

I Jornada Nacional Virtual

“POR EL BIENESTAR EN LAS EDADES AVANZADAS”

Título:

Deterioro Cognitivo Leve y demencia en personas de 80 años y más.

Autores:

Dra. Teresa Fonte Sevillano. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Gerontología y Geriatria. Máster en Síndrome Demencial. Hospital “Hermanos Ameijeiras.” CI: 84092306256

DrCs. Juan J. Llibre Rodríguez. Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Académico, Profesor e Investigador Titular. Facultad Ciencias Médicas “Finlay Albarrán”. CI: 59012212622

Resumen

Introducción: El declinar cognitivo es responsable del 11,2% de los años vividos con invalidez en las personas mayores de 60 años, incrementándose en los mayores de 80 años. ⁽¹⁾

Objetivos: Determinar la prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y demencia, así como los factores de riesgo de demencia en personas de 80 años y más residentes en La Habana durante el período 2003-2007.

Métodos: Se realizó un análisis secundario de la base de datos del estudio Envejecimiento y Alzheimer (10-66). Fue un estudio descriptivo de corte transversal en siete áreas de salud seleccionadas de la provincia La Habana. El universo estuvo constituido por la totalidad de adultos mayores de 65 años, tomándose una muestra de 480 personas mayores de 80 años, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los datos fueron validados estadísticamente mediante el chi cuadrado, T de student, la Regresión de Poisson y de Cox.

Resultados: La prevalencia de DCL y demencia fue de 0,8% y 25, 8% respectivamente. La enfermedad Alzheimer fue la más frecuente de las demencias (46%). Un mayor nivel educacional mostró su efecto protector (OR 0,76; IC 95% 0,66 – 0,88) y la fuerte asociación de presentar dos o más enfermedades crónicas (comorbilidad) (OR 7,90; IC 95% 6,27 – 9,94).

Conclusiones: Existió una baja prevalencia de DCL en personas de 80 años y más, siendo alta la prevalencia de demencia. La comorbilidad resultó ser el factor de riesgo para padecer demencia mientras un mayor nivel educacional se comportó con factor protector.

Palabras clave: Deterioro Cognitivo Leve, Demencia, Subtipos de demencia, persona mayor.

Introducción:

En la actualidad la demencia es la mayor contribuyente de discapacidad, dependencia y mortalidad en las personas mayores más viejas. ⁽¹⁾

En Cuba alrededor de 150 000 personas padecen demencia, con una tasa de prevalencia entre 6,4 a 10,2% y un estimado del costo anual que se aproxima a los 512 millones de dólares. ⁽²⁾

Sin embargo en nuestro país no se han realizado estudios de este tipo en personas mayores de 80 años, por ello existe escasa información sobre la naturaleza y frecuencia del problema a estas edades. Por lo cual los autores se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál sería la prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve y demencia en personas de 80 años y más?

¿Cuáles serían los factores de riesgo que más influyeron en la aparición de demencia en estas personas?

El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve y demencia, así como los factores de riesgo de demencia en personas de 80 años y más residentes en La Habana durante el período 2003-2007.

Diseño metodológico:

Se tomó como referencia la base de datos del estudio Envejecimiento y Alzheimer (10-66) basada en un estudio prospectivo, longitudinal, de una cohorte de 3015 adultos de 65 años y más, iniciado en el 2003 en siete áreas de salud seleccionadas de la provincia La Habana.

El análisis secundario efectuado por la autora se realizó en la primera fase del trabajo de referencia (estudio observacional, descriptivo de corte transversal), realizado entre junio de 2003 y mayo de 2007.

El universo estuvo constituido por la totalidad de adultos de 65 años y más residentes en la Habana en el periodo analizado, tomándose una muestra de 480 personas mayores, de 80 años y más.

Se incluyeron los adultos del sexo femenino y masculino de 80 años y más. Excluyéndose del estudio los pacientes diagnosticados con enfermedades psiquiátricas (Esquizofrenia u otras psicosis), Delirium u otras condiciones médicas que afectaran la participación de las personas seleccionadas, la ausencia de un informante confiable que corroborara la información brindada por el participante y no brindar su consentimiento.

Las variables estudiadas fueron: Sexo, estado civil, nivel de escolaridad, lugar de nacimiento, depresión, comorbilidad, Deterioro Cognitivo Leve, demencia, subtipos de demencia.

Los datos obtenidos fueron validados estadísticamente mediante el Chi cuadrado, T de student, la Regresión de Poisson y de Cox.

La investigación cumplió con los principios de la Declaración de Helsinski y se solicitó el doble consentimiento firmado al participante y un informante confiable.

