



**MARIO MORALES ARGUETA**

**RESUMEN**

**GERIATRÍA**

**6° "A"**

**PASIÓN POR EDUCAR**

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de abril de 2025

La Sarcopenia es una enfermedad muscular, originada por cambios musculares adversos que acumulan a lo largo de la vida, es común en adultos mayores, pero también puede presentarse en etapas más tempranas de la vida.

La prevalencia de la sarcopenia al rededor de un 30% en México, un 34% de prevalencia en mujeres. A partir de los 40 años de edad se pierde el 8% de su masa muscular por década hasta los 70 años. Después de los 70 años se pierde el 15% por década.

Si se habla del diagnóstico encontramos que la forma de evaluar es de acuerdo al puntaje, un puntaje igual o mayor a 4 es un indicador de sarcopenia, lo que indicara una evaluación más detallada, es decir evaluar fuerza de agarre y velocidad de marcha.

Para un tratamiento encontramos que resistencia, fuerza y equilibrio para aumentar la masa muscular y mejorar la movilidad; proteínas de alto valor biológico, vitaminas D y A y mantener una ingesta adecuada de calorías; cinesiterapia, mecánoterapia, hidroterapia, reducción de la marcha y ejercicios para levantarse y sentarse; existen suplementos como: leucina, Omega 3, creatina, probióticos; así como tratamientos hormonales como la testosterona, dihidroepiandroster o la hormona del crecimiento.

El síndrome de inmovilidad es la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por el deterioro de las funciones motoras

En epidemiología encontramos que aumenta con la edad, en mujeres el 6% de 65 años presentan dificultad para caminar en su casa (12.7 para subir escalas) (12.4 para salir y andar en la calle); 780 años de edad las cifras son del 25.6 a 25% medio residencial de 50% presentan algún problema de movilidad con una prevalencia de 30%.

En el síndrome de inmovilización encontramos factores de riesgo que se divide en dos, el primero es el sistema musculoesquelítico: disminución de masa, fuerza, velocidad de contracción muscular, marcha senil; por otro lado encontramos al sistema nervioso: disminución de la sensibilidad propioceptiva y vibratoria, entorpecimiento de los reflejos musculares, presbicia y presbiacusia.

Como diagnóstico se sabe que el grado de actividad basal más el impacto en la realización de sus actividades básicas e instrumentales diarias da como resultado el programar actividades para mejorar la dependencia. En Fx de riesgo encontramos condiciones neurológicas, enfermedades osteoarticulares, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, enfermedades metabólicas,

Para un tratamiento hay que tener en consideración que el actuar debe ser muy rápido, antes de iniciar se tiene que asegurar con todas las condiciones adecuadas como nutrición, control del dolor, un sueño adecuado y buen ritmo intestinal.

Se debe realizar una valoración completa para establecer un plan de actuación, este dependerá del grado de movilización que tenga el paciente.

Para un paciente encamado se busca aumentar el rango de movilidad articular, hacer maniobras cuidadosas, más seguridad al realizar actividades suaves, hay que emplear calor, relajantes musculares, antidepressivos, no tricyclicos.

Para un paciente en ambulancia es un poco más activo ya que en ellos se practica a diario a paso lento con distancias crecientes y también el uso de elementos auxiliares como andador, bastón y muletas.

La OMS define las caidas como aquel acontecimiento involuntario que precipita al individuo a una superficie inferior. Según la OMS 684,000 personas mueren cada año como consecuencia de las caídas, siendo la segunda causa de muerte accidental en el mundo, además de condicionar importantes consecuencias funcionales.

Los tres grupos de mayor riesgo son los niños, trabajadores y la población anciana. Aproximadamente un tercio de las personas mayores de 60 años y un 50% de las mayores de 80 años que viven en la comunidad se caen anualmente. En el entorno residencial las cifras son superiores, estimándose que el 60% de los residentes se caen anualmente con mayor frecuencia de caídas repetidas.

3,297 muertes por caídas de ellas 2.80% (1,373 hombres y 1428 mujeres) ocurrió en personas de 60 años o más.

Las caídas tienen importantes consecuencias. a todos los niveles. De las personas mayores que caen 10% sufren lesiones graves como laceraciones, hematomas, rhabdomiclisis o traumatismo craneales, 5% sufren algún tipo de fractura y entre el 1% y 2% tienen una fractura de cadera que es mayor al impacto funcional.

Encontramos factores de riesgo intrínsecos como: edad, sexo, raza, déficits sensoriales, alteraciones de marcha / equilibrio, deterioro cognitivo / demencia, osteoartritis / alteraciones podológicas, patologías cardíacas, incontinencia urinaria, etc.

