

NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ

MATERIA: GERIATRIA

TEMA: FRAGILIDAD

UNIDAD: SEGUNDA UNIDAD

GRADO Y GRUPO: 6° "A"



El término fragilidad puede resultar complejo y en ocasiones controvertido. Por ello es necesario establecer indicadores clínicos y bioquímicos que permitan identificar, en la población envejecida, al grupo de ancianos en riesgo de presentar este síndrome, y sus implicaciones funcionales, como un problema de salud pública que requiere para su prevención y tratamiento la intervención de un equipo interdisciplinario.

El concepto tiene varias acepciones, pero de manera general 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.

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.

Es importante diferenciar entre fragilidad y discapacidad porque en ocasiones se utilizan como sinónimos; por lo general, 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.

La discapacidad puede considerarse tan sólo como un marcador de fragilidad, además de otros, como incontinencias, caídas, delirium y comorbilidad (presencia de dos o más enfermedades crónicas y degenerativas); aislados, ninguno de estos marcadores es indicio de fragilidad por sí mismo.

PREVALENCIA

La prevalencia del síndrome de fragilidad varía en diferentes informes, aunque coinciden en cuanto a frecuencia por edad y género (se incrementa con la edad). Los principales datos epidemiológicos de 75 países en vía de desarrollo y 80 países desarrollados indican que es más frecuente en el sexo femenino y en ancianos afroamericanos e hispanos. Otros factores de riesgo identificados son baja escolaridad, coexistencia de varias enfermedades, pobreza, percepción de mala salud y discapacidad.

CLASIFICACION

En la propuesta de Fried y Walston en relación con las causas de la fragilidad, la fragilidad puede clasificarse como primaria y secundaria.

ETIOLOGIA

Fried y Walston proponen dos caminos etiológicos potenciales para la fragilidad: 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).

En cuanto al modelo holístico o multidimensional de fragilidad, se consideran varios aspectos etiológicos relacionados con cada una de las dimensiones que lo componen:

1. Dimensión biológica o física: cambios biológicos secundarios al proceso de envejecimiento, estilo de vida, enfermedad crónica o aguda, comorbilidad, hospitalización, desnutrición, polifarmacia, yatrogenia, situaciones que reducen la actividad física, inmovilidad, trastornos de la marcha y el equilibrio, caídas, discapacidad mayor e incluso minusvalía, síndromes geriátricos diversos y elementos que pueden favorecer la presentación de anomalías sucesivas.
2. Dimensión psicoafectiva: trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, deterioro cognoscitivo, carga genética, duelos no resueltos, polifarmacia y efectos adversos de fármacos, comorbilidad, autopercepción de mala salud o pérdida de la salud,

cambio o ausencia de un papel social, aislamiento, soledad, institucionalización y situaciones que pueden afectar las áreas mentales o cognitivas.

3. Dimensión mental y cognoscitiva: degeneración del sistema nervioso central, carga genética, factores (tabaquismo, alcoholismo, dislipidemias) y enfermedades (diabetes e hipertensión arterial) reconocidos como de riesgo vascular, enfermedad cerebrovascular, escolaridad, género, antecedentes familiares, desnutrición, pérdidas sensoriales (vista, oído), polifarmacia, delirium, entorno poco estimulante y otros.

4. Dimensión sociocultural: pérdida o cambio de papel social, pérdida programada de la actividad laboral o jubilación, bajos ingresos económicos, diferencias generacionales acentuadas por las sociedades modernas, mitos y estereotipos respecto de la edad y el envejecimiento, bajo o nulo nivel de adaptación, entornos poco estimulantes, redes de apoyo socio familiar frágiles, aislamiento, soledad, bajo nivel de socialización, desconocimiento o falta de interés para integrarse a grupos de personas mayores o de autoayuda y falta de grupos de gestión de personas mayores.

5. Dimensión sociodemográfica: edad >75 años en países en vía de desarrollo, >80 años en países desarrollados; género femenino, raza y escolaridad, vivir solo, no tener hijos, viudez, discapacidad del cónyuge, ausencia de cuidador, colapso del cuidador, carencia de cuidados formales, condiciones de la vivienda como barreras arquitectónicas (escaleras, pasamanos, alfombras, desnivel del suelo, pisos resbaladizos, iluminación defectuosa) y ambiente urbano.

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.

Roubbenoff y Rall sugieren que los trastornos fisiológicos del sistema inmunológico ejercen un profundo efecto en la composición del organismo, sarcopenia o disminución de la masa muscular. 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.

COMPONENTES BIOLÓGICOS SISTEMICOS DE LA FRAGILIDAD

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. En términos generales, el envejecimiento ocasiona cierta resistencia a estímulos hormonales anabólicos dependientes de insulina, hormona del crecimiento (GH), factor de crecimiento similar a insulina I (IGF-I), testosterona, dehidroepiandrosterona (DHEA) y sulfato de dehidroepiandrosterona (S-DHEA), además de un marcado componente catabólico secundario al proceso inflamatorio crónico.

REGULACION NEUROENDOCRINA

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.

El S-DHEA tiene un efecto antitumoral y al parecer es el mayor modulador de la reacción al estrés en la inmunosenescencia; como la DHEA, el S-DHEA decrece en la hiperinsulinemia, de tal modo que ambos son indicadores útiles de la resistencia a la insulina.

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.

FACTORES DESENCADENANTES DE LA FRAGILIDAD

El anciano en riesgo desarrolla el síndrome de fragilidad (un estado que fluctúa entre la estabilidad, que no representa siempre estar sano, y la enfermedad) cuando se agrega a las condiciones preexistentes (intrínsecas [cambios por envejecimiento, enfermedad] o extrínsecas [edad, género, soledad, viudez, ausencia de cuidador, situación económica]) un nuevo proceso agudo intrínseco o del entorno.

CUADRO CLINICO

El cuadro clínico de fragilidad corresponde a lo que se conoce como fenotipo y se integra con signos complejos sindromáticos. Las nuevas variables de Speechley y Tinetti, factores muy relacionados con el síndrome de fragilidad, incluyen: 80 años de edad, trastornos de la marcha y el equilibrio, caminata infrecuente como ejercicio, disminución de la fuerza de las rodillas, discapacidad en miembros pélvicos, reducción de la fuerza de los hombros, disminución de la agudeza visual, depresión y uso de sedantes.

DIAGNOSTICO

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.

TRATAMIENTO

Ejercicio y nutrición. Con base en la complejidad del síndrome de fragilidad, el objetivo del tratamiento es evitar la disminución de masa muscular, fuerza, resistencia y energía.

Terapéutica de restitución hormonal. Aunque los cambios hormonales en la mujer anciana están bien documentados, incluidas las complicaciones como enfermedades cardíacas y osteoporosis relacionadas con disminución de estrógenos en la menopausia, los efectos de la reducción hormonal del envejecimiento en el hombre se conocen desde hace poco tiempo.

BIBLIOGRAFIA

ROSALIA RODRIGUEZ GARCIAS. (2000). PRACTICA DE LA GERIATRIA.
México, DF: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.