Artículos originales

Rasgos distintivos de la comorbilidad y funcionalidad en ancianos institucionalizados con deterioro cognitivo y demencia

Distinctive Features of Comorbidity and Functional Performance in Institutionalized Elderly Patients with Cognitive Impairment and Dementia

Armando Carlos Roca Socarras[1] Kenneth Henriette[2] Alexander Ramírez Rojas[3] Christina Prosper[4]

[1] Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin, Holguín, Holguín, Cuba
[2] Hospital General, Seychelles
[3] Hospital Docente Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez Landín, Holguín, Holguín, Cuba
[4] Hogar de Ancianos del Distrito North East Point, Mahé, Seychelles

Cómo citar este artículo:
Roca-Socarras A, Henriette K, Ramírez-Rojas A, Prosper C. Rasgos distintivos de la comorbilidad y funcionalidad en ancianos institucionalizados con deterioro cognitivo y demencia. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2013 [citado 2025 Jul 15]; 3(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/192

Resumen

Fundamento: altos niveles de comorbilidad y el declinar funcional están estrechamente relacionados con la mortalidad a corto plazo y la pobre calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas.
Objetivo: determinar la asociación del deterioro cognitivo con la alta comorbilidad y el declinar funcional en personas mayores institucionalizadas.
Métodos: estudio descriptivo de 156 pacientes ingresados en un hogar de ancianos ubicado en Mahé, Seychelles, entre el 2010 y el 2012. Se analizó el comportamiento de los adultos mayores en relación con: presencia de deterioro cognitivo y demencia, edad, sexo, enfermedades crónicas no transmisibles, niveles de comorbilidad, declinar funcional, filtrado glomerular estimado, polifarmacia, y años de escolaridad. En la evaluación de la comorbilidad se utilizó el Índice de Charlson en su versión abreviada y en la valoración funcional el Índice de Barthel.
Resultados: el 57,7 % de los residentes presentaron deterioro cognitivo o demencia, de ellos el 66,7 % pertenecieron al sexo masculino. Los pacientes con deterioro cognitivo y demencia analizados en el estudio tuvieron una mayor probabilidad de padecer alta comorbilidad (OR: 5,88; intervalo de confianza del 95% [IC95]: 5,42-6,33) y peor desempeño funcional (OR: 20,53; IC95%: 19,54-21,29) que los casos institucionalizados sin estas entidades. Otras variables estudiadas en los casos con deterioro cognitivo como la edad, presencia de polifarmacia, filtrado glomerular estimado y años de escolaridad mostraron diferencias significativas en comparación con los adultos mayores sin deterioro cognitivo.
Conclusiones: los pacientes con deterioro cognitivo tienen una comorbilidad y deterioro funcional superior a los casos sin deterioro cognitivo. Se constata asociación del deterioro cognitivo con la alta comorbilidad y un peor desempeño funcional.

Palabras clave: comorbilidad, anciano frágil, trastornos del conocimiento, demencia, salud del anciano institucionalizado

Abstract

Background: high levels of comorbidity and functional decline are closely related to short-term mortality and poor quality of life in institutionalized elderly individuals.
Objective: to determine the association of cognitive impairment with high comorbidity and functional decline in institutionalized elderly patients.
Methods: a descriptive study was conducted involving 156 patients admitted to a nursing home in Mahé, Seychelles, from 2010 and 2012. They were studied in relation to: presence of cognitive impairment and dementia, age, sex, non-communicable diseases, levels of comorbidity, functional decline, glomerular filtration rate, polypharmacy and schooling level. A short form of the Charlson Index was used to evaluate comorbidity and the Barthel Index was applied for functional assessment.
Results: A total of 57,7 % patients suffered from cognitive impairment and dementia, 66,7 % of them were males. Study patients with cognitive impairment and dementia were more likely to have high comorbidity (OR: 5.88; 95 % confidence interval [IC95]: 5,42 to 6,33) and worse functional performance (OR: 20.53; IC95%:19,54 to 21,29) than institutionalized cases without these entities. Other variables analysed in cognitively impaired patients such as age, polypharmacy, glomerular filtration rate and schooling level showed significant differences compared to the elderly without cognitive impairment.
Conclusions: patients with cognitive impairment and functional decline have higher comorbidity than those without these entities. Association of cognitive impairment with high comorbidity and worse functional performance is observed.

Key words: comorbidity, frail elderly, cognition disorders, dementia, health of institucionalized elderly

Recibido: 2013-03-31 00:49:05
Aprobado: 2013-07-01 11:17:47

Correspondencia: Armando Carlos Roca Socarras. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. aroca@hvil.hlg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El deterioro cognitivo (DC) tiene un impacto en la capacidad individual para valorar, procesar y recordar información. Las personas con un fallo cognitivo profundo van a necesitar asistencia en cada aspecto de la vida diaria.

