



DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i1.1709>

Ciencias de la Salud
Artículo de investigación

*Deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria.
Hospital Clínico Quirúrgico "Comandante Faustino Pérez Hernández" 2016-2017*

*Mild cognitive impairment in elderly hospitalized in the Geriatrics service.
"Comandante Faustino Pérez Hernández" Clinical Surgical Hospital 2016-2017*

*Comprometimento cognitivo leve em idosos internados no serviço de Geriatria.
Hospital Clínico Cirúrgico "Comandante Faustino Pérez Hernández" 2016-2017*

Adnery Morejón-Milera ^I

adnerym.mtz@infomed.sld.cu

<http://orcid.org/0000-0001-9138-7949>

Yanelkis Rodríguez-Domínguez ^{III}

yrodez.mtz@infomed.sld.cu

<http://orcid.org/0000-0003-2267-1270>

Héctor Lima-Gutiérrez ^{III}

hectorl.mtz@infomed.sld.cu

<http://orcid.org/0000-0002-0487-718X>

Nurmy Hernández-Falcón ^{IV}

nurmis.mtz@infomed.sld.cu

<http://orcid.org/0000-0001-8194-3323>

Bárbara Madeleidys Martínez-González ^V

barbaraglez.mtz@infomed.sld.cu

<http://orcid.org/0000-0003-1226-0419>

Correspondencia: adnerym.mtz@infomed.sld.cu

***Recibido:** 20 de diciembre de 2020 ***Aceptado:** 12 de enero de 2021 * **Publicado:** 08 de febrero del 2021

- I. Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral y Gerontología-Geriatria, Máster en Urgencias Médicas, Profesor Instructor, Afiliación Hospital Faustino Pérez Hernández, Matanzas, Cuba.
- II. Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral y Gerontología-Geriatria, Máster en Urgencias Médicas, Profesor Instructor, Afiliación Hospital Faustino Pérez Hernández, Matanzas, Cuba.
- III. Especialista en Primer Grado en Gerontología y Geriatria, Profesor Asistente, Máster en Longevidad Satisfactoria, Afiliación Hospital Faustino Pérez Hernández, Matanzas, Cuba.
- IV. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatria, Profesor Asistente, Investigador Agregado, Máster en Longevidad Satisfactoria, Afiliación Hospital Faustino Pérez Hernández, Matanzas, Cuba.
- V. Especialista de Primer Grado en Gerontología y Geriatria, Profesor Asistente, Máster en Longevidad Satisfactoria, Afiliación Hospital Faustino Pérez Hernández, Matanzas, Cuba.

Resumen

Introducción: El deterioro cognitivo leve no cumple criterios suficientes para ser identificado como demencia y va acompañado de una relativa preservación de la independencia funcional. **Objetivo:** caracterizar el deterioro cognitivo leve en los ancianos ingresados en el servicio de Geriátrica en el año 2016-2017. **Material y Método:** estudio observacional descriptivo y transversal. El universo estuvo constituido por 58 pacientes. Para la recogida de la información se aplicó una entrevista estructurada. Se realizó la evaluación del estado cognitivo según el Minimental State Examination (MMSE), y el Test de Pfeiffer; se aplicó además el índice de Katz y la escala de Lawton para medir capacidad funcional. **Resultados:** predominó el sexo femenino con un 55.2%, las edades de 75- 79 años fueron la mayoría con un 44.8%, el nivel de escolaridad fue de un 65.5% con primaria terminada, el 39.7% estaban casados, predominó la Hipertensión Arterial con un 48.4% con el elevado uso de fármacos antihipertensivos en un 48,2%, más del 82% de los ancianos eran independientes para realizar actividades de la vida diaria, el dominio amnésico es el más representado con un 62%. **Conclusiones:** obtuvimos que a medida que aumenta la edad se eleva la prevalencia del deterioro cognitivo leve, más frecuente en el sexo femenino, procedentes del área rural, con bajo grado de escolaridad y casados. La principal comorbilidad fue la Hipertensión Arterial, con un elevado uso de antihipertensivos, los ancianos en su mayoría eran funcionales, y el principal dominio afectado correspondió al amnésico.

Palabras clave: Deterioro cognitivo leve; Demencia.