Resultados:

De las 480 personas mayores estudiadas el sexo femenino representó el 69,8% (n=335) y el masculino el 30,2% (n=145). Predominó un nivel de escolaridad bajo, para el 68,8% entre los que terminaron o no los estudios primarios. El 71,5 % del total tenían vínculo conyugal. Los nacidos en la ciudad mostraron un porcentaje ligeramente mayor con el 37,3 % de los casos.

Solamente el 0,8% de las 480 personas mayores estudiadas presentaron DCL. De estas el 1,4% correspondían al sexo masculino y el 0,6 pertenecían al sexo femenino (Tabla 1).

Tabla 1: Prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve en personas mayores de 80 años y más por sexo según criterios de Petersen

Deterioro Cognitivo Leve	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%

Ausente	333	99,4	143	98,6	476	99,2
Presente	2,0	0,6	2,0	1,4	4,0	0,8
Total	335	100	145	100	480	100

Fuente: Base de datos del estudio poblacional Envejecimiento y Alzheimer (10-66).

De las 480 personas mayores estudiadas 124 presentaron demencia para una prevalencia de 25,8 % (Tabla 2).

Tabla 2: Prevalencia de demencia en personas mayores de 80 años y más según criterios de clasificación 10/66 – DSM IV

Demencia (10/66- DSM IV)	n	%
Ausencia	356	74,2
Presencia	124	25,8
Total	480	100

Fuente: Base de datos del estudio poblacional Envejecimiento y Alzheimer (10-66).

La enfermedad Alzheimer fue la más frecuente de las demencias (46%), seguida de la demencia vascular (11,3%) y la demencia mixta tipo Alzheimer-cuerpos de Lewy (6,5%). Entre tanto la demencia mixta tipo Alzheimer-Vascular y la frontotemporal ocuparon el cuarto y quinto lugar (3,2%), seguidas de la demencia por cuerpos de Lewy (2,4%) (Tabla 3).

Tabla 3: Subtipos de demencia en personas mayores de 80 años y más según los criterios del 10/66-DSM IV

Subtipos de demencia	n	%
Alzheimer	57	46,0
Vascular	14	11,3
Mixta (Alzheimer- Lewy)	8	6,5
Mixta (Alzheimer- Vascular)	4	3,2
Frontotemporal	4	3,2
Por cuerpos de Lewy	3	2,4

Sin clasificar	34	27,4
Total	124	100

Fuente: Base de datos del estudio poblacional Envejecimiento y Alzheimer (10-66).

A continuación se muestran los resultados del análisis univariado, ajustado para sexo y nivel educacional, que se realizó para determinar los posibles factores de riesgo que influyeron en la aparición de demencia. La presencia de comorbilidad (OR 8,89; IC 95% 7,29 - 10,85) se comportó como posible factor de riesgo, siendo aproximadamente 9 veces más probable que una persona mayor, de 80 años y más, desarrolle demencia si presenta comorbilidad que aquellos que no la tienen.

Un mayor nivel educacional (O.R 0,68; IC 95% 0,61 - 0,77) y el estar casado o en unión consensual (OR 0,65; IC 95% 0,49 - 0,85), se comportaron como factores protectores para desarrollar demencia. El sexo (OR 0,79; IC 95% 0,60 - 1,04), lugar de nacimiento (OR 1,12; IC 95% 0,96 - 1,29) y la depresión (OR 1,09; IC 95% 0,63 - 1,89), no mostraron asociación significativa en el grupo de personas mayores estudiadas (Tabla 4).

Tabla 4: Regresión Logística. Análisis univariado

Variables	Ajustado para sexo y nivel educacional	
	Odds Ratio	Intervalo de Confianza al 95%
Sexo (H vs M)	0,79	0,60 - 1,04
Nivel Educacional	0,68	0,61 - 0,77
Estado civil	0,65	0,49 - 0,85
Lugar de nacimiento	1,12	0,96 - 1,29
Enfermedad Depresiva	1,09	0,63 - 1,89
Comorbilidad	8,89	7,29 - 10,85

Fuente: Base de datos del estudio poblacional Envejecimiento y Alzheimer (10-66).

Al incluir las variables en el modelo, el mayor nivel educacional mostró su efecto protector (OR 0,76; IC 95% 0,66 – 0,88) y la fuerte asociación de presentar dos o

más enfermedades crónicas (comorbilidad) (OR7, 90; IC 95% 6,27 – 9,94) (Tabla 5).

Tabla 5: Resultados de la Regresión Logística Múltiple

Variabes	Odds Ratio	Intervalosde confianza al 95%
Sexo(H vs M)	0,89	0,66 – 1,20
Nivel educacional	0,76	0,66 – 0,88
Estado civil	0,84	0,64 – 1,11
Comorbilidad	7,90	6,27 – 9,94

Fuente: Base de datos del estudio poblacional Envejecimiento y Alzheimer (10-66).