Con el progreso de la demencia su particularidad más visible se encuentra en la dependencia, que es proporcional al incremento de la severidad de la enfermedad, en la realización de las actividades de la vida diaria y la subsecuente pérdida de independencia. Paulatinamente el deterioro cognitivo, funcional y en el comportamiento, coloca al paciente en un alto riesgo de institucionalización.[1]

En las residencias para ancianos de los países de altos ingresos han sido identificados como factores determinantes para la admisión: el pobre desempeño funcional, la disminución de las funciones cognitivas, y los problemas sociales.[2-5]

Deterioro cognitivo y demencia son condiciones altamente prevalentes en el medio residencial, donde los pacientes tienen una alta comorbilidad y un pobre desempeño funcional.[6-9]

Esta tendencia está descrita fundamentalmente en países desarrollados de Europa, Norteamérica, y de forma aislada en otros países en desarrollo de América Latina, sin embargo, lo que sucede en África es totalmente desconocido.

Resulta de vital importancia establecer registros, debido a que niveles altos de comorbilidad y el declinar funcional están estrechamente relacionados con la mortalidad a corto plazo y una pobre calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas.[9,10]

Por otra parte, el grupo poblacional de los adultos mayores está incrementando vertiginosamente su número en las naciones de bajos ingresos y por lo tanto es previsible el aumento de los problemas de salud como las demencias. En el caso de la República de Seychelles cerró el 2012 con un envejecimiento poblacional del 12 %, por lo que constituyó el estado insular con mayor proporción de ancianos en África y el océano Índico.[11]

Dos estudios anteriores realizados en diferentes escenarios asistenciales de Seychelles mostraron que el DC, la demencia y sus factores de riesgos se encuentran con frecuencia en el archipiélago.[12,13]

Por lo que el objetivo de este trabajo es: determinar la asociación del deterioro cognitivo con la alta comorbilidad y el declinar funcional en personas mayores institucionalizadas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos de los adultos mayores que ingresaron en el *Regional Home for the Elderly* (hogar de ancianos) del distrito de North East Point en la isla de Mahé, Seychelles.

El universo del estudio estuvo constituido por todos los ancianos admitidos desde el 1 de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2012. Fueron excluidos del estudio los pacientes que presentaron historia de esquizofrenia (9 casos), retraso mental (1), traumatismos craneales con secuelas neurológicas (2 casos), fallecidos durante el proceso de evaluación (3 casos) y ausencia de informador fiable o negativa de estos a realizar el Test del Informador (2 casos).

Finalmente se evaluaron 156 residentes, todos con más de un mes de admisión en la institución, además se revisaron sus historias clínicas.

Se analizó el comportamiento de la comorbilidad y funcionalidad en ancianos institucionalizados, así como su asociación con la presencia de deterioro cognitivo.

Se incluyeron en los análisis variables como: la edad, sexo, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), presencia de demencia y tipo, filtrado glomerular estimado (FGE), consumo de medicamentos de prescripción crónica y años de estudios terminados.

Para determinar la existencia de DC fue utilizado el Mini Examen Cognitivo de Folstein (MEC) con un punto de corte de acuerdo a los criterios de Crum en el ajuste por edad y años de escolaridad.14 Por otra parte se utilizó el Test del Informador (IQCODE) con un punto de corte en 3,4 para su versión abreviada en inglés de 16 preguntas. Los autores consideraron la presencia de DC cuando la puntuación estuvo por debajo del punto de corte en una de las dos pruebas. Los pacientes con antecedentes de demencia (7 casos) fueron reevaluados.

El MEC no fue utilizado en la evaluación de los pacientes con hipoacusia severa y afasia, no obstante se incluyeron en el estudio al evaluarlos con el Test del Informador.

En la valoración del deterioro funcional fue utilizado el Índice de Barthel en su versión modificada por Granger.[15]

Los pacientes se clasificaron en:

- Independientes: cuando alcanzaron una puntuación de 100.
- Con dependencia leve: puntuación de 61-9.
- Dependencia moderada: puntuación de 41-60.
- Dependencia severa: puntuación de 21-40.
- Dependencia total: puntuación de 0-20.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG-Y) abreviada a 15 preguntas fue el instrumento aplicado a los residentes del hogar de ancianos para el diagnóstico de depresión. Esta herramienta no se administró a los pacientes con resultados en el MEC de 14 puntos o menos.

