



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

SEXTO SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: "Fragilidad"

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: Geriatría

UNIDAD II

CATEDRÁTICO: Dr. Ricardo Acuña Del Saz

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 21 DE MARZO DEL 2022

FRAGILIDAD

Se define como 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.

Hazzard et al: 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: Síndrome biológico relacionado con el envejecimiento.

CLASIFICACIÓN

Cuadro 22-1. Criterios de fragilidad de Walston

Fragilidad = ≥ 3 criterios. Fragilidad intermedia o riesgo de fragilidad = 1 o 2 criterios.	<ol style="list-style-type: none">1. Se mide con un dinamómetro una elevación menor al nivel 2.2. Distancia de 4.5 m, a paso habitual; una reducción de 20% se considera positiva.3. Más de 4.5 kg en el último año.4. Consumo de kcal/sem: <270 kcal para la mujer y <383 kcal para el hombre.
---	--

Cuadro 22-2. Escala para la clasificación de la fragilidad en ancianos residentes de la comunidad

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 moverse 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

Cuadro 22-3. Modelo holístico o multidimensional de fragilidad

DIMENSIONES				
Biológica-física	Psicoafectiva	Mental y cognoscitiva	Sociocultural	Sociodemográfica
Cambios biológicos por envejecimiento	Trastornos afectivos: distimia, depresión	Degeneración del SNC	Papel social	75 años o más en países en vías de desarrollo
Estilo de vida	Trastornos de ansiedad	Carga genética	Jubilación	80 años o más en países desarrollados
Enfermedad crónica	Deterioro cognoscitivo	Factores de riesgo vascular	Ingresos económicos	Género
Enfermedad aguda	Carga genética	Enfermedades de riesgo vascular	Brecha generacional	Raza
Comorbilidad	Duelos no resueltos	Enfermedad cerebrovascular	Mitos y estereotipos	Vivir solo
Hospitalización	Polifarmacia y efectos adversos a fármacos	Escolaridad	Nivel de adaptación	Ausencia de hijos
Desnutrición	Comorbilidad	Género	Red de apoyo sociofamiliar	Viudez
Polifarmacia	Autopercepción de la salud	Antecedentes familiares	Apoyo social general	Escolaridad
Yatrogenia	Papel social	Desnutrición	Aislamiento	Discapacidad del cónyuge
Inmovilidad	Aislamiento	Pérdidas sensoriales	Soledad	Ausencia de cuidador
Trastornos de la marcha y el equilibrio	Soledad	Polifarmacia	Socialización	Colapso del cuidador
Mayor discapacidad	Entorno	Entorno	Entorno	Cuidados formales
Minusvalía (baja autoestima)	Minusvalía	<i>Delirium</i>	Grupos de autoayuda	Ambiente
Síndromes geriátricos diversos	Institucionalización	Trastornos afectivos	Grupos de gestión	Vivienda
Otros	Otros	Otros	Otros	Otros

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

Cuadro 22-6. Fenotipo de fragilidad

Síntomas	Signos	Riesgos
Peso bajo	Sarcopenia	Capacidad disminuida para recuperarse
Debilidad	Osteopenia	Capacidad disminuida para responder a factores estresantes
Fatiga	Trastornos del balance y la marcha	
Anorexia	Sin condición física	
Disminución en la actividad física	Desnutrición	
	Marcha lenta	

Según Fried *et al.*

La inflamación crónica en el envejecimiento no se relaciona con una enfermedad específica y, por tanto, dicho proceso predispone a la elevación de citocinas, sobre todo **interleucina 6 (IL-6)**, a la que se atribuye un efecto mielosupresor y éste, aunado al déficit de hierro, secundario a un estado nutricional deficiente, causa anemia microcítica y disminución del hematócrito, que también pueden considerarse como marcadores bioquímicos de la fragilidad. Otras citocinas investigadas en relación con el síndrome son **la interleucina 2 (IL-2)**, que disminuye en el envejecimiento, así como el factor de necrosis tumoral α (**TNF- α**) y **la interleucina-1b (IL-1b)**, que se incrementan y ejercen un efecto catabólico.

Componentes biológicos sistémicos de la fragilidad

Regulación neuroendocrina: 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. En la mujer, las bajas concentraciones de estrógenos resultan en reducción de la masa ósea y magra (proteínas) e incremento del tejido graso, cuya importancia se refleja en cambios de la composición corporal que favorecen la presentación de síntomas (anorexia) integrantes del fenotipo de fragilidad.

Las principales funciones metabólicas homeostáticas reguladas por el sistema neuroendocrino incluyen: el hambre, la sed, el peso corporal y la termorregulación, de tal forma que sin alteración produce cambios como anorexia, saciedad y pérdida ponderal, que forman parte del cuadro del síndrome 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.

Tratamiento

Ejercicio y nutrición: 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 musculare.

Terapéutica de restitución hormonal: Aunque los cambios hormonales en la mujer anciana están bien documentados, 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.

Prevención: Uno de los principales objetivos de la prevención del síndrome de fragilidad es la aplicación de todas las acciones destinadas a mejorar la capacitación de los profesionales de la salud que les permita alcanzar competencias o aptitudes clínicas y mejorar su actitud, en general, lo cual hace posible una mejor planeación de los cuidados del paciente anciano.

Fuente bibliográfica: Rodríguez, R. & Lazcano, G. . (2011). "Práctica de la geriatría". Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A, Piso 17, Col. Desarrollo Santa Fe: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.