D. How wearable sensors have been utilised to evaluate frailty in older adults: a systematic review. J J Neuro Engineering Rehabil [Internet]. 2021 [citado 11 Feb 2023];18:112. Disponible en: <https://jneuroengrehab.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12984-021-00909-0>
5. Bustos-Viviescas BJ, Alonso Acevedo-Mindiola A, Lozano Zapata RE. Grasa corporal y fuerza prensil de la mano: asociación por edades y sexos en sujetos aparentemente sanos. Rev cuban invest bioméd [Internet]. 2023 [citado 17 Feb 2023];42:e1264. Disponible en: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/1264/1179>
6. Ramos AM, Yordi M. Envejecimiento demográfico en Cuba y los desafíos que presenta para el Estado. Medwave [Internet]. Feb 2018 [citado 11 Feb 2023];18(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/enfoques/ensayo/7231>
7. Lauretani F, Ticinesi A, Gionti L, Prati B, Nouvenne A, Tana C. Short-Physical Performance Battery (SPPB) score is associated with falls in older outpatients. Aging Clin Exp Res [Internet]. 2019 [citado 11 Feb 2023];31(10):1435-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40520-018-1082-y>
8. Acosta-Benito MA, Martín-Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. Atencion Primaria [Internet]. 2022 [citado 15 Feb 2023];54(2):9:[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8563619>
9. García Quiñones R. Cuba: envejecimiento, dinámica familiar y cuidados. Noved poblac [Internet]. 2023 [citado 11 Feb 2024];15(29). Disponible en: <https://revistas.uh.cu/novpob/article/view/574>
10. Reeves D, Pye S, Ashcroft DM, Clegg A. The challenge of ageing populations and patient frailty: can primary care adapt? BMJ [Internet]. 2018 [citado 21 Feb 2023];362:k3349. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k3349>
11. Camafort M, Kario K. Hypertension, heart failure, and frailty in older people: A common but unclear situation. J Clin Hypertens (Greenwich) [Internet]. 2020 [citado 21 Feb 2023];22:1763-8. <http://revistaamc.sld.cu/>

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jch.14004>

12. Assar ME, Laosa O, Portyuguéz L. Diabetes and frailty. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* [Internet]. 2019 [citado 21 Feb 2023];22:52-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MCO.0000000000000535>

13. Martin-Lesende I, Acosta-Benito MA, Goñi Ruiz N, Herreros-Herreros Y. Visión del manejo de la fragilidad en Atención Primaria. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2021 [citado 15 Feb 2023];95:e 2173-9110. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8201232>

14. Kojima G, Iliffe S, Walters K. Frailty index as a predictor of mortality: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* [Internet]. 2018 [citado 15 Feb 2023];47:193-200:[aprox. 5 p]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afx162>

15. Coker JF, Martin ME, Simpson RM, Lafortune L. Frailty: an in-depth qualitative study exploring the views of community care staff. *BMC Geriatr* [Internet]. 2019 [citado 15 Feb 2023];19:47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-019-1069-3>

16. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D. Mortalidad y años potenciales de vida perdidos por causas externas: Colombia 1998-2015. *Univ Salud* [Internet]. 2018 [citado 15 Feb 2023];20(2):149-59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.119>

17. Li CY, Al Snih S, Karmarkar A, Markides KS, Ottenbacher KJ. Early frailty transition predicts 15-year mortality among nondisabled older Mexican Americans. *Ann Epidemiol* [Internet]. 2018 [citado 15 Feb 2023];28(6):362-67. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.03.021>

18. Andrew MK, Dupuis-Blanchard S, Maxwell C, Giguere A, Keefe J, Rockwood K. Social and societal implications of frailty, including impact on Canadian healthcare systems. *J Frailty Aging* [Internet]. 2018 [citado 15 Feb 2023];7(4):217-23. Disponible en: <https://doi.org/10.14283/jfa.2018.30>

19. Junius-Walker U, Onder G, Soleymani D, Wiese B, Albaina O, Bernabei R, et al. The essence of frailty: a systematic review and qualitative synthesis on frailty concepts and definitions. *Eur J Int Med* [Internet]. 2018 [citado 15 Feb 2023];56:3-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2018.04.023>

20. Oviedo-Briones M, Laso AR, Carnicero JA, Cesari M, Grodzicki T, Gryglewska B, et al. A Comparison of Frailty Assessment Instruments in Different Clinical and Social Care Settings: The Frail tools Project. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2021 [citado 21 Feb 2023];22(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.024>

21. Ruiz JG, Dent E, Morley JE, Merchant RA, Beilby J, Beard J, et al. Screening for and Managing the Person with Frailty in Primary Care: ICFSR Consensus Guidelines. *J Nutr Health Aging* [Internet]. 2020 [citado 21 Feb 2023];24:920-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-020-1492-3>

22. Dolenc E, Rotar-Pavlic D. Frailty assessment scales for the elderly and their application in primary care: a systematic literature review. *Zdr Varst* [Internet]. 2019 [citado 21 Feb 2023];58:91-100. <http://revistaamc.sld.cu/>

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2478/sjph-2019-0012>

23. Ambagtsheera RC, Beilby JJ, Visvanathana R, Dent E, Yu S, Braunack-Mayer AJ. Should we screen for frailty in primary care settings? A fresh perspective on the frailty evidence base: A narrative review. *Prev Med* [Internet]. 2019 [citado 21 Feb 2023];19:63-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.12.020>

CONFLICTOS DE INTERESES

El autor declara no tener conflictos de intereses.