Abstract

Introduction: The deterioration light cognitive doesn't complete enough approaches to be identified as insanity and he/she goes accompanied by a relative preservation of the functional independence. **Objective:** to characterize the deterioration light cognitive in the old men entered in the service of Geriatrics in the year 2016-2017. **Material and Method:** I study observational descriptive and traverse. The universe was constituted by 58 patients. For the collection of the information a structured interview was applied. He/she was carried out the evaluation of the state cognitive according to the Minimental State Examination (MMSE), and the Test of Pfeiffer; it was also applied the index of Katz and the scale of Lawton to measure functional capacity. **Results:** the feminine sex prevailed with a 55.2%, las ages of 75 - 79 years were most with 44.8%, the

Deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital Clínico Quirúrgico
“Comandante Faustino Pérez Hernández” 2016-2017

escolaridad level was of 65.5% with primary finished, 39.7% was married, the Arterial Hypertension prevailed with 48.4% with the high use of antihypertensive fármacos in 48,2%, more than 82% of the old men they were independent to carry out activities of the daily life, the domain amnesiac is the more represented with 62%. Conclusiones:obtuvimos that as the age increases the prevalencia of the deterioration light cognitivo he/she rises, more frequent in the feminine sex, coming from the rural area, with low escolaridad grade and married. The main comorbilidad was the Arterial Hypertension, with a high use of antihypertensive, the old men in its majority were functional, and the main affected domain corresponded the amnesiac.

Keywords: Deterioration light cognitive; Insanity.

Resumo

Introdução: O comprometimento cognitivo leve não atende aos critérios suficientes para ser identificado como demência e é acompanhado por uma preservação relativa da independência funcional. Objetivo: caracterizar o comprometimento cognitivo leve em idosos internados em serviço de Geriatria no ano de 2016-2017. Material e Método: estudo observacional descritivo e transversal. O universo foi composto por 58 pacientes. Para coletar as informações, foi aplicada uma entrevista estruturada. A avaliação do estado cognitivo foi realizada segundo o Minimental State Examination (MMSE) e o Teste de Pfeiffer; O índice de Katz e a escala de Lawton também foram aplicados para medir a capacidade funcional. Resultados: o sexo feminino predominou com 55,2%, as idades de 75-79 anos foram majoritárias com 44,8%, a escolaridade foi de 65,5% com ensino fundamental completo, 39,7% eram casados, Hipertensão Arterial prevaleceu com 48,4% com alta uso de anti-hipertensivos em 48,2%, mais de 82% dos idosos eram independentes para realizar atividades de vida diária, o domínio amnésico é o mais representado com 62%. Conclusões: obtivemos que à medida que a idade aumenta, a prevalência de cognitivos leves aumenta a deficiência, mais frequente no sexo feminino, na zona rural, com baixa escolaridade e casada. A principal comorbidade foi Hipertensão Arterial, com alto uso de anti-hipertensivos, os idosos eram em sua maioria funcionais e o principal domínio afetado correspondeu ao amnésico.

Palavras-chave: Leve comprometimento cognitivo; Demência.

Introducción

La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales como pensar, recordar, comunicar, orientarse y calcular; esta función cambia con la edad. Si bien en algunos individuos permanece igual que en su juventud, la mayoría no aprenden cosas como antes, mientras que otros sufren de deterioro cognitivo leve (DCL) e incluso llegan a padecer la enfermedad de Alzheimer, que deteriora severamente a la persona. El DCL se caracteriza por un “deterioro que no cumple criterios suficientes para ser identificado como demencia y que va acompañado de una relativa preservación de la independencia funcional”.¹

En la actualidad el deterioro cognitivo refleja una disminución del rendimiento de al menos una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio, razonamiento, aprendizaje y la habilidad constructiva y visoespacial.² Es la causa contribuyente más importante de discapacidad, dependencia y mortalidad en los ancianos, mayor que la enfermedad cerebro vascular y las afecciones musculoesqueléticas, cardiovasculares y el cáncer.³

Esta entidad también es una consecuencia o se asocia a enfermedades crónicas vasculares como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular y sus factores de riesgo.⁴

Aún mantiene una gran aceptación la clasificación propuesta por Petersen et al que distingue cuatro tipos de DCL: DCL amnésico (afectación exclusiva de la memoria); DCL amnésico multidominio (alteración de otras funciones, además de la memoria, por ejemplo, lenguaje, funciones ejecutivas, función práxica, función gnósica, entre otras); DCL no amnésico (afectación exclusivamente de una función que no sea la memoria); y DCL no amnésico multidominio (alteración de más de una función que no sea la memoria).⁵

En Cuba país se describe actualmente una prevalencia del DCL de 7,76 -16,6 % en personas mayores de 65 años.⁶

Los mayores de 65 años de nuestra isla caribeña presentan elevada prevalencia de deterioro cognitivo leve, lo que significa que están en riesgo de desarrollar demencia.⁷ Se ha observado un alto riesgo de progresión a la demencia principalmente a la de Alzheimer en los años venideros, considerándose el DCL el escalón fundamental con un 10-15% de los casos. Varios estudios han demostrado que estos pacientes pueden progresar a otras demencias, como Demencia Vascular,

Mixta o Demencia Fronto-temporal.⁸ Actualmente en nuestro país existen 160.000 residentes que padecen demencias, número que ascenderá a 300.000 para 2030.⁹

Ante el envejecimiento poblacional que trae consigo un incremento de las personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles entre ellas, las demencias, que constituyen una de las primeras causas de discapacidad, dependencia y mortalidad; que demandan recursos económicos, sociales y de salud y al presentar la provincia de Matanzas uno de los índices de envejecimiento más elevados del país, se hace necesario e importante un adecuado diagnóstico del DCL como antesala de una demencia. En la bibliografía revisada por la autora no se encontraron estudios anteriores en nuestra provincia, lo cual pudiera constituir la novedad científica de la investigación.

