

Síndromes geriátricos: caídas, incontinencia y deterioro cognitivo

Geriatric syndromes: Falls, incontinence and cognitive impairment

Karen Parada-Peña^{1a}, Mauricio Rodríguez-Morera^{1a}, Fiorella Otoya-Chaves^{1a}, Kevin Loaiza-Quirós^{1a}, Stephanie León-Quirós^{1a}.

RESUMEN

Los síndromes geriátricos son una condición no clínica del adulto mayor caracterizada por múltiples causas que abarca un grupo de signos y síntomas que ocurren juntos de manera variable y que usualmente presentan una causa multifactorial y de fondo heterogéneo. La detección y diagnósticos de ellos puede ayudar a disminuir el deterioro funcional y la pérdida de independencia que conllevan en el adulto mayor. Además, permitirá plantear estrategias y acciones prioritarias para lograr un envejecimiento saludable a fin de proporcionar una mejor calidad de vida. Debido a la alta prevalencia y aumento en la población de adultos mayores a nivel mundial, en esta revisión de tema se hará énfasis en la epidemiología, etiología, características clínicas, diagnóstico, prevención y manejo de distintos síndromes geriátricos con el objetivo de proporcionar información útil para el diagnóstico oportuno y eficaz, así como el tratamiento de los mismos enfocado principalmente en caídas, incontinencia y deterioro cognitivo.

Palabras clave: Síndrome geriátrico, caídas, incontinencia, deterioro cognitivo (Fuente: DECS-BIREME)

ABSTRACT

The geriatric syndromes are a non-clinical condition in the elderly characterized by multiple causes that includes a group of signs and symptoms that are presented together in a variable way, usually with a multifactorial cause and a heterogeneous background. Their detection and diagnosis can help reduce functional impairment and loss of independence that can be seen in older adults. In addition, it allows the clinician to prioritize strategies and actions to achieve healthy aging in order to provide a better quality of life in this population. Due to the high prevalence and increase in the elderly population globally, in this review of the emphasis will be placed on the epidemiology, etiology, clinical characteristics, diagnosis, prevention and management of different geriatric syndromes with the aim of providing useful information for early and effective diagnosis, as well as their management focused mainly on: falls, incontinence and cognitive impairment.

Keywords: Geriatric syndrome, falls, incontinence, cognitive impairment (Source: NLM-MeSH)

1. Escuela de Medicina y Cirugía. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica
a. Médico General

Recibido: 14/11/2020 Aprobado: 15/12/2020

Citar como:

Parada-Peña K, Rodríguez-Morera M, Otoya-Chaves F, Loaiza-Quirós K, León-Quirós S. Síndromes geriátricos: caídas, incontinencia y deterioro cognitivo. Rev Hisp Cienc Salud. 2020; 6(4): 201-210

INTRODUCCIÓN

Por síndrome geriátrico se entiende una condición no clínica del adulto mayor caracterizada por múltiples causas determinando una manifestación unificada. Abarca un grupo de signos y síntomas que ocurren juntos de manera variable caracterizando una anormalidad particular. Presentan una causa multifactorial y de fondo heterogéneo, encontrando sus raíces en las vulnerabilidades clínicas, psicológicas, sociales y ambientales ⁽¹⁾. La capacidad de reconocerlos, tratarlos y facilitar la planificación de la atención puede ayudar a mitigar el deterioro funcional y la pérdida de independencia del adulto mayor ⁽²⁾.

La mejora de las condiciones de vida, la educación y los últimos avances en la atención sanitaria, entre otros factores, han contribuido al aumento de la esperanza de vida a nivel mundial. Según estimaciones demográficas, en el año 2030 el porcentaje de la población mayor de 65 años podría llegar a ser de más del 25% del total en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), España será el tercer país más viejo del mundo en 2050 con un 34,1% de población mayor de 65 años por detrás de Japón e Italia ⁽³⁾. En los Estados Unidos las mujeres representan el 56% de los adultos mayores de 65 años y el 67% de los adultos mayores de 85 años ⁽²⁾.

Costa Rica no es una excepción ya que se presenta un incremento en el porcentaje de adultos mayores en la población y un incremento de la esperanza de vida la cual pasó de 42 años para 1930, 76 años para 1980 y 78,5 años para el 2002⁽⁴⁾. En el 2013 fue de 79.6 años (77.1 para los hombres y 82.1 para las mujeres). Para el 2017, se elevó a 80.2 (77.6 para los hombres y 82.7 para las mujeres) ⁽⁵⁾.

