

Resumen Fragilidad

Kira Juárez Zebadúa

GERIATRÍA

6° semestre

Medicina Humana

Universidad Del Sureste



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.

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).

Fried y Walston proponen dos caminos etiológicos potenciales para la fragilidad: la fragilidad primaria es consecuencia de los cambios derivados del proceso de envejecimiento (que se describen más adelante) 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.

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.

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 IIa. 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.

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. Las concentraciones de andrógenos dependen de la elevación de las concentraciones de la globulina transportadora de hormonas sexuales, que, por lo general, se elevan en el anciano. 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

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.

La valoración física de la movilidad es un componente esencial de la valoración geriátrica del anciano frágil y consiste en observar el desempeño al levantarse de la silla, caminar 3 m, girar, dar pasos atrás y volver a sentarse, habilidades consideradas básicas para la movilidad y que también pueden valorarse mediante la capacidad para levantarse de la cama o el sillón y dar unos cuantos pasos, que resultan clave para la valoración del anciano frágil.

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.

Con base en la complejidad del síndrome de fragilidad, el objetivo del tratamiento es evitar la disminución de masa muscular, fuerza, resistencia y energía. Para lograrlo es necesario intervenir de diversas maneras, tanto con el anciano como con la familia y el cuidador, además de enseñar la forma de reconocer signos de alarma y aplicar medidas para preservar la masa y la fuerza musculares.

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. Es posible que las bajas concentraciones de GH y testosterona vinculadas con la edad tengan consecuencias similares en el hombre, en cuyo caso es factible que la terapéutica de restitución hormonal ayude al hombre anciano.

No se ha descrito ni demostrado alguna otra alternativa farmacológica que no sea la restitución hormonal para el tratamiento del síndrome de fragilidad. No obstante, una vez que se obtienen las mediciones de algunos de los indicadores bioquímicos, sobre todo los que se elevan con el proceso inflamatorio crónico, está documentado que la pentoxifilina bloquea los efectos de IL-1, IL-6, TNF- α , lo cual reduce la síntesis hepática de fibrinógeno; también tiene actividad fibrinolítica dado que aumenta el factor activador hístico del plasminógeno.

Bibliografías:

Garcia, R. R. (2021). Practica de La Geriatria. Mc Graw Hill.