

MATERIA: GERIATRÍA.

SEGUNDA UNIDAD.

TEMA: FRAGILIDAD.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.

ALUMNO: MIGUEL VELÁSQUEZ CELAYA.

FRAGILIDAD.

Puede definirse como un síndrome clínico relacionado con el envejecimiento y caracterizado por homeostasis inestable y la consiguiente baja de reservas fisiológicas en varios órganos y sistemas que incrementa el riesgo de disminución o pérdida de la funcionalidad.

Se acompaña de discapacidad fluctuante y marcada vulnerabilidad ante sucesos estresantes intrínsecos y extrínsecos que llevan a la dependencia, la institucionalización e incluso la muerte.

Otras definiciones de fragilidad incluyen la de Hazzard et al. que la describen como un estado vinculado con el envejecimiento y reconocible por disminución de las reservas fisiológicas, con aumento de la discapacidad o incapacidad funcional, pérdida de resistencia a la enfermedad y mayor posibilidad de morir.

Fried la considera un síndrome biológico relacionado con el envejecimiento.

Es pertinente señalar que la fragilidad no es equivalente de discapacidad-incapacidad funcional o comorbilidad; se trata más bien de un síndrome geriátrico que implica un mayor riesgo de morbilidad y, por tanto, de abatimiento funcional; tras identificar al paciente frágil, es necesario realizar las intervenciones necesarias para reducir dicho riesgo: no intervenir en forma oportuna supone un deterioro clínico continuo con bajo índice de recuperación.

La fragilidad se acompaña de algún tipo de discapacidad, en tanto que la discapacidad no siempre se presenta en pacientes frágiles.

La fragilidad se manifiesta por inestabilidad funcional y dificultad para mantener el equilibrio homeostático ante situaciones que lo afectan; en cambio, un paciente que exhibe algún tipo de deterioro funcional, sin ser frágil, puede recuperarse por lo general cuando se enfrenta a las mismas situaciones porque su reserva funcional y homeostática es mejor.

Consideran a un anciano como frágil o vulnerable cuando cumple con tres, cuatro o cinco de los criterios:

- Se mide con un dinamómetro una elevación menor al nivel 2.
- Distancia de 4.5 m, a paso habitual; una reducción de 20% se considera positiva.

- Más de 4.5 kg en el último año.
- Consumo de kcal/sem: <270 kcal para la mujer y <383 kcal para el hombre.

La fragilidad primaria es consecuencia de los cambios derivados del proceso de envejecimiento y la secundaria efecto de las enfermedades específicas.

En esencia, esto puede interpretarse como componentes o bases biológicas y dinámicas para la fragilidad en el envejecimiento (fragilidad primaria) y factores desencadenantes de fragilidad (fragilidad secundaria).

Para integrar el síndrome de fragilidad debe considerarse una serie de indicadores clínicos, bioquímicos, demográficos y socioculturales que constituyen sus bases dinámicas.

Establecer un fenotipo de fragilidad significa hacer operativo un modelo clínico que permita identificar a la población anciana en riesgo.

Varios autores proponen que el fenotipo de fragilidad se integra con la presencia de tres o más indicadores de alguno de los siguientes:

- Bases dinámicas de fragilidad.
- Dimensiones fisicobiológicas, psicoafectivas, mentales y cognitivas, socioculturales y sociodemográficas.
- Marcadores bioquímicos.
- Fenotipo de fragilidad.

El síndrome de fragilidad tiene que enfocarse desde varias perspectivas para determinar si es sólo uno de sus componente o consecuencia de la comorbilidad y el desuso, con frecuencia compuesto por desatención, abandono y depresión.

Otras propuestas encaminadas a identificar a pacientes ancianos frágiles, como la de Campbell y Buchner, toman en cuenta el funcionamiento musculoesquelético, capacidad aeróbica, función cognoscitiva y estado nutricional.

La sarcopenia como eje de la presentación de la fragilidad tiene implicaciones neuroendocrinas secundarias al proceso de envejecimiento, como pérdida de masa y fuerza muscular.

Los cambios se inician en el tercer decenio de la vida y se acentúan en ancianos de 65 o más años de edad, con pérdida selectiva de fibras musculares Ila.

