



ALUMNO: RAUL GIBRAN GALLEGOS MERLIN

GRADO: 6°

GRUPO: A

ASIGNATURA: GERIATRIA

DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

La fragilidad es un síndrome clínico relacionado con el envejecimiento, se debe contar con indicadores clínicos y bioquímicos para identificar si un grupo de ancianos esta en riesgo de presentar este síndrome. Sus características es homeostasis inestable, baja de reservas fisiológicas en varios órganos y sistemas, provocara riesgo de disminución o perdida de la funcionalidad, las otras definiciones descritas hablan que es un estado vinculado al envejecimiento reconocible por disminución de las reservas, también existe perdida de la resistencia a la enfermedad. Fied considera un síndrome biológico relacionado con e envejecimiento, en si estamos hablando de un síndrome geriátrico.

La fragilidad y discapacidad son muy distintas, ya que la fragilidad se acompaña de alguna discapacidad y la discapacidad no siempre se presenta en pacientes frágiles. La fragilidad es inestabilidad funcional y dificultad para mantener el equilibrio homeostático y discapacidad puede considerarse tan solo como un marcador de fragilidad. El termino fracaso para recuperarse define a la fragilidad extrema, en la prevalencia mas frecuente en mujeres, ancianos afroamericanos e hispanos, los otros factores son la baja escolaridad, pobreza y discapacidad. Los datos del instituto mexicano del seguro social, revelo que el 45% total de discapacidad atienden mayores de 60 años, 6-15% 65 años o mas que este grupo sufre con sarcopenia, el 20 a 25% mantiene nivel suficiente de actividad físico, por genero es de 5 a 6% hombres y el 3% mujeres.

El desuso por inmovilidad forzada o depresión, conducen a una perdida de la fuerza muscular de 1 a 1.5%. En la clasificación fried y waltson propone que la fragilidad puede clasificarse como primaria y secundaria, rook Wood propone también un instrumento clínico para clasificar la fragilidad, un modelo holístico o multidimensional de la fragilidad, que es el total de las dimensiones representa el síndrome en conjunto y la calificación obtenida corresponde a la fragilidad en dicha dimensión.

Su etiología existe 2 caminos que la fragilidad primaria es consecuencia de los cambios derivados del proceso de envejecimiento y la fragilidad secundaria efecto de las enfermedades específicas. El componente o bases biológicas y dinámicas son primaria y factores desencadenantes de fragilidad habla de secundarias. El modelo holístico o multidimensional son varios aspectos etiológicos que se consideran, como dimensión biológica o física, dimensión psicoafectiva, dimensión mental y cognoscitiva, dimensión sociocultural y dimensión sociodemográfica. Para integrar el síndrome de fragilidad debe considerarse una serie de indicadores clínicos bioquímicos, demográficos y socioculturales, el fenotipo se integra con la presencia de 3 o mas de fragilidad, roubbenof y rall habla que los trastornos fisiológicos del sistema inmunológico ejercen un profundo efecto en la composición del organismo, sarcopenia o disminución de la masa muscular.

En las bases dinámicas son los principales elementos que el fenotipo propuesta de bucher, la sarcopenia son procesos inflamatoria inmunológica y trastornos neuroendocrinos. La inflamación crónica en el envejecimiento no se relaciona con una enfermedad específica, hay un aumento que predispone elevación de citocinas, sobre todo Il-6 que se atribuye un efecto mielosupresor, junto al déficit de hierro y secundario a un estado nutricional deficiente, que puede contribuir a una causa de anemia microcítica y disminución del hematocrito que también puede considerarse como un marcador. Otra interleucina disminuida en el envejecimiento es la interleucina 2, factor de necrosis tumoral y interleucina 10, que esta se incrementa y ejercen un efecto catabólico. Los componentes biológicos sistémicos de la fragilidad, es la sarcopenia es el eje de presentación de la fragilidad , implicaciones neuroendocrinas secundaria a un proceso de envejecimiento, la perdida de masa y fuerza muscular, cambios se acentúan en ancianos de 65 o mas con perdida selectiva de fibras musculares, envejecimiento ocasiona cierta resistencia a estímulos hormonales, también se observa disminución de la actividad de los ejes somatotropico y gonadal, importante para mantener las masas ósea y muscular,

que esto provoca una baja concentración de estrógenos, testosterona, DHEA y S-DHEA.

En la mujer las bajas concentraciones de estrógenos resultan en reducción de la masa ósea y magra e incremento de tejido graso, esto favorece la presentación de síntomas relacionadas anorexia, complicaciones cardiovasculares y deterioro cognitivo establecen una relación con el efecto estrogénico. La disminución de estrógenos incremento los niveles de interleucina 1, 6 y factor de necrosis tumoral, la sustancia previene la apoptosis que es mecanismo principal de la reducción de osteoclastos, esto posibilita una exposición indefinida a la actividad osteoclastica que contribuye a la reducción de la masa ósea y el envejecimiento se combina con la baja capacidad reparadora de los osteoblastos, todo anterior conducen a la osteopenia, que es un signo fenotipo de la fragilidad.