Material y método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal en el servicio de Geriatría, perteneciente al Hospital Clínico Quirúrgico “Comandante Faustino Pérez Hernández” de la Ciudad de Matanzas, en el período comprendido de junio del 2016 a junio del 2017.

Inclusión:

- Tener 65 años y más de edad, de ambos sexos.
- Aquellos pacientes que luego de aplicarle el minimental de Folstein se diagnosticaron con deterioro cognitivo leve.
- Aceptación en la participación del estudio mediante firma de consentimiento informado por parte de un familiar directo o el anciano.
- Adultos mayores funcionales, según el índice de Katz, (Anexo 5) y Lawton y Brody, (Anexo 6).

Exclusión:

- Aquellos con diagnóstico de demencia, o que sufran otras enfermedades que comprometan su función cognitiva, como enfermedades psiquiátricas (psicosis, trastornos de la personalidad, trastornos de la percepción), neurológicas graves (infarto cerebral), enfermedades orgánicas, funcionales, metabólicas o infecciosas que condujeran a confusión mental aguda en el momento de la selección, pacientes con estado de depresión y aquellos con deprivación sensorial, auditiva y/o visual.

Universo:

El universo de estudio estuvo constituido por el total de pacientes de 65 años y más hospitalizados en el servicio de geriatría en el período de estudio diagnosticados con deterioro cognitivo leve.

Muestra: 58 pacientes.

Técnica y procedimientos

Para la recogida de la información se aplicó al universo en estudio, previo consentimiento informado, varias escalas y test, como son Minimental test, Pfeiffer, Katz y Lawton-Brody validadas a nivel nacional e internacional para determinar que pacientes presentaban deterioro cognitivo leve, su clasificación y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

Evaluación del estado cognitivo según el Minimental State Examination (MMSE), que es un instrumento de amplio uso en la investigación gerontológica, fue utilizado para evaluar la esfera mental. La puntuación máxima es de 30 puntos, entre 27 y 24 puntos es sugestivo de DCL, 23 o menos se considerará demencia. La prueba de Pfeiffer (SPMSQ) es un test breve que tiene escasa influencia de variables socioculturales, lo cual lo hace útil para aplicar en atención primaria y en estudios poblacionales, que nos permite clasificar los estadios del deterioro cognitivo.

Posteriormente a todos los ancianos con DCL se aplicó el índice de Katz, que consta de una serie de ítems para determinar la independencia de los pacientes en las actividades del diario vivir para evaluar las ABVD y la escala de Lawton y Brody que valora la independencia de los pacientes para desempeñar las AIVD.

Se aplicó un formulario en el que se recogió las diferentes variables a partir de la revisión de las historias clínicas geriátricas y las individuales.

Selección de variables

Las variables utilizadas se seleccionaron en correspondencia al problema científico y el sistema de objetivos trazados en la presente investigación: edad, sexo, nivel de escolaridad, estado civil, comorbilidades, fármacos, dominios y realización de actividades de la vida diaria.

Procesamiento de los datos:

Los datos obtenidos se procesaron según estadística descriptiva y se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas; los resultados se representaron en tablas.

Deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital Clínico Quirúrgico
"Comandante Faustino Pérez Hernández" 2016-2017

Se empleó el procesador estadístico SPSS versión 8.0 para Windows. El texto, las tablas y los gráficos se realizaron mediante la ayuda del editor de texto Microsoft Word y la hoja de cálculo de Microsoft Excel, todos productos de Microsoft Office 2010.

Resultados

Tabla 1: Deterioro cognitivo leve según relación edad-sexo en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria.
Hospital Clínico Quirúrgico "Comandante Faustino Pérez Hernández".

Grupos Etáreos.	Sexo Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
65-69	5	8,6	6	10,3	11	19,1
70-74	8	13,8	11	19,0	19	32,7
75-79	12	20,6	14	24,1	26	44,8
80 y mas	1	1,8	1	1,8	2	3,4
Total	26	100	32	100	58	100

La tabla # 1 demuestra que el porcentaje mayor de casos se presentó en el grupo de edades de 75-79 años con 26 paciente para un 44.8%, predominando el sexo femenino sobre el masculino en todos los grupos.

Tabla 2: Deterioro cognitivo leve según nivel de escolaridad en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria.
Hospital Clínico Quirúrgico "Comandante Faustino Pérez Hernández".