Aunque el principal componente sistémico indicador de fragilidad es la sarcopenia, es necesario describir los cambios fisiológicos neuroendocrinos que se presentan durante el proceso de envejecimiento y que favorecen de manera significativa su aparición.

Con el envejecimiento se observa una disminución de la actividad de los ejes somatotrópico y gonadal, que son importantes para mantener las masas ósea y muscular.

Esta desregulación hormonal produce bajas concentraciones de estrógenos, testosterona, DHEA y S-DHEA acorde con el género.

La función del eje somatotrópico es otra de las funciones neuroendocrinas que se modifican durante el envejecimiento; se han informado niveles bajos de hormona del crecimiento (GH) y su mayor molécula mensajera, el factor de crecimiento similar a la insulina I (IGF-I), cuyas funciones en concentraciones normales consisten en preservar la masa magra y la ósea.

La concentración empieza a descender en el tercer decenio de la vida, al mismo tiempo que los niveles de hormonas sexuales, de mayor magnitud en el hombre que en la mujer ancianos.

El incremento del tono del sistema nervioso simpático, y, por ende, la elevación de adrenalina y noradrenalina, que incrementan las concentraciones de cortisol, es otro cambio fisiológico relacionado con el envejecimiento, importante por el efecto de toxicidad crónica en el hipocampo que puede causar deterioro cognoscitivo; es un factor de riesgo de fragilidad porque se relaciona con deficiencias del estado nutricional e inmovilidad, situaciones ambas que conducen a la sarcopenia.

Para establecer el diagnóstico de fragilidad es necesario tener claro lo que representa el síndrome: un estado de vulnerabilidad favorecido por los cambios del proceso de envejecimiento que limitan la capacidad para responder a diferentes factores de estrés y produce efectos adversos, de tal modo que es prioritario identificar a los individuos en riesgo, o vulnerables, antes de que se presenten las consecuencias de la fragilidad.

En consecuencia, se requiere una valoración clínica geriátrica integral, para la cual el equipo interdisciplinario puede apoyarse en escalas estandarizadas (Katz,

Barthel, Lawton-Brody, GDS, OARS, Zarit) e indicadores bioquímicos que permitan reconocer los signos de fragilidad primaria y secundaria antes descritos, que pueden ser causa de pérdida ponderal e incluso de desnutrición. Esta última se identifica mediante la aplicación del Mini Nutritional Assessment y diversos marcadores bioquímicos.

Los pacientes susceptibles son los afectados por algunos trastornos, como insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, enfermedades tiroideas, tuberculosis y otros procesos infecciosos crónicos, cáncer no diagnosticado y procesos inflamatorios.

Asimismo, los padecimientos psiquiátricos, como síndrome depresivo, psicosis, sentimiento de desolación y síndrome demencial, pueden presentarse de esta manera, en la cual la fragilidad es el resultado de una enfermedad coexistente.

Asimismo, se cuenta con la impedancia para valorar la masa esquelética, un procedimiento sencillo, rápido y validado contra la resonancia y la absorciometría de rayos X con energía dual. Para estimar los resultados es pertinente tomar en cuenta el estado de hidratación, con frecuencia alterado en el anciano.

Bonnefoy et al. mostraron la eficacia del índice de pantorrilla (IP) en pacientes ancianos hospitalizados para valorar el estado nutricional, que también es un marcador confiable para cuantificar el estado nutricional del anciano sano y el frágil; asimismo, indica la proporción de masa libre de grasa y masa ósea, y es un factor de predicción de intolerancia al ejercicio y trastornos del metabolismo muscular en la insuficiencia cardíaca.

Puesto que el síndrome de fragilidad tiene un fondo multidimensional y es producto de muy diversas causas, su tratamiento exige la participación de un equipo geriátrico interdisciplinario que instituya modelos de atención geriátrica y gerontológica dirigidos a la problemática del anciano frágil en cada una de sus dimensiones.

Bibliografía.

Rodriguez R.. (2011). Proceso y teorías del envejecimiento. *En Práctica de la geriatría* (Pp.175-187). Mexico: Mc Graw Hill.