Las bajas concentraciones de DHEA se vinculan a la sensación de buena salud y la capacidad para sobreponerse, que se observa en diferentes enfermedades como cáncer, diabetes y aterosclerosis. Son varios factores que incluyen en los niveles bajos de testosterona y DHEA , como enfermedades crónico, medicación, obesidad, tabaquismo y alcoholismo. La función de la somatotropico es otra de las funciones neuroendocrinas que se modifican durante el envejecimiento, niveles bajos de hormonas de crecimiento y su mayor molécula mensajera, el factor de crecimiento similar a la insulina cuyas funciones en concentraciones normales consisten en preservar la masa magra y ósea.

La polifarmacia es habitual en las personas que viven con fragilidad y los efectos adversos de los medicamentos son un motivo de hospitalización común. Se debe obtener una lista precisa de medicamentos, incluidos los de venta libre, e interrogar acerca del cumplimiento de estos tratamientos. Existen herramientas para resaltar los medicamentos que son potencialmente inapropiados o que deben priorizarse en la fragilidad.

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

Regulación neuroendocrina de las funciones metabólicas homeostáticas, que las funciones metabólicas homeostáticas reguladas por el sistema neuroendocrina, incluyen las relacionadas con el hambre, sed, el peso corporal y la termorregulación que producen cambios como anorexia. La sarcopenia es la disminución involuntaria de la masa musculoesquelética que se presenta en la edad avanzada, su descenso es constante a partir de los 35 años y hacia los 65 años ha perdido un tercio de la fuerza isométrica, que repercute sobre todo en los miembros pélvicos.

Fibras musculares tipo II sufren degenerativos para envejecimiento, la capacidad para realizar movimientos rápidos con las articulaciones disminuye como consecuencia de la reducción de la fuerza y la potencia muscular, la sarcopenia aparece cuando 50% de la masa corporal magra, sobre todo de musculo esquelético, se pierde y se reemplazo por fibra o tejido adiposo, algunos de los problemas secundarios, como el trastorno del equilibrio y menor velocidad de la marcha. La disfunción inmunoinflamatorio en el síndrome de fragilidad se distingue por el incremento de la reacción inflamatorio, que hace que sean mas susceptibles a procesos infecciosos y acentúan un proceso inflamatorio crónico.

Las readmisiones pueden representar problemas médicos no resueltos, falla de apoyo comunitario, o ambos. Independientemente, los datos sugieren la posibilidad de mejorar los resultados después de las presentaciones agudas. Hay instrumentos que detectan la fragilidad e identifican a aquellos que están en riesgo de malos

resultados. Las revisiones sistemáticas señalan que estos instrumentos tienen una precisión pronóstica limitada y no siempre es posible usarlos en salas de agudos.

En el diagnóstico se requiere una valoración clínica geriátrica integral que pueden apoyarse en escalas estandarizadas, en indicadores bioquímicos que permitan reconocer los signos de fragilidad primaria y secundarias, valorar si tienen una enfermedad coexistente, con padecimientos psiquiátricos, síndrome depresivo, psicosis y síndrome demencial, valoración física de la movilidad es un componente esencial de la valoración geriátrica del anciano frágil, consiste en el desempeño al levantarse de la silla, caminar 3 m girar, dar pasos atrás y volverse a sentar.

Los adultos mayores frágiles son usuarios frecuentes de los servicios de emergencia. Los servicios de urgencia son estresantes para los pacientes, los prestadores y el personal. El centrarse en la evaluación y toma de decisiones rápidas, junto con el flujo constante de pacientes hace que el entorno no sea el adecuado para el adulto mayor.

La organización mundial de la salud recomienda el IP como medición antropométrica, confiable para valorar el estado nutricional del anciano, otros parámetros serían el índice y masa corporal la circunferencia, medio del brazo y la medición pliegues cutáneos. Tratamiento evitar la disminución de masa muscular, fuerza, resistencia y energía, actividad física preservar la capacidad funcional, evitar pérdida de funcionalidad y el riesgo de fragilidad. Terapéutica hormonal señala cuando los niveles de IGF-1 eran <0.35 u/mL el tratamiento durante seis meses con hormonas de crecimiento recombinante condujo a un incremento de la masa muscular de 9%, disminución de adipocitos de 14% y un aumento óseo de la columna lumbar.

Tratamiento semanal de 100 mg de testosterona demostró ser útil para elevar las concentraciones séricas de testosterona demostró ser útil para elevar las concentraciones séricas de testosterona en hombres ancianos, la administración

por diferentes vías, como oral, transdérmica, intramuscular y forma de implantes subdérmicas. La propuesta farmacología cuando se obtiene indicadores bioquímicos sobre todo los que elevan con el proceso inflamatorio crónico, este documento que la pentoxifilina bloquea los efectos de IL-1, IL-6 y factor de necrosis tumoral.

Bibliografía

Garcia, R. R. (2011). *Practica de la Geriatria*. Mexico: Mc Graw Hill.