Escolaridad	No.	%
Iletrado	2	3,5
Primaria	38	65,5
Secundaria	16	27,5
Preuniversitario	2	3,5
Universitario	0	0,0
Total	58	100

Deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriátría. Hospital Clínico Quirúrgico
“Comandante Faustino Pérez Hernández” 2016-2017

La tabla # 2 describe que el 65.5% de los pacientes tienen un nivel de escolaridad primario, seguidamente del nivel secundario, el porcentaje va desapareciendo a medida que se eleva el nivel intelectual.

Tabla 3: Deterioro cognitivo leve según estado civil en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriátría. Hospital Clínico Quirúrgico “Comandante Faustino Pérez Hernández”.

Estado Civil	No.	%
Casado	23	39,7
Unión Consensual	12	20,6
Divorciado	8	13,9
Viudo	10	17,2
Soltero	5	8,6
Total	58	100

La tabla #3, corrobora que el mayor número de pacientes está representado por los de estado civil casado con un 39.7 %.

Tabla 4. Principales comorbilidades asociadas al deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriátría. Hospital Clínico Quirúrgico “Comandante Faustino Pérez Hernández”.

Patologías	No. (t-58)	%
Hipertensión Arterial	28	48,4
Diabetes Mellitus	24	41,4
Enfermedades Cerebrovasculares	6	10,3
Cardiopatía Isquémica	12	20,6
Dislipidemias	8	13,9
Tabaquismo	20	34,4
Alcoholismo	2	3,4

La tabla # 4 muestra las principales patologías relacionadas, donde predomina la Hipertensión Arterial con un 48.4%, como principal comorbilidad asociada, seguido de la Diabetes Mellitus con un 41.4 % y en un tercer lugar el tabaquismo con 34.4 %.

Deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital Clínico Quirúrgico
“Comandante Faustino Pérez Hernández” 2016-2017

Tabla 5: Deterioro cognitivo leve según capacidad para ABVD en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital Clínico Quirúrgico “Comandante Faustino Pérez Hernández”.

Actividades Básicas de la Vida Diaria	No.	%
Independiente	52	89,7
Dependencia Parcial	6	10,3
Dependencia Total	0	0,0
Total	58	100

La tabla # 5 describe la capacidad de los ancianos para realizar las ABVD, donde el 89.7 % de los mismos son independientes y solo el 10.3% demuestran dependencia parcial.

Tabla 6: Deterioro cognitivo leve según capacidad para AIVD en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital Clínico Quirúrgico “Comandante Faustino Pérez Hernández”.

Actividades Instrumentada de la Vida Diaria	No.	%
Independiente	48	82,7
Dependencia Leve	8	13,9
Dependencia Moderada	2	3,4
Dependencia Severa	0	0,0
Dependencia Total	0	0,0
Total	58	100

La tabla # 6 describe que más del 82% de los pacientes son independientes para realizar actividades instrumentadas de la vida diaria.

Tabla 7: Principales fármacos asociados al deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital Clínico Quirúrgico “Comandante Faustino Pérez Hernández”.

Fármacos Usados	No.	%
Antipsicóticos	5	8,6
Benzodiazepinas	18	31,0
Anticolinérgicos	7	12,0
AINE	13	22,4
Antihipertensivos	28	48,2
Antiagregantes Plaquetarios	21	36,2

Deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatría. Hospital Clínico Quirúrgico
“Comandante Faustino Pérez Hernández” 2016-2017

La tabla # 7 demuestra que los fármacos más usados durante nuestro estudio son los Antihipertensivos para un 48.2%, seguido por los Antiagregantes plaquetarios con un 36,2 %.

Tabla 8: Relación según los dominios del deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatría. Hospital Clínico Quirúrgico “Comandante Faustino Pérez Hernández”.

Dominios	No	%
DCL- Amnésico	36	62,0
DCL- Amnésico Multidominio	15	26,0
DCL- No Amnésico	6	10,3
DCL- No Amnésico Multidominio	1	1,7
Total	58	100

La tabla # 8, expresa la relación de los dominios del deterioro cognitivo leve, donde el dominio amnésico es el más representado con un 62 %.