El Índice de Comorbilidad de Charlson (ICCh) en su versión abreviada se utilizó para determinar la comorbilidad. Los autores de la investigación lo calcularon al tomar en consideración las ECNT que formaban parte de este índice, registradas en las historias clínicas durante los últimos 5 años. En el registro de las ECNT se tuvieron en cuenta criterios diagnósticos para la hipertensión arterial (HTA), enfermedad cerebrovascular (ECV), cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), diabetes mellitus (DM), insuficiencia arterial periférica crónica (IAP), enfermedad renal crónica (ERC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el cáncer.

La comorbilidad fue clasificada por el ICCh en alta: cuando los pacientes alcanzaron una puntuación de 3 o más, baja: con registros de 2 y ausente por puntuaciones de 0 y 1.

La variable edad se analizó de acuerdo a lo años cumplidos (60 años o más) y el sexo según sexo biológico. Una vez determinados los pacientes de acuerdo a la variable edad fueron divididos en grupos de 60 a 74 años, 75 a 89 años y mayores de 90 años.

El FGE se determinó mediante la fórmula de Cockcroft y su resultado expresado en mmol/l.[16, 17] Su determinación fue incluida en la investigación debido a la relación que existe entre la ERC y morbimortalidad.[18]

En general se utilizaron los criterios del DSM IV para el diagnóstico de demencia. Entre las formas específicas de demencia los autores realizaron el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer de acuerdo a los criterios NINCDS-ADRDA, en el caso de la demencia vascular con los criterios NINDS-AIREN, y para diagnosticar la demencia mixta la Escala Isquémica de Hachinsky. En la demencia por cuerpos de Lewy se utilizaron los criterios de consenso para el diagnóstico de posible demencia. Los casos con deterioro cognitivo sin demencia tuvieron una puntuación por debajo del punto de corte del MEC, Test del Informador o ambos pero no reunieron criterios de algún tipo de demencia.

En la investigación los pacientes tuvieron analíticas de estudios hematológicos, bioquímicos, e imagenológicos para descartar otras causas de demencia, fundamentalmente las reversibles, y enfermedades crónicas no transmisibles que siguen patrones de deterioro progresivo semejantes.

Por otra parte, los autores descartaron la presencia de un tratamiento con dosis de psicofármacos u otro tipo de medicación responsable del declinar funcional y cognitivo.

Los medicamentos de prescripción crónica (medicamentos PC) se obtuvieron a través de las historias clínicas, se registraron los relacionados con las ECNT evaluadas. Los criterios de polifarmacia utilizados respondieron a las normativas de la Organización Mundial de la Salud. Fue incluido el análisis de los medicamentos PC en los ancianos debido a su estrecha relación con la comorbilidad y funcionalidad.[19,20]

Las evaluaciones incluidas en el estudio fueron realizadas a cada uno de los casos por los autores.

Durante la interpretación y análisis de los datos se confeccionaron tablas multivariantes de asociación de variables. Los resultados se expresaron en números absolutos y porcentajes, medidas de tendencia central (media), variabilidad [desviación estándar (DE)] y correlación no paramétrica [ji cuadrada (x2) con test exacto de Fisher, coeficiente rho de Spearman y prueba de Wilcoxon] con un nivel de significación de 0,05.

El grado de correlación entre las variables fue establecido con el uso del coeficiente de correlación por rangos de Spearman.

Entre el grupo de pacientes con DC y sin DC (nDC) fueron analizadas diferencias en las medias de variables continuas con la prueba de Wilcoxon.

Previo al cálculo de los odd ratios (OR) fue determinada la bondad de ajuste de las distribuciones a la curva normal con la prueba de Kolmogórov-Smirnov (prueba K-S). Se determinaron los intervalos de confianza del 95 %. Los autores no reflejaron el intervalo de confianza de OR menor de 1 por ausencia de valor estadístico para la investigación.

La significación estadística del OR fue calculada con el test exacto de Fisher.

El procesamiento de los datos se realizó con el paquete *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versión 17 a partir de una base de datos creada en el programa Microsoft Excel de Windows 7 Ultimate 2009.

RESULTADOS

La información del Test del Informador en los ancianos con DC fue proporcionada en un 39 % por hijos/as, 13,3 % sobrinos/as, 11,1 % nietos/as, 10 % hermanos/as, 8,9 % amigos, 7,8 hijos adoptivos, 3,3 % primos, 3,3 % esposa, y 3,3 % cuidador.

Entre los adultos mayores institucionalizados los autores encontraron 44 casos (48,9 %) que reunieron los criterios de enfermedad de Alzheimer, 30 casos (33,3 %) diagnosticados como demencia vascular, 4 (4,4 %) casos como mixta y enfermedad por cuerpos difusos de Lewy en 2 (2,2 %) residentes. Existieron 10 (11,1 %) pacientes con DC sin demencia; estos casos tuvieron una comorbilidad [ICCh=1,5(±0,97)] y deterioro funcional [Barthel=54,3(±12,61)] menor que los pacientes con demencia [ICCh=2,2(±1,13)]-[Barthel=16,2(±16,38)].