Los síndromes geriátricos de fragilidad, sarcopenia, pérdida de peso y demencia son altamente prevalentes en adultos mayores en todos los centros de salud. A pesar de

su impacto deletéreo en la calidad de vida, la discapacidad y la mortalidad con frecuencia no se les reconoce⁽⁶⁾.

Debido a la alta prevalencia y aumento en la población de adultos mayores en esta revisión de tema se hará énfasis en la epidemiología, etiología, características clínicas, diagnóstico, prevención y manejo de distintos síndromes geriátricos con el objetivo de proporcionar información útil para el diagnóstico oportuno y eficaz como el tratamiento de los mismos enfocado principalmente en caídas, incontinencia y deterioro cognitivo.

EPIDEMIOLOGÍA

Conocer la prevalencia de los distintos síndromes geriátricos dará la pauta inicial para plantear estrategias y acciones prioritarias para lograr un envejecimiento saludable a fin de proporcionar una mejor atención integral⁽⁷⁾.

Se han llevado a cabo distintos estudios con el objetivo de reportar la prevalencia de diferentes síndromes geriátricos en distintas poblaciones adultas mayores. Entre estos estudios se encuentra el estudio transversal realizado en 3 ciudades de Bordeux en Francia con una población de 630 adultos de 75 años o mayor de los cuales 69% eran mujeres y 30.6% hombres, de estos un 80.5% demostraron tener al menos un síndrome geriátrico. Entre los 10 síndromes evaluados se encontraban: fragilidad física, demencia y deterioro cognitivo, síntomas depresivos, polifarmacia, aislamiento social, delgadez, caídas, dependencia, déficit sensorial e incontinencia. La población tuvo un seguimiento de 10 años mediante un psicólogo quien coleccionaba información socio-demográfica, de estilos de vida, nivel educativo, enfermedades crónicas auto-reportadas, status funcional, además de realizar evaluaciones cognitivas y de funciones físicas.

Como resultado se reportó que el síndrome geriátrico más prevalente en esta población fue la polifarmacia (50.6%), seguido de caídas (43.1%), fragilidad (17.8%) y demencia (15.6%). Los síndromes menos frecuentes fueron discapacidades en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (9.9%), aislamiento social (8.4%) y delgadez (8.1%). Además, se demostró que los hombres tenían menos tasas de prevalencia que las mujeres para todos los síndromes geriátricos a excepción de la discapacidad sensorial mayor ⁽⁸⁾.

Se estima que un tercio de las personas mayores de 65 años que viven en comunidad presentan una caída al menos una vez cada año, y esto aumenta a una tasa reportada del 50% en algunos estudios de personas que viven en centros de atención residencial ⁽⁹⁾.

Por otro lado, Bell et al realizaron un estudio en Estados Unidos donde se escogió una población adulta mayor de 75 años de edad o más de manera aleatoria entre los beneficiarios de Medicare trasladados de un mismo hospital universitario hacia distintos centros de cuidados especializados para un total de 686 pacientes del cual un 59% eran mujeres. Para llevar a cabo este estudio se realizó una investigación del historial médico de los pacientes, además de entrevistas a los participantes con el objetivo de reportar la presencia o ausencia de nueve síndromes geriátricos comunes en los cuales se incluyen: delirium, deterioro cognitivo, síntomas depresivos, dolor, incontinencia, pérdida de peso no intencional, pérdida de apetito, caídas y úlceras por presión.

Se reportó que la pérdida de apetito, la pérdida de peso, incontinencia y los síntomas depresivos fueron los síndromes más frecuentes. Además, entre los resultados destacaba una diferencia en la prevalencia de síndromes por sexo siendo las mujeres más propensas a presentar síntomas depresivos, dolor moderado a severo e historia de caídas.

Por otro lado, los hombres presentaron mayor prevalencia de pérdida de peso no intencional y úlceras por presión ⁽¹⁰⁾. Un estudio transversal descriptivo del año 2007 realizado en una unidad de medicina familiar en la Ciudad de México tenía como objetivo determinar la prevalencia de problemas de salud en una población de adultos mayores, este demostró como resultado que el 55.2% de los pacientes valorados presentaron incontinencia urinaria, 57.3% depresión moderada o severa; 12.1% deterioro cognitivo leve; y 30% riesgo de caídas, reconociendo un número significativo de casos positivos así como un importante deterioro en la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, en un estudio realizado en México a cargo de Efrén Ruiz et al se llegó a la conclusión que la prevalencia de síndromes geriátricos en la población estudiada está determinada principalmente por la edad y la comorbilidad ⁽¹¹⁾.