Discusión

Al analizar los resultados del estudio, constituido por un universo de 58 pacientes ingresados en el servicio de geriatría del Hospital Clínico Quirúrgico Faustino Pérez Hernández de Matanzas se pudo comprobar que el porcentaje mayor de casos se presentó en el grupo de edades de 75- 79 años con 26 paciente para un 44.8%, predominando el sexo femenino sobre el masculino en todos los grupos. Estos resultados coinciden con estudios realizados en un área de salud de La Habana y de la provincia de Holguín, donde el mayor porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo correspondió a igual grupo.^{10, 11}

Sin embargo cabe destacar que en la mayoría de la bibliografías consultadas no coinciden con nuestro estudio, los grupos de mayor porcentaje están por encima de los 80 años, así se comportó en estudio realizado en Perú quien planteó la asociación entre la frecuencia del deterioro cognitivo con el incremento de la edad que es una relación ya definida en la literatura; siendo esta variable el principal factor de riesgo para el desarrollo de esta condición, donde muestra también que a mayor edad se asocia mayor severidad del deterioro cognitivo.¹²

Se confirma que a medida que se elevan los años así aparecen los trastornos en la cognición. La pérdida subjetiva de memoria es frecuente y también en la práctica clínica, el porcentaje se incrementa con el envejecimiento (puede alcanzar al 75 % en los mayores de 75 años).¹³ Debemos

Deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital Clínico Quirúrgico
“Comandante Faustino Pérez Hernández” 2016-2017

destacar que dentro de los cambios relacionados con el envejecimiento se encuentra la disminución del peso del cerebro (el peso máximo medio a los 90 años es un 15-20 % menor que el existente a los 25-30 años) y algunos grupos de neuronas pueden reducirse por la muerte celular.

La esperanza de vida es mayor en las mujeres que en los hombres aún para los de 80 años y más, producto a la mayor mortalidad de los hombres, por lo que su longevidad constituye la primera causa de prevalencia.

A nivel nacional comienza la población femenina a superar en cantidad a la masculina en proporción creciente con la edad, de modo que ellas llegan a representar el 57% de las personas con 85 o más años.

El 65.5% de los pacientes tuvieron un nivel de escolaridad primario, mostrando semejanza con Gonzales Fabián y colaboradores en su estudio donde el nivel educacional era bajo: analfabeto o primario (71,4 %). 14

McKhann ha sugerido que las personas que tienen alto nivel de educación tienen un riesgo menor de presentar deterioro cognitivo, plantea que aquellos individuos educados poseen mayores sinapsis corticales que los iletrados y están más capacitados para hacer frente al deterioro causado por la pérdida neuronal característica de la demencia.15

En estudios realizados en Perú y España, mostraron cifras similares de un 72,1% y 60% de ancianos con estudios primarios, respectivamente. 16,17

Según la revista americana Neurology tener una educación de secundaria o inferior también se relacionó con un mayor riesgo y el estudio halló que la combinación de ser hombre y carecer de educación universitaria conllevaba un “riesgo inesperadamente alto” de deterioro sin pérdida de memoria.18

El nivel elevado de educación protege contra la demencia. Se han propuesto varios mecanismos por los cuales una actividad neuronal alta podría influir favorablemente en la regulación de los depósitos de la proteína beta-amiloide, lo cual impide o retrasa el proceso de la demencia. El efecto del nivel de escolaridad, pospone la aparición del deterioro en un momento en el tiempo, pero en algunas ocasiones acelera el proceso de deterioro cognitivo una vez que se ha manifestado.

La mayoría de nuestros ancianos eran casados con un 39.7 %, seguido por los acompañados y posteriormente los viudos, concordando con cifras recogidas en otros estudios realizados en diferentes países.

Deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital Clínico Quirúrgico
“Comandante Faustino Pérez Hernández” 2016-2017

Bórquez describió en su estudio realizado en México que la mayoría de los ancianos con deterioro cognitivo eran casados para un 50.5%, seguido por viudos 40.2 y solteros 9.4, destaca como novedoso que las mujeres eran viudas en su mayoría (56.6%), mientras que la mayoría de los hombres vivían en pareja (71.3%).¹³

Escarbajal de Haros planteo que en cuanto a variables socio demográficas, el 56.6% son personas casadas, el 40% viudas y el 3.3% solteras.¹⁷

La convivencia en pareja puede evitar el déficit cognitivo a escala mundial, así como el acompañamiento familiar; en las personas ancianas lo más importante es su familia, dejando de tener tanta importancia el resto del entorno social, crea una serie de interrelaciones entre ambos (familia y anciano) que van a marcar en gran medida su evolución posterior.

De forma general el hecho de no estar acompañados dígase: solteros, viudos y divorciados, representan un mayor grado de soledad, poco apoyo familiar e interfiere en las relaciones interpersonales y la socialización, estos pueden ser algunos de los factores que desencadenen problemas patológicos o de enfermedad, reconociéndose en especial su desarrollo en el DCL.

Diferentes enfermedades crónicas pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de una demencia y por tanto afectar el estado cognitivo del paciente que las padece.¹⁹ Dentro de las principales patologías relacionadas predomino la Hipertensión Arterial con un 48.4%, seguido de la Diabetes Mellitus con un 41.4 % y en un tercer lugar el tabaquismo con 34.4 %, que en relación a otras literaturas se comportan muy similar a nuestro estudio, describiendo en primer lugar la HTA como principal factor de riesgo.