Discusión:

En el ámbito internacional y nacional la prevalencia de DCL varía del 1 al 45%, con mayor predominio en las féminas.^{(3), (4)} Y es que las quejas de memoria en las personas mayores, con elevada frecuencia, suelen ser explicadas por las familias como parte del envejecimiento normal, generando sub diagnósticos. Por otra parte la falta de unificación de los criterios y guías para el diagnóstico de DCL determina esta gran variabilidad.^{(2), (3), (4)}

Se han encontrado estudios realizados en varios países del continente Euroasiático y Africano, así como en Estados Unidos, Brasil y Cuba, con resultados similares a los obtenidos en este trabajo, donde informan una alta prevalencia de demencia en las personas mayores de 80 años.^{(5), (6)}

Durante los últimos años, a nivel mundial, ha existido una notable mejoría en la calidad y estilo de vida, lo que ha provocado un progresivo envejecimiento poblacional y un incremento de la esperanza de vida, provocando el mayor número de casos de demencia en edades más avanzadas.^{(6), (7), (8), (9), (10), (11)}

Los doctores Ángeles y Escobar, encontraron en España que la enfermedad de Alzheimer representó el 53,3% de los casos.⁽⁵⁾ Otros autores al realizar un metaanálisis de 39 estudios realizados en países asiáticos describieron la enfermedad de Alzheimer como la más frecuente de las demencias (56,3%), seguida de la demencia vascular (20,3%).⁽¹²⁾ Ambas publicaciones reportaron

tasas superiores a las encontradas en el presente estudio. Mientras que en América Latina y el Caribe, los Doctores Llibre y Gutiérrez notificaron a la enfermedad de Alzheimer, responsable del 50 al 60 % del total de casos de demencia, seguida por las demencias vasculares, la demencia por enfermedad de cuerpos de Lewy y la degeneración frontotemporal.⁽¹³⁾

Esta frecuencia de aparición varió en los diferentes estudios revisados, lo cual podría indicar diferencias en la calidad metodológica, la estructura de la población, los grupos de edad estudiados, la genética, estilos de vida, así como los criterios diagnósticos utilizados.

En cuanto a la comorbilidad, en la bibliografía revisada solo se encontró un estudio irlandés que evaluó la prevalencia de demencia según esta variable, en él se obtuvieron resultados similares al encontrado en este trabajo.⁽¹⁴⁾

Diversos autores han planteado que un mayor nivel educacional proporciona un mayor coeficiente de inteligencia, incrementa la reserva cognitiva e induce neuroprotección, además de relacionarlo con mejores estilos de vida, ocupación y salud, garantizando un mayor nivel socioeconómico y adecuada nutrición, lo cual disminuye el riesgo de padecer demencia.^{(1),(15), (16)} Según estado civil, Manuel Menéndez, en su artículo “Estilo de vida y riesgo de padecer demencia”, afirmó que un estilo de vida activo y socialmente integrado, así como la práctica de actividades de ocio, puede proteger a las personas mayores de desarrollar demencia o retrasar la aparición de la misma; estilo de vida generalmente asociado a aquellas personas que mantienen vínculo conyugal.⁽¹⁵⁾

En la bibliografía revisada se encontró asociación significativa entre las variables sexo, lugar de nacimiento y depresión con la aparición de demencia en personas mayores.^{(6), (16), (17)} En el presente estudio quizás no se evidenció dicha relación por las mejores condiciones socioculturales y de igualdad de género existentes en el país después del Triunfo de la Revolución. El lugar de estudio (ciudad), donde la gran mayoría de las personas mayores nacidas en zonas rurales viven desde hace casi más de 60 años, y debido a la existencia de un programa priorizado de salud en nuestro país dirigido entre otros aspectos a la atención y cuidado de la salud mental de las personas mayores.

Al igual que en el presente trabajo, diversos autores encontraron un mayor nivel educacional como un factor protector para desarrollar demencia. ^{(6), (8), (15), (16)}En cuanto a la comorbilidad su presencia fue hallada como factor de riesgo para presentar demencia.⁽¹⁴⁾ Las variables sexo y estado marital, han sido relacionadas en otras investigaciones como factor de riesgo para padecer demencia, ^{(5), (7), (9),(15), (16)}no así en la población estudiada, evidenciando una escasa influencia de las mismas sobre la aparición de demencia.

Conclusiones:

En la población estudiada existió una baja prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve, detectándose una alta prevalencia de demencia. La enfermedad Alzheimer fue la más frecuente de las demencias. La comorbilidad resultó ser el factor de riesgo para padecer demencia mientras un mayor nivel educacional se comportó con factor protector.