ETIOLOGÍA

El envejecimiento abarca modificaciones en la calidad estructural y funcional de la piel, la masa muscular, la reserva cardiorrespiratoria, los sistemas oculo vestibular, nervioso central y periférico, la velocidad de la reacción y respuestas a nivel cognitivo y conductual, que paulatinamente llevan a la dependencia a partir de los 65 años. Los factores que favorecen esta dependencia son múltiples y se pueden dividir en intrínsecos (enfermedades, cambios fisiológicos y fisiopatológicos e ingestión de fármacos) y extrínsecos (uso inadecuado de auxiliares de marcha y barreras arquitectónicas dentro y fuera de la casa)⁽¹¹⁾, derivado de estos múltiples cambios que ocurren durante la vejez podemos encontrar la aparición de los síndromes geriátricos.

Caídas

Las causas de caídas son multifactoriales. La mayoría de las personas mayores en riesgo de sufrir una caída o que han sufrido una caída tienen más de un factor de riesgo subyacente. Es esencial reconocer que las personas mayores que tropiezan o resbalan pueden tener una

variedad de condiciones reversibles que podrían haber contribuido al evento ⁽¹²⁾. Las caídas suceden en los adultos mayores cuando los cambios físicos, perceptuales y cognitivos que ocurren con el envejecimiento se combinan con un entorno inadecuado para la seguridad de esta población ⁽¹³⁾.

Los trastornos de la marcha y el equilibrio se encuentran entre las causas más comunes de caídas en los adultos mayores. A su vez, los adultos con deterioro cognitivo muestran un mayor riesgo de caídas en comparación con sus pares cognitivamente intactos de la misma edad. Entre otras causas se mencionan: condiciones y dolor musculoesquelético, discapacidad visual, sarcopenia, uso de cuatro o más medicamentos, además del uso de clases específicas de medicamentos que puedan provocar trastornos de la marcha y el equilibrio con un aumento de la tasa de caídas ⁽¹⁴⁾.

Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (IU) puede resultar de una variedad de causas que van desde infecciones transitorias hasta anomalías estructurales y disfunción del suelo pélvico. Aunque suele coincidir con el envejecimiento del tracto urinario inferior e infecciones de las vías urinarias, también puede tener causas no genitourinarias incluidas afecciones crónicas como en la diabetes mellitus, deterioro cognitivo, condiciones neurológicas y obesidad, lo cual no se considera normal en el proceso de envejecimiento. Específicamente para las mujeres, la menopausia y su respectiva disminución de estrógeno puede precipitar la sintomatología de la IU ⁽¹⁵⁾.

Deterioro Cognitivo

A nivel cognitivo, la senescencia celular de las neuronas y la microglía son fundamentales para el envejecimiento cerebral. Los cambios incluyen agotamiento de las células madre neurales, aumento de la apoptosis celular, agregación de proteínas, disfunción mitocondrial con

aumento de especies reactivas de oxígeno y daño oxidativo a proteínas y lípidos, además de acumulación de daño al ADN. En el proceso de envejecimiento hay un aumento de calcio intraneuronal. El calcio juega un papel clave en la memoria y también previene la muerte celular de las neuronas. Estos cambios moleculares conducen a cambios en la estructura anatómica del cerebro dando como resultado una reducción en el número de neuronas y una disminución en el volumen cerebral de aproximadamente el 5% por década después de los 40 años. A su vez, el envejecimiento cerebral está asociado con una disminución de la absorción de glucosa asociado a disminución en transportadores neuronales de glucosa: GLUT-3 y GLUT-4.

Esta disminución del transporte de glucosa en el cerebro se asocia con una disminución de la función cognitiva. La mayor parte de la energía (ATP) dentro de la célula es producida por mitocondrias. El daño a nivel mitocondrial con el envejecimiento conduce a función bioenergética y mitofagia mitocondrial deteriorada. Esto da como resultado la acumulación de mitocondrias defectuosas. Por último, las alteraciones de la microglía con el envejecimiento provocan un aumento en la inflamación y citoquinas lo cual pueden llegar a contribuir a la disminución de la memoria ⁽¹⁶⁾.