La HTA (51,2 %), la cardiopatía isquémica (34,1 %) y el hábito de fumar (24,4 %) fueron los factores de riesgo más frecuentes detectados en los pacientes con deterioro cognitivo, ambos están asociados de manera importante al deterioro cognitivo vascular, así se evidenció en estudio realizado en dos áreas de salud de la Ciudad Habana.^{10, 14}

En España se demostró que dentro de las enfermedades crónicas, encontraron que la hipertensión arterial es la que presenta mayor prevalencia, con un 48,3% de los casos recogidos. Describe además que la combinación de hipertensión arterial elevada (>160 mmHg) e hipercolesterolemia (>250 mg/dL) se asocia a un mayor riesgo de sufrir demencia en el futuro.²⁰

Las enfermedades crónicas como la HTA, Diabetes Mellitus, EVE, Hiperlipidemias y el hábito de fumar son factores de riesgos sobre la esfera vascular siendo la antesala de múltiples lesiones que

Deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatría. Hospital Clínico Quirúrgico
“Comandante Faustino Pérez Hernández” 2016-2017

luego repercuten en el SNC. Existen evidencias de que los problemas cardiovasculares pueden conducir a la enfermedad de Alzheimer y que tratar el corazón podría ayudar a proteger el cerebro. La lesión cerebral vascular ocasionada por la hipertensión o un infarto es un factor de riesgo del deterioro cognitivo, más determinante que la aparición de placas amiloides en el cerebro, sin dejar de mencionar su posterior evolución a las Demencias Vasculares y Mixtas.

Podemos afirmar que, en el anciano sin enfermedades, los cambios cognitivos son mínimos, no detectables clínicamente y no causan ninguna incapacidad.

La funcionabilidad de las personas de la tercera edad es de vital importancia en el desarrollo de su calidad de vida; así se evidenció en la realización de las ABVD, donde el 89.7 % de los mismos son independientes y solo el 10.3% demuestran dependencia parcial, nuestro estudio evidencia semejanzas con las literaturas estudiadas de forma general.

El grado de incapacidad funcional se correspondió con el grado de deterioro cognitivo, la mayoría de las personas con DCL no presentaron alteraciones funcionales en las actividades de la vida diaria (57 %) y entre los que presentaron incapacidad funcional, el grado ligero (27,4 %) según estudio realizado en el municipio Plaza.10

Escarbajal de Haro describe que el 43,8 % de los pacientes con deterioro cognitivo no tuvieron incapacidad funcional, un 34,4 % mostraron incapacidad funcional ligera, según los resultados de la escala de incapacidad funcional de Crichton.17

Estos resultados son similares a los obtenidos en la investigación efectuada en el Policlínico Rampa, donde se detectó que el 43,8 % de los pacientes con deterioro cognitivo no presentaba incapacidad funcional y de los que la presentaron, la mayoría fue ligera (34,9 %).14

La autonomía funcional es de vital importancia ante el diagnóstico del deterioro cognitivo, pues es uno de los criterios para plantear dicha hipótesis. Las dificultades para las tareas de autocuidados o actividades de la vida diaria básicas afectan a un menor número de personas, pero demuestran situaciones de gravedad una vez aparecidas; significa que el individuo ha perdido su autonomía y precisa depender de otra persona.

Las AIVD también nos ayudan para el diagnóstico de la funcionabilidad del anciano. Se apreció que más del 80% de los pacientes fueron independientes, 8 de ellos dependientes leves y solo 2 moderados.

Deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatría. Hospital Clínico Quirúrgico
“Comandante Faustino Pérez Hernández” 2016-2017

Luis Varela en estudio realizado en Perú encontró asociación entre la presencia de deterioro cognitivo y la frecuencia de inmovilidad; en cuanto al nivel de funcionalidad se observó que a mayor grado de deterioro cognitivo, mayor compromiso funcional; lo que muestra el impacto de esta condición sobre la funcionalidad, lo que ya ha sido evidenciado en estudios previos donde se observa que la pérdida de orientación y memoria tienen un mayor valor predictivo para el desarrollo de un problema funcional. 12

Bórquez plantea que el DCL sigue siendo una entidad ampliamente debatida. Las recientes tendencias internacionales de investigación nos ayudan a clarificar el DCL como un síndrome en el que hay una alteración cognitiva y una preocupación, pero que no llega a interferir en la funcionalidad habitual.13

Mora-Simón et al, aborda que la interferencia en las actividades instrumentales de la vida diaria se debe a una causa física o a una alteración cognitiva. En este sentido, recientemente se ha observado que pacientes con DCL tipo amnésico podrían mostrar un patrón de actividades instrumentales de la vida diaria sobre las que presentarían más dificultades, como recordar citas, acontecimientos familiares y vacaciones, o el manejo de dinero y medicación.21