Referencias bibliográficas:

1. Llibre R.J; Valhuerdi C. A; López-M. A; Noriega F.L; Porto Á. R; et al. Cuba's Aging and Alzheimer Longitudinal Study. MEDICC Review, January 2017, [citado 26 oct 2019]; Vol 19, No 1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
2. Aguirre A. D.C, Muñoz C., Pineda D. A., Lopera F. Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana. Revista de neurología, Vol. 46, N° 12, 2008 [citado 26 oct 2019]; 709-(4).Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
3. Tamez B.M.V., Ribeiro-F.M.El divorcio, indicador de transformación social y familiar con impacto diferencial entre los sexos: estudio realizado en Nuevo León. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. CIEAP/UAEM, 216. [Citado 26 oct 2019]; Disponible en: <http://dx.doi.org>
4. Custodio N., Herrera E., Lira D., Montesinos R., Linares J., BendezúL. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? An. Fac. Med. v.73 n.4 Lima oct. /dic. 2012. [citado 26 oct 2019]; Disponible en: anales.medicina@unmsm.edu.pe

5. Sosa AL, Albanese E, Stephan BC, Dewey M, Acosta D, Ferri CP, et al. Prevalence, distribution, and impact of mild cognitive impairment in Latin America, China, and India: A 10/66 population-based study. PLoSMed. 2012; 9:e1001170. [citado 26 oct 2019]. Disponible en:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
6. Langa KM, Larson EB, Crimmins EM, Faul JD, Levine DA, Kabeto MU, et al. A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012. JAMA Internal Medicine [Internet]. 2017 Ene [citado 26 oct 2019]; 177(1): [aprox. 51p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=2789304>
7. Ángeles A.N.B., Escobar F.M. Prevalencia de demencias en una zona básica de salud de León. Centro de Salud Trobajo-Valverde, León, España. MED GEN Y FAM, 2015;4(1):5-9. [Citado 2 nov 2019]; Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
8. Niu H., Álvarez A.I., Guillen G.F., Aguinaga O.I., Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: meta análisis. Neurología. 2017; 32(8):523-532.
9. Wu Y-T, Ali G-C, Guerchet M, Prina AM, Chan KY, Prince M, et al. Prevalence of dementia in mainland China, Hong Kong and Taiwan: an updated systematic review and meta-analysis. International Journal Of Epidemiology [Internet]. 2018 Feb [citado 26 oct 2019]; [aprox. 0p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=2944428>
10. Pedro Abizanda Soler, Leocadio Rodríguez Mañas. Tratado de MEDICINA GERIÁTRICA. 2015.
11. Sharifi F, Fakhrzadeh H, Varmaghani M, Arzaghi SM, AlizadehKhoei M, Farzadfar F, et al. Prevalence of Dementia and Associated Factors among Older Adults in Iran: National Elderly Health Survey (NEHS). Archives Of Iranian Medicine [Internet]. 2016 Dic [citado 26 oct 2019]; 19(12): [aprox. 44p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=2799815>

12. Arrieta Antón E, Fernández Pascual L, González Rodríguez, Guerrero Díaz MT, López Merino P, et al. Guía de atención al paciente con demencia en atención primaria. Junta de Castilla y León [citado 26 oct2019]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria>
13. Libre R.J, Gutiérrez H.R. Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. Rev Cubana Salud Pública. 2014; 40(3). [citado 26 oct2019]. Disponible en: <https://scielo.sld.cu>
14. Timmons S, Manning E, Barrett A, Brady NM, Browne V, O'Shea E, et al. Dementia in older people admitted to hospital: a regional multi-hospital observational study of prevalence, associations and case recognition. Age and Ageing [Internet]. 2015 Nov [citado 26 oct2019]; 44(6): [aprox. 9p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=2642063>
15. Menéndez G. M., Martínez R. M., Fernández B., López M. A. Estilo de vida y riesgo de padecer demencia. iMedPubJournals 2011 Vol. 7 No. 3:1.[citado 26 oct2019]Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com>
16. Ashby-Mitchell K, Burns R, Anstey KJ, Shaw J. Proportion of dementia in Australia explained by common modifiable risk factors. Alzheimer's Research & Therapy [Internet].2017 Feb 17 [citado 26 oct 2019]; 9: [aprox. 8p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=12135450>
17. Ji Y, Shi Z, Zhang Y, Liu S, Liu S, Yue W, et al. Prevalence of dementia and main subtypes in rural northern China. Dementiaand Geriatric Cognitive Disorders [Internet].2015 [citado 26 oct2019]; 39(5–6): [aprox. 29p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=2579211>