La HTA fue la ECNT que estuvo presente con mayor frecuencia en 57 pacientes con DC. El fármaco de prescripción crónica más utilizado por los pacientes fue el amlodipino con 37 indicaciones en los residentes con DC.

Los registros del desempeño en el MEC se obtuvieron de 87 pacientes con DC. La escala de depresión geriátrica de Yesavage no se aplicó en 59 casos con DC por presentar valores en el MEC de 14 o menos, y en otros 3 casos por hipoacusia severa.
El 27 % (24) de los ancianos con DC analizados tenían antecedentes de estudios de la función tiroidea durante los últimos 3 años. La analítica hematológica básica encontró anemia ligera en 19 pacientes (21 %), no se halló macrocitosis o hipercromía entre los hallazgos.

En Seychelles no se dosifica vitamina B12 de forma rutinaria, sin embargo los adultos mayores contaron con un examen físico completo, que incluyó las esferas digestiva y neurológica, y de otros parámetros hematológicos que complementaron el diagnóstico de su carencia. Además fueron realizadas investigaciones para electrolitos (normales-100 %), glicemia (normales), serología para sífilis (negativa-100 %), pruebas funcionales renales (reflejadas en el estudio) y hepáticas (alteradas en 11 casos); estos dos últimos resultados en relación con patologías crónicas no transmisibles. Dentro de los complementarios opcionales los residentes contaron con serología VIH (negativa-100 %) y sedimento de orina (negativo-100 %). El 94,4 % (85) de los ancianos tuvieron estudios de tomografía axial computarizada cerebral durante los últimos 3 años. En solo 9 pacientes había registros de resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral. (Tabla 1).

Tabla 1. Características de los ancianos con deterioro cognitivo según sexo

Deterioro cognitivo	Masculino n=60	Femenino n=30	Total
ICCh			
Alto	29(32,2 %)	8(8,9 %)	**37(41,1 %)**
Bajo	12(13,3 %)	9(10 %)	**21(23,3 %)**
Ausente	19(21,1 %)	13(14,4 %)	**32(35,5 %)**
ECNT			
HTA	41(45,5 %)	16(17,8 %)	**57(63,3 %)**
ECV	31(34,4 %)	7(7,8 %)	**38(42,2 %)**
CI/ICC	17(18,9 %)	15(16,7 %)	**32(35,6 %)**
DM	6(6,6 %)	7(7,8 %)	**13(14,4 %)**
IAP	9(10 %)	3(3,3 %)	**12(13,3 %)**
ERC	5(5,6 %)	2(2,2 %)	**7(7,8 %)**
EPOC	7(7,8 %)	--	**7(7,8 %)**
Cáncer	6(6,6 %)	2(2,2 %)	**8 (8,9 %)**
Depresión	17(18,9 %)	8(8,9 %)	**25(27,8 %)**
Barthel			
Dependencia	59(65,6 %)	29(32,2 %)	**88(97,8%)**
Total	35(38,9 %)	23(25,5 %)	**58(64,4%)**
Severa	12(13,3 %)	2(2,2 %)	**14(15,6%)**
Moderada	11(12,2 %)	2(2,2 %)	**13(14,4%)**
Leve	1(1,1 %)	2(2,2 %)	**3(3,3%)**
Independiente	1(1,1 %)	1(1,1 %)	**2(2,2%)**
FGE			
Normal	6(6,6 %)	2(2,2 %)	**8(8,9 %)**
Alterado	54(60 %)	28(31,1 %)	**82(91,1 %)**
Medicamentos PC			
Normal	48(53,3 %)	19 (21,1 %)	67(74,4 %)
Polifarmacia	12(13,3 %)	11 (12,2 %)	23(25,5 %)

De los pacientes estudiados con DC 27(30 %) tuvieron edades situadas en el grupo de edad de 60-74, 50(55,6 %) casos en el grupo de 75-89, y 13(14,4 %) residentes con 90 años o más. Los autores encontraron en la investigación una correlación positiva considerable entre el incremento del número de pacientes con DC y valores altos en el ICCh y el número de medicamentos PC utilizados. En relación con la dependencia existió una mayor frecuencia de pacientes con DC en la medida que se incrementó el registro de residentes con dependencia (correlación positiva considerable). El FGE tuvo una correlación negativa débil con el DC. (Tabla 2).