Por el otro lado encontramos factores de riesgo extrínsecos como: entorno, calzado, hospitalizaciones, restricciones físicas, fármacos.

Para una evaluación correcta hay dominios a evaluar como: equilibrio, velocidad de marcha, función de las extremidades inferiores, elasticidad. Para ello hay una clasificación de la limitación y fragilidad la cual cuenta con rangos: 0-3 severa: sujeto dependiente, 4-6 moderada: sujeto con prefragilidad, 7-9 baja: sujeto frágil, 10-12 muy baja o ausente: sujeto robusto.

Como recomendaciones para la prevención de caídas encontramos: suplementación con vitamina D, intervención nutricional, suplementación proteica. Sus beneficios son menor incidencias de caídas, menor riesgo de caídas, reduce la fragilidad, ayuda a la fragilidad en pacientes con pérdida de peso o malnutrición.

Deterioro cognitivo vascular y demencia. Sabemos que la demencia se caracteriza por un deterioro progresivo e irreversible de la capacidad mental que compromete inevitablemente la vida independiente. El avance de la edad es el principal factor de riesgo y dado el envejecimiento de la población mundial y la falta de tratamientos eficaces.

Aunque el Alzheimer es la principal causa de demencia diagnosticada clínicamente en los países occidentales, el deterioro cognitivo de etiología vascular es la segunda causa más frecuente y es posible que sea la predominante en el Oriente asiático.

La demencia muestra una notable asociación con la edad, y en los individuos más jóvenes está relacionada con frecuencia con trastornos genéticos. La incidencia y la prevalencia de la demencia aumentan exponencialmente a partir de la edad de 75 años. La prevalencia del deterioro cognitivo leve (DCL) sin demencia está también notablemente ligada a la edad y el trastorno es más frecuente que la demencia en los ancianos de menor edad mientras que la demencia es proporcionalmente superior en los de edad más avanzada.

Encontramos a los factores de riesgo no modificables como: edad, sexo, factores genéticos; factores de estilo de vida: nivel de estudios, tabaquismo, dieta, hormonas, actividad física, obesidad, actividad cognitiva. Factores de riesgo fisiológicos: hipertensión a edad media de la vida, hipertensión a edad avanzada, hiperglucemia, diabetes, lípidos, dislipidemia, inflamación, fragilidad.

La neuroimagen tiene una importancia crucial en el diagnóstico y el tratamiento del DCV. Aunque los infartos grandes, las alteraciones amplias de la SB o la atrofia avanzada pueden visualizarse en la tomografía computarizada, la RM es muy apropiada para visualizar y cuantificar las alteraciones cerebrales asociadas a la EUP.

Como tratamiento en la evidencia obtenida en ensayos controlados y aleatorizados respecto a que las intervenciones destinadas a controlar los factores de riesgo vascular reducen el riesgo de aparición de una demencia o un deterioro cognitivo es limitada. Según un ensayo de SYST-EUR, una reducción de la presión arterial se asocia a una reducción con una significación marginal del riesgo de demencia.

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que presenta desafíos significativos para los sistemas de salud en todo el mundo. En este contexto, la fragilidad se ha convertido en un área creciente de interés en la investigación geriátrica debido a sus implicaciones en la salud y el bienestar de los individuos. La fragilidad es un estado clínico en el que hay un incremento de la vulnerabilidad de un individuo para desarrollar discapacidad o mortalidad, aunado a una pobre resiliencia.

La prevalencia es variable, ya que depende del instrumento utilizado para su medición así como del escenario donde sea analizado; de modo que se estima una prevalencia de 12 a 24% en la comunidad y de más de 50% en unidades de cuidados crónicos, siendo mayor en aquellos con mayor edad, y género femenino.

A lo largo del tiempo la fragilidad ha sido asociada con distintos estados en particular frecuentes en la vejez e interrelacionados pero que no necesariamente representan lo mismo.

Existen varios instrumentos que han sido desarrollados con el propósito de medir la fragilidad, no obstante, se carece un estándar unificado para su evaluación. Así pues se han empleado varios enfoques con el fin de conceptualizar la fragilidad. Uno de los enfoques más populares es conocido como el fenotipo de fragilidad, el cual la define como un síndrome.

La prevención de la pérdida muscular mediante la actividad física en las personas mayores frágiles es uno de los factores más importantes para mantener la función, no obstante las capacidades de las personas pueden variar por lo que realizar una intervención dirigida parece apropiado.