En el envejecimiento normal la atención sostenida, copia simple y la memoria remota y procedimental se conserva mientras que la atención, el aprendizaje de nueva información, fluidez verbal y tiempo de reacción tienden a deteriorarse. El espectro de deterioro cognitivo en personas adultos mayores varía de lo que se puede clasificar como cognitivo normal, que declina con el envejecimiento, deterioro cognitivo subjetivo y deterioro cognitivo leve hasta la demencia⁽¹⁷⁾. El deterioro cognitivo puede tener múltiples causas y estar relacionado a distintas enfermedades, como la enfermedad de Alzheimer, vascular, cuerpos de Lewy, enfermedad de Parkinson, desórdenes psiquiátricos, lesión cerebral traumática, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, inducida por sustancias y/o

medicamentos, enfermedad de Huntington, enfermedad priónica, entre otras causas ⁽¹⁸⁾. Existen otros factores importantes en la patogenia de demencia como el estilo de vida sedentario, estado nutricional deficiente, factores sociales o ambientales, y factores genéticos que podrían ser modificables ⁽¹⁷⁾.

VALORACIÓN CLÍNICA

La valoración geriátrica integral (VGI) es un instrumento que permite integrar los conocimientos de las esferas clínicas, psicológicas, mentales y sociales, lo que faculta el obtener una visión amplia y clara del contexto en que se encuentra el paciente, además facilita el diagnóstico no solo de entidades patológicas habituales, sino también de los síndromes geriátricos. Se ha visto que mientras más temprano en el proceso de envejecimiento se realice una VGI y se puedan hacer planes multidisciplinarios para conservar la calidad de vida en forma global, los éxitos de las intervenciones son mayores⁽¹⁹⁾.

Hoy en día, se utilizan escalas con el objetivo de conocer la situación basal del paciente, determinar el impacto de la enfermedad actual y obtener información objetiva, así como establecer tratamientos específicos y valorar la respuesta a los mismos. La funcionalidad se define por medio de tres componentes: las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y el de la marcha y equilibrio ⁽²⁰⁾.

Caídas

La historia de caídas es un fuerte predictor de caídas futuras. Las condiciones médicas con un mayor riesgo de caídas incluyen osteoartritis de las extremidades inferiores, depresión, enfermedad cardíaca y nicturia. Los medicamentos usualmente asociados con un mayor riesgo de caídas son los sedantes o aquellos que afectan la marcha y el equilibrio⁽²¹⁾. El médico siempre debe preguntar

acerca de los peligros ambientales tales como poca iluminación, alfombras, áreas de mucho desorden, cables eléctricos, superficies resbaladizas, escalones y escaleras. Siempre que sea posible, el médico debe incluir otros miembros de la familia en esta conversación ya que los pacientes tienden a minimizar la importancia de algunos de estos peligros.

Se debe realizar la inspección de deformidades, hinchazón y hematomas articulares, además se debe evaluar la inestabilidad articular y las limitaciones de rango de movimiento pasivo y activo en las articulaciones principales como las de las extremidades inferiores y la columna, incluida la evaluación de los tejidos blandos que puede producir limitaciones. La postura, en particular el exceso de cifosis que se observa comúnmente en personas mayores, puede cambiar el centro de gravedad del cuerpo. A su vez, el calzado ideal debe ajustarse correctamente, ser cómodo y proporcionar un amplio soporte y estabilidad. Un examen neurológico enfocado para detectar deficiencias sensoriales, particularmente propiocepción, y la debilidad siempre debe realizarse debido a que puede revelar problemas potencialmente tratables ⁽¹⁴⁾.

Todas las personas con caídas recurrentes deben considerarse para exámenes de detección para sarcopenia. Cuando una persona mayor tiene una nueva aparición de caídas, debe examinarse para detectar la presencia de delirium. Las causas comunes de delirium son fármacos anticolinérgicos, hipoxia (accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, embolia y anemia), infecciones, epilepsia, deshidratación, condiciones metabólicas (hipotiroidismo, vitamina B12 deficiencia) y retención de orina o heces. A menudo dos o más de estas causas resultan ser la razón de un único episodio de delirium⁽²²⁾.