La movilidad reducida en las personas restringe su ámbito de participación, pues muchos no salen de casa, no pueden trasladarse en autobús, ni realizar compras (actividades instrumentada de la vida diaria), pues implica movilidad y así van reduciendo su espacio vital a su propia casa y lentamente se van convirtiendo en autoexcluidos sociales que no se benefician de la vida en sociedad. Las AIVD están mayormente afectadas por lo que debemos reconocer que tienen mayor grado de complejidad que las básicas, por lo que en ocasiones encontramos mayor dificultad para realizar dichas actividades, además de la presencia de múltiples comorbilidades que interfieren en su realización, así como algunos fármacos que también deterioran la funcionabilidad de los ancianos.

Desde hace varios años se ha observado un incremento progresivo en la utilización de múltiples fármacos en el tratamiento de los pacientes de la tercera edad, sin tener en cuenta aquellos que producen toxicidad cognitiva, como son las benzodiazepinas, hipnóticos, antidepresivos y antipsicóticos. Se demostró que los fármacos más usados durante nuestro estudio fueron los Antihipertensivos para un 48.2%, seguido por los Antiagregantes plaquetarios, no mostrando similitud con estudios revisados.

Deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriátrica. Hospital Clínico Quirúrgico
“Comandante Faustino Pérez Hernández” 2016-2017

Hervás planteó, Cerca del 50% consumen fármacos que pueden alterar el estado cognitivo el más consumido es el de las benzodiazepinas (70,5%), seguidas de los antidepresivos (18,8%), los hipnóticos (9,6%) y los antipsicóticos (1,1%), (independientemente de la edad, de la educación, del consumo de alcohol y tabaco y del grado de depresión y ansiedad).²⁰ Estas drogas están implicadas en un mayor riesgo de caídas en personas ancianas. En otros estudios el consumo de benzodiazepinas (tanto de acción corta como de acción larga), se relaciona con el deterioro de la funcionalidad (definida como pérdida de habilidades para realizar tareas pesadas, referenciada por los propios pacientes).¹⁸

El consumo de fármacos aumenta en los diferentes grupos de edades y está influenciado por la presencia de múltiples enfermedades de base (la presencia de factores de riesgo cardiovascular – hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia), así como el estado de ansiedad-insomnio. Al mismo está dado por su comportamiento heterogéneo, así como la inadecuada prescripción, la automedicación y el abuso de medicamentos por parte del personal médico. Por lo que es necesario hacer uso racional de los fármacos, evitando, siempre que sea posible, aquellos que tengan potencial toxicidad cognitiva. No debemos olvidar que la polifarmacia contribuye en cierto grado al desarrollo del deterioro cognitivo.

En el DCL además de la memoria se pueden ver afectadas otras funciones cognitivas como son: funciones ejecutivas, capacidad visuoespacial, cálculo o lenguaje. Según la relación de los dominios del deterioro cognitivo leve, vemos que el dominio amnésico es el más representado con un total de 36 personas, coincidiendo con otras bibliografías revisadas que describen al mismo como de mayor prevalencia.

Petersen encuentra al DCL-a como el más frecuente. El DCL amnésico puro podría considerarse como una etapa inicial de la EA. En este caso, solo se produce un déficit en la memoria presentando puntuaciones en el Mini Mental State Examination entre 24-27 puntos. Es el más frecuente y sobre el que más estudios se han realizado, entre ellos los del grupo de la Clínica Mayo.²²

En estudios nacionales se reflejó concordancia respecto a los resultados del estudio neuropsicológico, donde la memoria mediata estuvo afectada en el 100 % de los pacientes con deterioro cognitivo, seguida por la atención-cálculo (97,6 %) y el lenguaje (95,1 %).¹⁴

Los estudios epidemiológicos realizados por Custodio Nilton en Lima, muestran una elevada prevalencia de DCL en la población general. Asimismo, se ha documentado la progresión de DCL a demencia y EA, sobre todo en sujetos con DCL del tipo amnésico.¹⁶

Los pacientes con DCL manifiestan principalmente deterioro de memoria, sobre todo memoria episódica; siendo conscientes de sus deficiencias, a diferencia de lo que ocurre en EA, en que la conciencia de sus déficits está comprometida, las alteraciones de las funciones cognitivas pueden variar según el tipo de demencia. La afectación de cada una de las áreas cognitivas podría relacionarse con la fase inicial de un proceso neurodegenerativo. Se ha documentado la progresión de DCL a los diferentes tipos de demencia, sobre todo en sujetos con DCL del tipo amnésico, por lo que se hace de vital importancia el diagnóstico temprano del mismo.

