



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIERREZ,
CHIAPAS

MEDICINA HUMANA, 6TO
SEMESTRE

UNIDAD II

GEREATRIA

FRAGILIDAD

DR. RICARDO ACUÑA

DEBORA NIETO SANCHEZ

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.

DEFINICION

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.

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.

CLASIFICACION

Si bien no se cuenta con una clasificación del síndrome de fragilidad, Walston et al. consideran a un anciano como frágil o vulnerable cuando cumple con tres, cuatro o cinco de los criterios. Según este parámetro, un anciano sin fragilidad es aquel que obtiene una calificación de cero.

En la propuesta de Fried y Walston en relación con las causas de la fragilidad, la fragilidad puede clasificarse como primaria y secundaria. Rockwood et al. Proponen un instrumento clínico breve para clasificar la fragilidad aplicable a ancianos residentes en la comunidad.

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).

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 Ila. 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.

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.

**BIBLIOGRAFIA : Rodriguez, R. (2011). FRAGILIDAD . En PRÁCTICA DE LA GERIATRÍA(PP.175-187).
Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A, Piso 17, Col. Desarrollo Santa Fe, Delegación Álvaro
Obregón C. P. 01376, México, D. F.: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.**