La evaluación observacional de la marcha debe evaluar la velocidad, la longitud de la zancada, los movimientos antálgicos, el equilibrio, postura y simetría⁽¹⁴⁾. Entre los métodos de valoración que existen se encuentra la prueba de la velocidad de la marcha, en este se observa al paciente mientras camina, la prueba se debe realizar de la misma forma que usualmente lo ejecuta en la vida diaria ya sea con andadera o con bastón; se sincroniza el cronómetro desde el instante en que comienza la caminata y se detiene el cronómetro una vez que termine la marcha. La velocidad se mide con el tiempo necesario para poder recorrer al menos 8 metros de 10 metros. Se cuantifica en metros por segundo (m/s), se utiliza como término de velocidad de la marcha patológica la que es menor o igual a 0,8 m/s⁽²³⁾.

Observar la capacidad para levantarse de una silla también es una excelente evaluación de la función, probar la fuerza proximal, el equilibrio y la coordinación simultáneamente. Es importante obtener los signos vitales con especial atención a una posible hipotensión ortostática, junto con exámenes de audición y problemas visuales. Las afecciones cardiovasculares son muy prevalentes en los adultos mayores, en algunos casos las arritmias pueden provocar síncope y caídas⁽¹⁴⁾.

Deterioro Cognitivo

La historia clínica juega un papel importante en el diagnóstico. Es importante que la preocupación cognitiva sea expuesta por parte del paciente, el informante del paciente o el médico. La preocupación acerca del deterioro cognitivo es fundamental ya que refleja un cambio en el desempeño basal de la persona. Aquí, el clínico deberá centrarse en los tipos de cambios en la cognición que el paciente ha notado, a continuación, el médico debe explorar la severidad de estos cambios ya que es importante para caracterizar el cambio. Se debe tomar en cuenta al realizar la historia clínica que a menudo el paciente describirá cambios cognitivos en el dominio de la memoria cuando, de hecho, pueden significar problemas en

atención o lenguaje. En este punto, el médico deberá hacer un examen del estado mental y explorar los diversos dominios cognitivos. Otro elemento de la historia para ser evaluado incluye el desempeño funcional. El médico debe determinar si la persona ha experimentado un cambio en la cognición, si hay alguna corroboración objetiva de esto, si la función está relativamente bien conservada, y si el cumple o no cumple con los criterios de demencia⁽²⁴⁾.

Alternativamente, si el paciente tiene antecedentes de enfermedad vascular, factores de riesgo o ha experimentado eventos isquémicos cerebrales, se debe considerar la contribución del evento vascular en el problema. Además, algunos aspectos y condiciones psiquiátricas pueden tener un rol importante como la depresión mayor o trastorno de ansiedad generalizada ya que tienen componentes cognitivos y, en consecuencia, en las primeras etapas de estos trastornos la cognición puede verse afectada. El médico siempre debe considerar otras condiciones médicas no compensadas como insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus mal controlada o enfermedad pulmonar crónica obstructiva como contribuyentes al deterioro cognitivo ya que muchas de estas comorbilidades médicas pueden ser tratables⁽²⁴⁾.

El examen del estado mental "Mini-mental" y la Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA) son dos pruebas de detección que a menudo se realizan en un entorno clínico. Las pruebas más profundas y sensibles implican evaluación de múltiples dominios cognitivos. Cinco dominios cognitivos comúnmente evaluados incluyen: razonamiento abstracto; memoria, con los subdominios de memoria de trabajo, memoria inmediata y tasa de aprendizaje, tasa de olvido y memoria incidental; información de velocidad de procesamiento; atención y función ejecutiva; y habilidades visuoespaciales⁽²⁵⁾.

La demencia corresponde al trastorno neurocognitivo mayor o un trastorno adquirido con disminución en 1 o más

dominios cognitivos lo suficientemente grave como para afectar de manera social u ocupacional, a diferencia del deterioro cognitivo leve donde se preserva la independencia en la vida diaria⁽¹⁸⁾. Este es un síndrome más que una enfermedad específica. Se hace un diagnóstico a través de una combinación de historia clínica proporcionada por el paciente; historia de un informante, como un amigo cercano o un familiar; y examinando el estado mental del paciente mediante las distintas evaluaciones del estado mental. El sello distintivo de la demencia incluye el deterioro en múltiples dominios cognitivos ⁽²⁾. Existen tres pruebas rápidas para la detección de demencia que son adecuadas y han sido validadas para los profesionales de la salud de atención primaria. Estos son los MiniCog, el Rapid Cognitive Screen (RCS), y el cuestionario de 8 ítems Deterrtain Dementia. El RCS también puede identificar el deterioro cognitivo leve⁽¹⁶⁾.