A medida que aumenta la edad se eleva la prevalencia del deterioro cognitivo leve, siendo más frecuente en el sexo femenino. La mayoría de los ancianos procedían de áreas rurales, presentaban bajo grado de escolaridad y estaban casados. La principal comorbilidad fue la Hipertensión Arterial, con un elevado por ciento en el uso de antihipertensivos, los ancianos presentaron relativa independencia para realizar las ABVD y AIVD, donde el principal dominio afectado del deterioro cognitivo leve correspondió al amnésico.

Referencias

1. Sánchez AM, Arévalo K, Vallecilla M, Quijano MC, Arabia J. La memoria audio-verbal en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y un grupo control. *Revista CES Psicología* 2014; 7(1):35-47.
2. Rodríguez Cabrera A, Álvarez Vázquez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. *Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]*. 2006 Jun; 32(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200013&lng=es. Consultado marzo 23, 2014.
3. Anuario estadístico de salud 2017.
4. Annear MJ, Towe C, McInerney F, Eccleston C, Tranter B, Elliott KE, Robinson A. What should we know about dementia in the 21st Century? A Delphi consensus study. *BMC Geriatric*. 2015; 15: 5.

Deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital Clínico Quirúrgico
"Comandante Faustino Pérez Hernández" 2016-2017

5. Petersen RC, Caracciolo B, Baryne C, Gauthier S, Jelic V, Fratiglioni L. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *Journal of Internal Medicine* 2014; 275(3): 214-28.
6. Revista Cubana de Medicina General. 2017. vol 33, tomo 4. Disponible en: <https://www.scielo.sld.cu>.
7. López Guerreño M. Cuba se hace vieja. Por Central Informativa - 26 Marzo, 2017. <https://www.redadultomayor.org/cuba-se-hace-vieja/>
8. Valeria Patti Gelabert. Diferencias entre: Envejecimiento normal, Deterioro Cognitivo Leve y Demencia. Enero, 2017. Archivo del Autor valeria.pattig@gmail.com.
9. Atención a las demencias en Cuba requiere enfoque de género. Salud y Ciencia Redacción IPS Cuba 2 julio, 2018.
10. Monteagudo Torres M., et al. Evaluación del estado cognitivo de los adultos mayores de 60 años, en un área de salud del Policlínico Docente Plaza de la Revolución. *Rev cubana med v.48 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2009*.
11. Ávila Oliva M.M, Vázquez Morales E, Gutiérrez Mora M. Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. Policlínico Universitario de la Familia "Alcides Pino" Carretera Gibara, Holguín. Centro de Información y Gestión Tecnológica (CIGET). Marzo del 2010.
12. Luis Varela P., Helver Chávez J., Miguel Gálvez C., Francisco Méndez S. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev. Soc. Per. Med. Inter.* 17(2) 2014.
13. Bórquez Arce Influencia de la ocupación en el deterioro cognitivo de los adultos mayores mexicanos. Tijuana Baja California, México. 2016.
14. González Fabián J.L, Gómez Viera N, González González J.L, Marín Díaz M.E. Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico "La Rampa". *Rev Cubana Med Gen Integr v.22 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2006*. © Publicado por: Editorial Ciencias Médicas. 2016.
15. McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., Klunk, W. E., et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 7(3), 263-9. Elsevier Ltd. doi: 10.2016.

Deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatría. Hospital Clínico Quirúrgico
“Comandante Faustino Pérez Hernández” 2016-2017

16. Custodio N, Herrera E, Lira D, Montesinos R, Bendezú L. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. versión impresa ISSN 1025-5583. An. Fac. med. v.73 n.4 Lima oct. /dic. 2014.
17. Escarbajal de Haro, A; Martínez de Miguel López, S; Romero Sánchez, J. El deterioro cognitivo leve en personas mayores usuarias de centros municipales de la Región de Murcia (España). Anales de Psicología, vol. 32, núm. 1, enero, 2016, pp. 234-240
18. R.O. Roberts, et. Al. The incidence of MCI differs by subtype and is higher in men: The Mayo Clinic Study of Aging. Neurology, publicado enero 25/2016.
19. Martin Shipley, A united approach to vascular disease and neurodegeneration. The Lancet Neurology, Volume 13, Issue 4, Page 293, April 2016.
20. Hervás, M.A. Arizcuren, E. García de Jalón, G. Tiberio, T. Forcén. Influencia de variables socio-sanitarias en la situación del estado cognitivo y de ánimo en los pacientes geriátricos de un centro de salud España. Mayo 2016.
21. Mora-Simón S, García-García R, Perea-Bartolomé M.V, Ladera-Fernández V, Unzueta-Arce J, Patino-Alonso M, Rodríguez Sánchez E. Deterioro cognitivo leve, detección temprana y nuevas. Tomado del Boletín de Prensa Latina Copyright 2015; Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina S.A.
22. Petersen RC, et al Current concepts in mild cognitive impairment. Archives of Neurology 2015 [consultado enero 2016].