

Expectativa de vida y fragilidad

Tal como se ha definido en los artículos publicados en este número, la fragilidad es un estado de vulnerabilidad aumentado que predispone a tener desenlaces desfavorables¹ y no es sinónimo de enfermedad ni de discapacidad, puesto que estas son condiciones evidentes con causas generalmente asociadas y secuelas determinadas. La fragilidad es un estado subyacente que condiciona predictivamente la posibilidad de enfermarse o morir. Solo el 1% de los sujetos ancianos que son frágiles pueden retrotraer este estado a uno de más salud.² El objetivo es entonces tratar de evitarla. De la mano de esto, la trayectoria de vida de las personas desde su desarrollo intraútero (Baker y col.),³⁻⁶ el capital de salud acumulado o gastado a lo largo de la vida, el esfuerzo laboral, los hábitos y estilos de vida, el estatus socioeconómico, el nivel educativo y su carga genética determinarán en mayor o menor medida la esperanza de vida, y sobre todo la esperanza de vida libre de enfermedad o discapacidad.⁷⁻⁹ Las poblaciones en todo el mundo están envejeciendo con las tendencias mostradas por A. Velázquez en su artículo; por ahora, las posibilidades de fragilización sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro tienden a seguir aumentando con velocidad acelerada en aquellas franjas etarias de mayor edad (> 80 años), y sabemos entonces que a mayor edad mayores son esas posibilidades debido a los factores expuestos por J. Benchimol (inflamación crónica, tiempo y acumulación de déficits).¹⁰

El gran desafío de la salud pública en una sociedad cada vez más envejecida, donde no hay evidencia de utilidad de rastreo de enfermedades, tratamientos útiles o resultados esperanzadores de terapéuticas comunes en los muy mayores, ni la posibilidad de que exista una comprensión de la morbilidad hacia los últimos años, con mayor cantidad de años libres de enfermedad, es la prevención desde edades más tempranas. Niños y adultos sanos garantizarían un envejecimiento más saludable a la población en general.

Dr. José Ricardo Jáuregui

Unidad de Investigación en Biología del Envejecimiento
Hospital Italiano de San Justo

REFERENCIAS

1. Jáuregui JR, Rubin RK. Fragilidad en el adulto mayor. *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2012; 32(3):110-5.
2. Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, et al. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med.* 2006;166(4):418-23.
3. Barker DJ, Eriksson JG, Forsén T, et al. Infant growth and income 50 years later. *Arch Dis Child.* 2005;90(3):272-3.
4. Barker DJ, Osmond C, Forsén TJ, et al. Trajectories of growth among children who have coronary events as adults. *N Engl J Med.* 2005;353(17):1802-9.
5. Barker DJ. In utero programming of chronic disease. *Clin Sci (Lond).* 1998;95(2):115-28.
6. Barker DJ (ed). *Mothers, babies and health in later life.* 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998.
7. Guimaraes RM. Health capital, life course and ageing. *Gerontology.* 2007;53(2):96-101.
8. Foster JR. Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: an interpretation of epidemiologic data. *Psychiatr Q.* 1997;68(3):189-219.
9. Armstrong JJ, Mitnitski A, Andrew MK, et al. Cumulative impact of health deficits, social vulnerabilities, and protective factors on cognitive dynamics in late life: a multistate modeling approach. *Alzheimers Res Ther.* 2015;7(1):38.