

3 / 04 / 2022

**Tema:
Fragilidad.**

**Nombre del alumno: Mussolini
Macnealy Paz.**

**Nombre del docente: Ricardo Acuña
Saz.**

Materia: Geriatria.

**Nombre de la escuela: Universidad
Del Sureste.**

**Carrera: Medicina Humana.
Semestre: 6to parcial: 2do.**



“Fragilidad”.

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. El término “fracaso para recuperarse” define a la fragilidad extrema.

“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. Un análisis de la Encuesta Nacional de Salud 2000 de los datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (una de las instituciones que tiene la mayor cobertura médica y asistencial de la población mexicana) reveló que 45% del total de discapacitados que atiende pertenece al grupo de mayores de 60 años. Por otra parte, 6 a 15% de los ancianos de 65 o más años sufre sarcopenia; sólo 20 a 25% de los viejos mantiene un nivel suficiente de actividad física y, por género, 5 a 6% de los hombres y 1 a 3% de las mujeres. El desuso por inmovilidad forzada, descuido o depresión conduce a una pérdida de la fuerza muscular de 1 a 1.5% por día.

Cuando se analizó al grupo de ancianos mayor de 84 años de edad se encontró que un tercio presentaba síndrome demencial, 45% necesitaba ayuda para actividades de la vida diaria y 48% vivía solo. Hasta 50% de los hombres vive con su cónyuge y sólo 10% de las mujeres lo hace con su esposo. La discapacidad representa una tercera parte de los últimos años de su vida para la mujer de edad avanzada y para

los hombres sólo 20%. En países desarrollados, la incidencia promedio de fragilidad en la población anciana es de 7.2%. Es más frecuente en el grupo de mayores de 75 años, en el cual tiene una prevalencia de 32 a 35%. Noventa por ciento o más de los casos de fragilidad se relaciona con diabetes mellitus, hipertensión arterial e insuficiencia cardiaca.

“clasificación”.

Grado de fragilidad	Criterios
Grado 0	Caminar sin ayuda, realizar AVD (comer, vestirse, bañarse, bajarse de la cama, continencias urinaria y fecal); sin deterioro cognoscitivo.
Grado 1	Sólo incontinencia urinaria.
Grado 2	Uno (dos si hay incontinencia) o más, o si requiere asistencia para movilizarse o realizar AVD; deterioro cognoscitivo sin demencia.
Grado 3	Dos (tres si hay incontinencia) o más, o por completo dependiente para la movilización o una o más de las AVD, incontinencia fecal o urinaria y diagnóstico de demencia.

“Etiología”.

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

- Dimensión biológica o física.
- Dimensión psicoafectiva.
- Dimensión mental y cognoscitiva.
- Dimensión sociocultural.
- Dimensión sociodemográfica.

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.

Componentes biológicos sistémicos 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 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.

Mecanismos moleculares causantes de fragilidad.

Los principales mecanismos moleculares que intervienen en la fragilidad incluyen daños oxidativos y escasa capacidad de reparación del DNA celular y mitocondrial; cambios por oxidación y glucosilación de proteínas; y límite de la capacidad de replicación celular y celularidad senescente.

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 clínico”.

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.

Consecuencias del síndrome de fragilidad.

A la presencia del síndrome de fragilidad le sigue una serie de afectaciones o

consecuencias que propician mayor deterioro de la condición general, incluidos disminución o pérdida de la funcionalidad (discapacidad), dependencia, inestabilidad, trastornos de la marcha, caídas, lesiones secundarias, fracturas, enfermedades, hospitalización, institucionalización y muerte. Fried et al. Describen algunos de estos factores como efectos adversos y como parte del síndrome de fragilidad. El síndrome de miedo o temor a caer es una consecuencia del síndrome de fragilidad que establece un círculo vicioso que perpetúa la dependencia funcional del anciano o la fragilidad física. Este miedo exagerado, que surge después de una caída y que es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, incide negativamente en las actividades de la vida diaria porque pone en riesgo la capacidad física al evitar ésta, además de que implica futuras caídas. La falta de actividad física es una variable psicológica del desarrollo de la fragilidad y las caídas. El simple hecho de dejar de salir de casa limita la socialización y conduce al aislamiento, soledad y baja calidad de vida. Además del riesgo de caer, el miedo predispone a la disminución del control de la postura, la fuerza muscular y componentes de la actividad física, como la fuerza de la rodilla y el agarre, y la capacidad para movilizarse hacia adelante. Todo ello acentúa los sentimientos de inseguridad y ansiedad.

“Diagnostico”.

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 Nutricional Assessment y diversos marcadores bioquímicos. Los pacientes susceptibles son los afectados por algunos trastornos, como insuficiencia cardiaca, 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. La intervención en estos trastornos tiene una función preventiva: evitar sus consecuencias. Para establecer el diagnóstico del síndrome de fragilidad deben valorarse todos los factores desencadenantes de vulnerabilidad en el anciano, entre otros disminución de la actividad física (es suficiente la pérdida funcional en una de las actividades básicas de la vida diaria) y estado nutricional deficiente o desnutrición. Walston propone algunos criterios de fragilidad. Además, se señalan criterios físicos, demográficos, socioculturales y bioquímicos, todos parte del modelo holístico de fragilidad.

“Tratamiento”.

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 en formato Apa”.

1.- Rosalía María del Carmen Rodríguez García y Guillermo Antonio Lazcano Botello. (2011). práctica de la geriatría. México D.F.: Mc Graw Hill.