Tabla 2. Características de la comorbilidad, nivel funcional, FGE y consumo de medicamentos en pacientes con DC

DC	Media (DE)	Rango	IC (95 %)	Spearman
ICCh	2,11(±1,13)	0-5	2,03-2,19	0,8
Barthel	20,77(±21,8)	0-100	19,22-22,32	0,84
Dependiente	18,97(±18,4)	0-65	17,65-20,29	0,87
FGE	53,69(±24,17)	8-143,3	51,97-55,4	-0,2
Normal	111,9(±15,81)	96-143,3	107,8-115,9	--
Alterado	48,85(±17,44)	8-87,6	47,55-50,14	--
Medicamentos PC	2,86(±1,06)	0-5	2,79-2,93	0,8

El reporte del Test del Informador en los residentes sin DC fue ofrecido en un 25,8 % por hijos/as, 21,2 % por amigos/as, 18,2 % por hermanos/as, 16,7 % por sobrinos/as, 6,1 % por hijos/as adoptivos, 4,5 % por esposas, 4,5 % por primos/as, y en 3 % por nietos/as.

Los registros del desempeño en el MEC se obtuvieron en 64 sin DC. En los pacientes sin DC dejó de aplicarse en 1 paciente con severa hipoacusia y por ser el paciente analfabeto.

El fármaco de prescripción crónica con mayor consumo en los pacientes sin DC fue el amlodipino con 27 prescripciones. (Tabla 3).

Tabla 3. Características de los ancianos sin DC según sexo

nDC	Masculino n=52	Femenino n=14	Total
ICCh			
Alto	4(6,1 %)	3(4,5 %)	**7(11,7 %)**
Bajo	11(16,7 %)	3(4,5 %)	**14(21,7 %)**
Ausente	37(56 %)	8(12,1 %)	**45(66,6 %)**
ECNT			
HTA	28(42,4 %)	8(12,1 %)	**36(54,5 %)**
ECV	5(7,6 %)	1(1,5 %)	**6(9,1 %)**
CI/ICC	11(16,7 %)	7(10,6 %)	**18(27,3 %)**
DM	4(6,06 %)	--	**4(6,06 %)**
IAP	10(15,1 %)	2(3 %)	**12(18,1 %)**
ERC	2(3 %)	3(4,5 %)	**5(7,6 %)**
EPOC	7(10,6 %)	2(3 %)	**9(13,6 %)**
Cáncer	7(10,6 %)	2(3 %)	**9(13,6 %)**
Depresión	26(28,9 %)	10(11,1 %)	**36(40 %)**
Barthel			
Dependencia	31(47 %)	14(21,1 %)	**45(68,2 %)**
Total	4(6 %)	1(1,5 %)	**5(7,6 %)**
Severa	2(3 %)	--	**2(3 %)**
Moderada	2(3 %)	2(3 %)	**4(6 %)**
Leve	23(34,8 %)	11(16,7 %)	**34(51,5 %)**
Independiente	21(31,8 %)	--	**21(31,8 %)**
FGE			
Normal	12(18,2 %)	--	**12(18,2 %)**
Alterado	40(60,6 %)	14(21,2 %)	**54(81,8 %)**
Medicamentos PC			
Normal	39(59,1 %)	11(16,7 %)	**50(75,8 %)**
Polifarmacia	13(19,7 %)	3(4,5 %)	**14(24,2 %)**

De los pacientes estudiados sin DC 38(57,6 %) tuvieron edades situadas en el grupo de edad de 60-74, 21(31,8 %) casos en el grupo de 75-89, y 7(10,6 %) residentes con 90 años o más.

Un 17 % (11) de los ancianos sin DC analizados tenían antecedentes de estudios de la función tiroidea durante los últimos 3 años. La analítica hematológica básica encontró anemia ligera en 20 pacientes (30,3 %), no se halló macrocitosis o hipercromía entre los hallazgos. Además fueron realizadas investigaciones para electrolitos (normales-100 %), glicemia (normales), serología para sífilis (negativa-100 %), pruebas funcionales renales (reflejadas en el estudio) y hepáticas (alteradas en 2 casos); estos dos últimos

resultados en relación con patologías crónicas no transmisibles.

Dentro de los complementarios opcionales los residentes nDC contaron con serología VIH (positiva- 1 caso) y sedimento de orina (negativo-100 %). El 56,06 % (37) de los ancianos tuvieron estudios de tomografía axial computarizada cerebral durante los últimos 3 años, no se encontraron registros de RMN cerebral. (Tabla 4).

Tabla 4. Características de la comorbilidad, nivel funcional, FGE y consumo de medicamentos en pacientes sin DC

nDC	Media(DE)	Rango	IC (95%)
ICCh	1,09(±1,03)	0-4	1,01-1,17
Barthel	80,85(±26,13)	5-100	78,68-83,01
Dependiente	71,91(±27,42)	5-95	69,15-74,66
FGE	71,61(±24,88)	9,4-141	69,55-73,67
Normal	107,5(±18,85)	91-141	103,83-111,17
Alterado	63,4(±18,88)	9,4-89	61,39-65,41
Medicamentos PC	2,26(±1,38)	0-5	2,18-2,33
Normal	1,64(±0,94)	0-3	1,54-1,74
Polifarmacia	4,18(±0,4)	4-5	4,1-4,25

Se describieron las diferencias significativas encontradas en el estudio entre los pacientes con DC y nDC respecto a la edad, comorbilidad, funcionalidad, filtrado glomerular estimado, medicamentos de prescripción crónica y años de escolaridad. (Tabla 5).