Entre otras causas médicas tratables a evaluar que pueden tener como consecuencia el deterioro cognitivo se encuentran: medicamentos, déficit auditivo, hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, hidrocefalia de presión normal, fibrilación auricular y apnea del sueño ⁽¹⁶⁾. Se puede considerar la resonancia magnética o tomografía computarizada, que puede ser útil para evaluar la estructura general del cerebro y descartar afecciones como tumores cerebrales, hidrocefalia de presión normal, malformaciones vasculares y accidentes cerebrovasculares ⁽²⁶⁾.

Incontinencia Urinaria

En cuanto la evaluación de IU, el examen físico debe incluir un examen abdominal en busca de vejiga palpable, examen de los genitales externos en busca de anomalías como fimosis, hipospadias, atrofia urogenital y prolapso de órganos pélvicos, un examen rectal para evaluar el tamaño de la próstata y para excluir la carga fecal y un análisis de orina con tira reactiva. Además, si hay síntomas de micción, se debe registrar un volumen residual posmiccional y si la

queja es de incontinencia urinaria de esfuerzo, una prueba de tos en decúbito o de pie puede revelar el diagnóstico. En pacientes con evidencia de enfermedad neurológica, también se requiere un examen neurológico. De igual importancia es la observación de la capacidad del paciente para ponerse de pie, caminar hasta el baño, desvestirse, orinar y luego lavarse y vestirse, prestando atención al uso de ayudas para la movilidad y la capacidad cognitiva para ubicar el baño. Un diario de vaciamiento de vejiga con la ingesta de líquidos es una herramienta útil para cuantificar la frecuencia de la micción y la frecuencia y gravedad de los episodios de urgencia e incontinencia ⁽²⁷⁾.

MANEJO

Caídas

En cuanto al manejo de las caídas, dependiendo de los resultados de la evaluación de riesgos, las intervenciones multifactoriales apropiadas que pueden ser realizadas para prevenir caídas ambulatorias incluyen: evaluación y modificación del hogar para casos de alto riesgo, programas de ejercicio que incluyen fuerza, marcha y ejercicios de equilibrio como fisioterapia o Tai Chi, suplementos de vitamina D en dosis superiores a 700 UI/día, revisar los medicamentos, minimizando los medicamentos psicoactivos y el número total de medicamentos, manejo de la hipotensión postural, acelerar la cirugía de cataratas en el primer ojo afectado en caso de ser necesario, considerar el uso de marcapasos en el caso de hipersensibilidad de seno carotideo y caídas recurrentes, manejo de problemas en los pies y recomendar el uso de dispositivos de calzado antideslizantes para exteriores, además de educación del paciente y del cuidador, especialmente de la importancia de las mejoras ambientales específicas ⁽²⁸⁾.

Incontinencia Urinaria

Para el tratamiento de la IU en el adulto mayor se ha planteado un tratamiento conservador que incluye

intervenciones en el estilo de vida como la educación al paciente. Esta opción se puede ofrecer a pacientes sin deterioro cognitivo que puedan ser tratados de manera ambulatoria. Otro manejo importante es la reducción de peso ya que la obesidad está asociada con un incremento en el riesgo de IU, sin embargo, se debe tener precaución al recomendar esto en pacientes adultos mayores tomando en cuenta que la sarcopenia puede estar presente. La restricción en ingesta de líquidos puede ser útil, además de prevenir la constipación mediante el ejercicio y el incremento de fibra en la dieta, cesación de fumar, actividad física, intervenciones conductuales, vaciamiento programado, ejercicios de fortalecimiento de músculos del piso pélvico, dispositivos internos en caso de las mujeres como pesarios en especial si la IU es exacerbada por prolapso uterino y ayuda de materiales absorbentes.

En cuanto al tratamiento farmacológico, debe realizarse después de haber intentado una terapia no farmacológica adecuada por al menos tres meses sin resultados positivos (29). Este tratamiento consiste en gran medida de agentes antimuscarínicos para la IU de urgencia, vejiga hiperactiva y mixta. De estos, la oxibutinina, tolterodina, solifenacina, darifenacina y trospio se han utilizado ampliamente. La duloxetina se utiliza en IU por estrés severo, especialmente en mujeres. Los alfabloqueantes son beneficiosos en hombres con síntomas de tracto urinario inferior. La desmopresina se evita en la IU de edad avanzada debido a su propensión a precipitar hiponatremia. A su vez, el cateterismo puede ser necesario en los casos de retención urinaria crónica alteración de la contractilidad de la vejiga, en la que el paciente mantiene alta la orina residual posmiccional. Finalmente la cirugía puede ser beneficiosa en casos refractarios, especialmente en mujeres con incontinencia de esfuerzo⁽²⁸⁾.