Tabla 5. Diferencias de medias de variables continuas en los ancianos con y sin DC

	Con DC (n=90)	Sin DC (n=66)	Prueba de Wilcoxon
Edad	78,95(±9,54)	74,1(±10,06)	p=0,003
Masculinos	76,27(±8,17)	71,17(±8,77)	
Femeninos	84,41(±9,92)	85,07(±6,34)	
Comorbilidad			
ICCh	2,11(±1,13)	1,09(±1,03)	p=0,000
Alto	3,31(±0,62)	3,14(±0,37)	
Bajo	2	2	
Ausente	0,875(±0,33)	0,48(±0,5)	
EDG-Y	6,64(±1,61)	5,52(±2,77)	p=0,03
Barthel			
Dependencia	18,97(±18,4)	71,91(±27,42)	p=0,000
Total	7,76(±5,98)	11(±5,47)	
Severa	30,85(±5,84)	36,33(±0,57)	
Moderada	46,46(±14,29)	53(±4,69)	
Leve	61,33(±5,51)	86,66(±7,77)	
Filtrado glomerular	53,69(±24,17)	71,61(±24,88)	p=0,000
Medicamentos PC	2,86(±1,06)	2,26(±1,38)	p=0,003
Años escolaridad	0,92(±2,19)	2,6(±3,34)	p=0,000

Los autores encontraron asociación entre el DC y el grupo de edad de 75 a 89 años (OR=2,678;p=0,002;IC=2,34-3,01). (Tabla 6).

Tabla 6. Asociación del DC con las variables seleccionadas en el estudio

Variables	OR	IC	p
Sexo (Femenino)	1,85	1,49-2,22	0,068
ICCh	5,88	5,42-6,33	0,0001
HTA	1,43	1,11-1,75	0,277
ECV	7,3	6,83-7,77	0,0001
CI/ICC	1,59	1,26-1,91	0,123
DM	2,62	2,02-3,21	0,07
IAP	0,69	--	0,27
ERF	1,028	0,42-1,636	0,6
EPOC	0,534	--	0,177
Cáncer	0,617	--	0,24
Barthel	20,53	19,54-21,29	0,000
Polifarmacia	1,07	0,69-1,44	0,5
FGE	2,27	1,78-2,5	0,07

DISCUSIÓN

La investigación evidenció la presencia de DC y demencia en el 57,7 % y 51,3 % de los ancianos institucionalizados, respectivamente. Este valor estuvo por encima de la prevalencia señalada por Prince para el área subsahariana (2-4 %), no obstante en el medio institucional es previsible encontrar una mayor morbilidad por estas entidades.[21]

Asimismo, la prevalencia del DC y la demencia se incrementa de forma proporcional a la edad y en África existe un comportamiento que va desde un 0,5-1 % a los 60 años hasta un 9,6-23 % a los 85 años.[21] La edad media de los casos con DC y demencia fue superior a los 78 años, se encontró que la mayor parte de los pacientes estaban en el grupo de edad de 75 a 89 años. En este aspecto los resultados se ubicaron por debajo de estudios en Europa,[22] Norteamérica [23] y Cuba.[6] Sin embargo en la revisión de los estudios del continente africano, desarrollados en el medio comunitario, la edad media descrita por los autores tuvo un comportamiento similar.[24-26] No existió la posibilidad de contrastar los resultados con reportes del medio institucional en África debido a la escasez de bibliografía acerca del tema.

Por otra parte el trabajo mostró una mayor comorbilidad en los adultos mayores con DC, existieron diferencias significativas al compararlos con los residentes sin DC. Aunque la HTA fue la ECNT más frecuentemente encontrada en los casos con DC y demencia, el mayor grado de asociación fue descrito con la ECV y la diabetes mellitus. En este aspecto la investigación coincidió con estudios realizados por Van Rensbergen,[3] Cowman [27] y Nunes.[28] La demanda de cuidados institucionales es influenciada tanto por el envejecimiento poblacional como por la comorbilidad en relación con ECNT. A pesar de que los países en desarrollo tienen profesionales sin entrenamiento en la detección, diagnóstico y manejo de estos pacientes, las patologías existen y son frecuentes, por lo que se generan complejos problemas de salud individual, familiar y para la sociedad en su conjunto.