Deterioro cognitivo

Debido a que las causas del deterioro cognitivo son heterogéneas, el manejo se enfoca en tratar la enfermedad de base que se asocian al deterioro cognitivo. La detección temprana del deterioro cognitivo teóricamente puede conducir a la implementación de terapias que retrasen la progresión. Las intervenciones van desde la terapia individualizada hasta programas grupales que además abordan la planificación de actividades, el entrenamiento de técnicas de relajación, manejo del estrés, uso de ayudas externas para la memoria y ejercicio. Las intervenciones multicomponente parecen beneficiar las actividades de la vida diaria, estado de ánimo y rendimiento de la memoria⁽³⁰⁾.

Actualmente, no existen medicamentos farmacológicos aprobados por la FDA para el tratamiento del deterioro cognitivo leve. Tratamientos como donepezil, inhibidores de colinesterasa y dosis altas de vitamina E han mostrado resultados inconclusos en el tratamiento del deterioro cognitivo⁽³⁰⁾.

Todo déficit nutricional detectado en un paciente con deterioro cognitivo debe tratarse. Se ha consolidado la idea de que los factores de riesgo cardiovascular, muy sensibles a la intervención preventiva nutricional, y el estilo de vida (ejercicio físico, nivel/actividad intelectual) se relacionan de forma directa con el desarrollo de deterioro cognitivo y demencia⁽³¹⁾.

Los síndromes geriátricos abarcan un grupo de signos y síntomas que ocurren juntos de manera variable y caracterizando una anomalía particular estos suelen presentar un efecto multifactorial y de fondo heterogéneo cuya aparición deriva de los múltiples cambios que ocurren durante la vejez.

En una población adulta mayor que va en crecimiento a nivel global es sumamente importante lograr el diagnóstico temprano y eficaz mediante una valoración geriátrica integral ya que puede ayudar a mitigar el deterioro funcional y la pérdida de independencia del adulto mayor. Su detección permite la realización de planes multidisciplinarios para conservar la calidad de vida y darle el manejo oportuno dependiendo de su etología y los factores de riesgo subyacentes.

Conflictos de interés

Los autores niegan tener conflictos de interés

Financiamiento

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matteo Cesari, Emanuele Marzetti, Marco Canevelli & Giovanni Guaraldi . Geriatric syndromes: How to treat,. *Virulence* 2017, 8:5, 577-585. DOI:10.1080/21505594.2016.1219445
2. Thompson, K., Shi, S. and Kiraly, C. Primary Care for the Older Adult Patient. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 2016. 43(2), pp.367-379. DOI:10.1016/j.ogc.2016.01.010
3. Jórdan A, Estrada D. Rol enfermero en la valoración de síndromes geriátricos y estado funcional en una consulta de geriatría. *Gerokomos*, 2018.29(4):160-164.
4. Villalobos-Cambronero X, Kulzer-Homann K, Fernández-Rojas X. Relación entre funcionalidad y caídas en la población adulta mayor del "Proyecto Costa Rica, Estudio Longitudinal de envejecimiento saludable". *Rev Hisp Cienc Salud*. 2016; 2 (4): 294-301.
5. Romain, F.y Barboza Solís, C. Las inequidades de esperanza de vida según la provincia de nacimiento en Costa Rica entre 2013 y 2017. *Población y Salud en Mesoamérica*, 2020. 18(1). Doi:10.15517/psm.v18i1.39073
6. Sanford AM, Morley JE, Berg-Weger M, Lundy J, Little MO, Leonard K, et al. High prevalence of geriatric syndromes in older adults. *PLoS ONE*, 2020. 15(6): 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233857>
7. Isidro ME. Tesis: Prevalencia de síndromes Geriátricos en el programa de Geriatría del centro medico nacional Adolfo Ruiz Cortines. Universidad Veracruzana, 2016. Licenciatura
8. Tabue-Teguo, M., Grasset, L., Avila-Funes, J., Genuer, R., Proust-Lima, C., Péres, K., Féart, C., Amieva, H., Harmand, M., Helmer, C., Salles, N., Rainfray, M. and Dartigues, J,. Prevalence and Co-Occurrence of Geriatric Syndromes in People Aged 75 Years and Older in France: Results From the Bordeaux Three-city Study. *The Journals of Gerontology: Series A*, 2017. 73(1) : 109-116.
9. Khow, K. and Visvanathan, R.. Falls in the Aging Population. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2017. 33(3): 357-368.
10. Bell, S., Vasilevskis, E., Saraf, A., Jacobsen, J., Kripalani, S., Mixon, A., Schnelle, J. and Simmons, S. Geriatric Syndromes in Hospitalized Older Adults Discharged to Skilled Nursing Facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2016. 64(4):715-722.
11. Nieves ER, Ponce I., Medina D, Rangel O. Prevalencia de síndromes geriátricos detectados por la enfermera especialista en medicina familiar. *Nure Investigación*, 2016. 13(84): 2-12.
12. Ouslander JG, Reyes B. Clinical Problems Associated with the Aging Process. In: Jameson J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 20e. New York: McGraw-Hill; 2018.
13. Park, S. Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2017. 30(1): 1-16.
14. Cuevas-Trisan, R. Balance Problems and Fall Risks in the Elderly. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 2017. 28(4): 727-737.
15. Searcy, J. Geriatric Urinary Incontinence. *Nursing Clinics of North America*, 2017. 52(3), pp.447-455. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.04.002>
16. Morley, J. An Overview of Cognitive Impairment. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2018. 34(4): .505-513. DOI: 10.1016/j.cger.2018.06.003

17. Jongsiriyanyong, S. and Limpawattana, P. Mild Cognitive Impairment in Clinical Practice: A Review Article. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 2018. 33(8): 500-507. DOI:10.1177/1533317518791401
18. Wang, Z. and Dong, B. Screening for Cognitive Impairment in Geriatrics. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2018. 34(4): 515-536.
 - a. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.06.004>
19. D'hyver C. Valoración geriátrica integral. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 2017. 60 (3): 38-54.
20. Hernández , A. Torres,D.,Hernández, E., Escalona, K., Guerrero, L. Síndromes geriátricos y capacidad funcional en adultos mayores de Gibara,2019. *Ciencias básicas Biomedicas cibamanz*,2020: 1-14.
21. Smith, E. and Shah, A.. Screening for Geriatric Syndromes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2018. 34(1): 55-67.DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.08.002>
22. Morley J. The Importance of Geriatric Syndromes. *Science of Medicina*, Saint Louis University, 2017. 114(2): 99-100.
23. Monge T., Solís Y. El Síndrome de caídas en personas adultos mayores y su relación con la velocidad de la marcha. *Revista medica de Costa Rica y Centroamerica LXXIII.*, 2016. (618): 91-95.
 - b. Petersen, R. Mild Cognitive Impairment. *Continuum Journal*, 2016. 22(2):404-418.
24. Zilliox, L., Chadrasekaran, K., Kwan, J. and Russell, J.,. Diabetes and Cognitive Impairment. *Current Diabetes Reports*, 2016.16(9): 1-11.
25. Sanford, A. Mild Cognitive Impairment. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2017. 33(3): 325-337.
 - c. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.08.002>
26. Gibson, W., Wagg, A., Hunter, K. Urinary incontinence in older people. *British Journal of Hospital Medicine*, 2017. 77(2): 27-32.
27. Gupta, D., Kaur, G., Gupta, A. Geriatric Syndromes In: Pareek, K., Wander, G. Eds. *Progress in Medicine*, Vol 26. New Delhi: Jaypee Brothers, The Health Sciences Publisher, 2016.
28. Aharony, L., De Cock, J., Nuotio, M., Pedone, C., Rifel, J., Vande Walle, N., Velghe, A., Vella, A. and Verdejo-Bravo, C. Consensus document on the management of urinary incontinence in older people. *European Geriatric Medicine*, 2017.8(3): 210-215.
 - d. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2017.04.002>
29. Tangalos, E. and Petersen, R. Mild Cognitive Impairment in Geriatrics. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2018. 34(4): 563-589. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2017.04.002>
30. Hernando-Requejo, V.. Nutrición y deterioro cognitivo. *Nutrición Hospitalaria*, 2016. 33(4): 49-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.346>

Correspondencia:

Karen Parada-Peña

Email: karenparadapena96@gmail.com