A pesar del predominio del sexo masculino en ambos grupos de pacientes, la mayor probabilidad de asociación con el DC fue en el sexo femenino, comportamiento observado en los trabajos revisados.[7,8,23]

El desempeño funcional de los ancianos con DC descrito en el estudio mostró un deterioro significativamente superior al de los casos sin DC, resultado que se ajustó a la bibliografía analizada.[6,7,29] La dependencia en las actividades básicas de la

vida diaria es el factor que más afecta la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con demencia.

Un factor que se comportó de forma diferente a lo encontrado en África [24,26] y Asia,[30] y similar a lo reportado en Europa, América Latina, el Caribe y Norteamérica fue la relación entre años de educación y DC. En la investigación existió una diferencia significativa hacia un mayor número de años de estudio entre los adultos mayores con DC.

La polifarmacia y consumo de medicamentos de prescripción crónica se constataron asociados al DC, y con una diferencia significativa respecto a los casos sin DC. Pese a esto, los hallazgos mostraron un consumo inferior de medicamentos al reportado por Andersen,[20] López[7] y Gutiérrez.[8] Una limitante de la investigación residió en incluir exclusivamente los medicamentos PC afines a las entidades incluidas en la versión reducida del ICCh utilizada. Quizás el incluir el resto de la medicación consumida por los residentes hubiese mostrado un incremento del nivel de polifarmacia.

El FGE de las personas mayores con DC tuvo diferencias significativas al compararlo con los ancianos sin DC. Estos hallazgos fueron esperados al analizar la alta comorbilidad de los pacientes del primer grupo y la frecuencia de patologías descrita.

La investigación llevada a cabo por los autores identificó rasgos peculiares en el residente del hogar de ancianos con DC y demencia, que reveló una alta comorbilidad por enfermedades vasculares (ECV, ICC, CI, IAP), metabólicas (diabetes mellitus) marcada dependencia funcional, además de un alto consumo de medicamentos PC, polifarmacia y peor FGE.

Si se tiene en cuenta el número de pacientes con DC y demencia encontrados por los autores, se puede estimar la frecuencia de estas enfermedades en el medio comunitario de este pequeño país, aspecto que debe considerarse en futuras investigaciones.

El estudio destacó la importancia de una efectiva prevención, detección y tratamiento de las personas que se encuentran en riesgo de padecer, o padecen, entidades como la enfermedad cerebrovascular, la diabetes mellitus y los problemas de movilidad. Este perfil de riesgo constituye un desafío para los decisores de políticas de salud, y los actores implicados en la provisión de la atención primaria, secundaria e institucional de las naciones de bajo ingresos.

Entre los sesgos de la investigación estuvieron el idioma de los pacientes. Los instrumentos utilizados se adaptaron de su versión en inglés al idioma del paciente. Otra de las limitantes residió en el estudio imagenológico de los ancianos, fundamentalmente con la tomografía axial computarizada, lo que pudo influir en un mayor diagnóstico del Alzheimer en detrimento de la vascular.

Los pacientes institucionalizados con deterioro cognitivo y demencia identificados en el estudio tienen una comorbilidad y deterioro funcional superior a los casos sin deterioro cognitivo. Se constata la asociación del deterioro cognitivo y demencia con la alta comorbilidad y peor desempeño funcional. Otras variables como pertenecer al sexo femenino, una mayor edad y años de escolaridad, elevada polifarmacia y peor filtrado glomerular estimado también están presentes en los residentes con deterioro cognitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roca A. Particularidades de la atención a las demencias en el hogar de ancianos. Finlay [revista en Internet]. 2011 [citado 28 May 2012];1(3):[aprox. 11p]. Disponible en: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/48/98

2. Hjaltadóttir I, Rahm HI, Kristensson EA, Nyberg P. Predicting mortality of residents at admission to nursing home:a longitudinal cohort study. BMC Health Serv Res. 2011;11:86. doi:10.1186/1472-6963-11-86

3. Van G, Nawrot T. Medical conditions of nursing home admissions. BMC Geriatr. 2010;10:46. doi:10.1186/1471-2318-10-46

4. O'Halloran J, Britt H, Valenti L. General practitioner consultations at residential aged-care facilities. Med J Aust. 2007;187(2):88-91

5. Weatherall M, Slow T, Wiltshire K. Risk factors for entry into residential care after a support-needs assessment. N Z Med J. 2004;117(1202):U1075

6. Escalona CY, Roca AC, Blanco K. Deterioro cognitivo, demencia y estado funcional de residentes en un hogar de ancianos: estudio descriptivo de corte transversal con abordaje cuantitativo. Medwave. 2012;12(11):e5570. doi:10.5867/medwave.2012.11.5570

7. López R, López A, Castrodeza J, Tamames S, León T. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(1):5-11

8. Gutiérrez J, Jiménez F, Alonso A, Saenz L. Prevalencia y manejo terapéutico de la demencia en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(1):31-3

9. Reid C. Quality of care and mortality among long-term care residents with dementia. Can Studies Pop. 2008;35(1):49-71

10. Daubin C, Chevalier S, Séguin A, Gaillard C, Valette X, Prévost F, et al. Predictors of mortality and short-term physical and cognitive dependence in critically ill persons 75 years and older:a prospective cohort study. Health Qual Life Outcomes. 2011;9:35. doi:10.1186/1477-7525-9-35

11. Population and Vital Statistics 2010. National Bureau of Statistics(Seychelles) [revista en Internet]. 2011 [citado 4 Mar 2013];3(1):[aprox. 30p]. Disponible en: http://www.nbs.gov.sc/wp-content/uploads/2012/08/Population-Vital-Statistics_No-2-2012.pdf

12. Roca Socarrás A, Henriette K. Comportamiento de la cognición y comorbilidad en pacientes con infarto cerebral hospitalizados. Seychelles 2010-2011. Finlay [revista en Internet]. 2012 [citado 6 Nov 2012];2(3):[aprox. 6p]. Disponible en: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/107

13. Roca Socarrás A, Blanco K. Demencia en el ámbito de los cuidados paliativos del Hospicio de Seychelles. Finlay [revista en Internet]. 2011 [citado 28 May 2012];1(3):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/43

14. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. JAMA. 1993;269(18):2386-91

15. Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES profile and the Barthel Index. Arch Phys Med Rehabil. 1979;60(4):145-54

16. Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. Nephron. 1976;16(1):31-41

17. Roca Socarrás A, González M, Blanco K, Calero L, Rodríguez D, Oropeza D. Prescripción adecuada de fármacos en el adulto mayor. Correo Científico Médico de Holguín. 2008;12(3):1-10

18. Gómez Carracedo A, Baztán Cortés JJ. Métodos de evaluación de la función renal en el paciente anciano: fiabilidad e implicaciones clínicas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(5):266-72

19. García Orihuela M, Suárez Martínez R, Sánchez Momblánc MA. Comorbilidad, estado funcional y terapéutica farmacológica en pacientes geriátricos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2012;28(4):649-57

20. Andersen F, Viitanen M, Halvorsen DS, Straume B, Engsfad TA. Co-morbidity and drug treatment in Alzheimer's disease. A cross sectional study of participants in the dementia study in northern Norway. BMC Geriatr. 2011;11:58. doi:10.1186/1471-2318-11-58

21. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia:a systematic review and metaanalysis. Alzheimers Dement. 2013;9(1):63-75

22. Schwarzkop L, Menn P, Leidl R, Graessel E, Holle R. Are community-living and institutionalized dementia patients cared for differently? Evidence on service utilization and costs of care from German insurance claims data. BMC Health Serv Res. 2013;13:2. doi:10.1186/1472-6963-13-2

23. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RM, Prigerson HG, et al. Clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009;361(16):1529-38

24. Guerchet M, Houinato D, Paraiso MN, von Ahsen N, Nubukpo P, Otto M, et al. Cognitive

impairment and dementia in elderly people living in rural Benin, west Africa. Dement Geriatr Cogn Disord. 2009;27(1):34-41

25. Guerchet M, M' belesso P, Mouanga AM, Bandzouzi B, Tabo A, Houinato DS, et al. Prevalence of dementia in elderly living in two cities of Central Africa: The EDAC survey. Dement Geriatr Cogn Disord. 2010;30(3):261-8

26. Paraïso MN, Guerchet M, Saizonou J, Cowppli-Bony P, Mouanga AM, Nubukpo P, et al. Prevalence of dementia among elderly people living in Cotonou, an urban area of Benin (West Africa). Neuroepidemiology. 2011;36(4):245-51

27. Cowman S, Royston M, Hickey A, Horgan F, McGee H, O'Neill D. Stroke and nursing home care: a national survey of nursing homes. BMC Geriatr. 2010;10:4. doi:10.1186/1471-2318-10-4

28. Nunes B, Silva RD, Cruz VT, Roriz JM, Pais J, Silva MC. Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. BMC Neurol. 2010;10:42. doi:10.1186/1471-2377-10-42

29. Lucca V, Garrí M, Recchia A, Logroscino G, Tiraboschi P, Fransceschi M, et al. A population-based study of dementia in the oldest old:the Monzino 80-plus study. BMC Neurol. 2011;11:54. doi:10.1186/1471-2377-11-54

30. Shaji S, Bose S, Verghese A. Prevalence of dementia in an urban population in Kerala, India. Br J Psychiatry. 2005;186:136-40