

Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México

Cognitive Deterioration and Quality of Life related to Health in Elderly at Family Medicine Clinic in Mexico City

Estrella Hernández A, * González Pedraza Avilés A, ** Moreno Castillo Y del C.***

* Médico Residente Clínica de Medicina Familiar (CMF) "Dr. Ignacio Chávez" Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). México. ** Técnico Académico del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). *** Médica Familiar, CMF "Dr. Ignacio Chávez", ISSSTE. México.

Recibido: 19-04-07 Aceptado: 16-08-07

Correspondencia: Biol. Alberto González Pedraza Avilés. Departamento Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. E-mail: albemari@correo.unam.mx

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de deterioro cognitivo y asociarla a la calidad de vida relacionada con la salud. **Diseño:** Estudio prospectivo, descriptivo, transversal. **Población:** Pacientes mayores de 60 años derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, que acudieron a consulta al módulo gerontológico de enero a agosto del 2007. **Análisis estadístico:** Se realizó estadística inferencial a través de la prueba de χ^2 y V de Cramer , usando el programa SPSS v.12. **Resultados:** Se estudiaron 140 pacientes, con un promedio de edad de 74.2 años. La frecuencia de deterioro cognitivo fue de 12.1%, asociándose con la edad, el nivel de escolaridad y la actividad laboral. Para todas las dimensiones del Perfil de salud de Nottingham, se encontró relación entre la presencia de deterioro cognitivo leve y mala calidad de vida. **Conclusiones:** La frecuencia de deterioro cognitivo leve fue similar a lo reportado por otros autores. Se remarca la importancia del uso cotidiano de instrumentos de evaluación para este tipo de patologías, así como para medir la calidad de vida relacionada con la salud.

Palabras clave: Déficit cognitivo, Calidad de vida relacionada con la salud, Mini-Mental test.

ABSTRACT

Objective: To determinate the frequency of cognitive deterioration and associate it to quality of life related to health. **Design:** Prospective, descriptive, cross-sectional studies. **Setting:** Patients over 60 year's old rightful claimants of the Familiar Medicine Clinic Dr. Ignacio Chavez that went to consultation, at the gerontology module on the period from January to august 2007. **Statistical analysis:** An inferential statistic was made with the uses of chi square and Cramer V test. Using SPSS. V.12 program. **Results:** A total of 140 patients were studied with an average of 74.2 years old. The cognitive deterioration frequency was of 12.1% relating: age, school level and job activities. In all dimensions of the Nottingham Health Profile a relation between the cognitive deterioration presence and the bad quality of life was found. **Conclusions:** The cognitive deterioration was similar to the reported by other authors. It is remarkable the mention the importance of the daily use of instruments of evaluation for the type of diseases and also to measure the quality of life related to health.

Key words: Cognitive deficit, Health-related quality of life, Mini-Mental Test.

Introducción

Todos los países pasan por una transición hacia sociedades más viejas que las del siglo pasado, como consecuencia de la universalización del descenso de la mortalidad a todas las edades, el aumento de la esperanza media de vida y el descenso de la fecundidad, el incremento de la población de más de 65 años, y aún mayor de 80 años es incuestionable. Se prevé que el porcentaje de mayores de 60 años se duplicará sobradamente hasta presentar más de la quinta parte de la población mundial en el año 2050 cuando el porcentaje de viejos y jóvenes se igualaran^{1,2}.

Hayflick, define el proceso de envejecimiento, como un proceso estocástico que ocurre después de alcanzar la madurez reproductiva y, que deriva de un progresivo incremento en el desorden molecular³. El envejecimiento, es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades, por ello el conocer dicho proceso, resulta favorable para poder modificar la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

El deterioro cognitivo se define como la alteración de las facultades intelectuales previamente conservadas, entre las que destacan la orientación, la memoria reciente, el razonamiento, el cálculo, el lenguaje, la capacidad para realizar tareas complejas y la capacidad de programación, entre otras.

Los trastornos cognitivos suponen una de las patologías más frecuentes en la población geriátrica. La tasa de conversión del DCL (Deterioro cognitivo leve) a demencia se ha estimado para los ancianos en un rango anual de 8% a 16%. En la población normal, esta tasa de conversión es de 1% a 2% por año, la incidencia acumulativa de demencia en pacientes con DCL puede ser de 80% a seis años. El intervalo entre el diagnóstico de DCL y demencia puede ser hasta de ocho años en algunos casos.

La prevalencia del DCL se ha estimado que varía entre el 17% y 34% en la población de adultos mayores⁴. Los trastornos cognitivos suponen una de las patologías crónicas más frecuentes en la población geriátrica. Según estudios epidemiológicos, el 10% de los individuos mayores de 65 años presentan, disfunción cognitiva clínicamente significativa y este porcentaje aumenta exponencialmente con la edad.

Diversos estudios que utilizan definiciones distintas de DCL han mostrado un prevalencia en la población general anciana entre el 3% y el 19%, con una incidencia de 8-58/1000 personas/año, y un riesgo de desarrollar demencia del 11%-33% a los dos años. No obstante, hay acuerdo en que más de la mitad de pacientes con DCL progresan a demencia en cinco años, y que el subtipo amnésico de DCL tiene un alto riesgo de progresión a enfermedad de Alzheimer⁴⁻⁸.

Con respecto a la calidad de vida la organización mundial de la salud la define como, la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones^{9,10}. El concepto de calidad de vida relacionada con la salud, incluye todos aquellos aspectos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de ella, aunque puedan interaccionar. La evaluación de calidad de vida relacionada con la salud –más utilizada en ciencias de la salud– pondera la repercusión de la enfermedad o estado de salud, su tratamiento y otros cuidados sanitarios en la dimensión social y personal del paciente^{9,11}. El objetivo del presente trabajo fue de determinar la frecuencia de deterioro cognitivo leve en pacientes derechohabientes de la CMF Dr. Ignacio Chávez mayores de 60 años, y relacionarla con la calidad de vida, de acuerdo a las dimensiones del Perfil de Salud de Nottingham, haciendo énfasis en que es el primer trabajo sobre el tema que se realiza en la clínica y de los pocos estudios realizados en el primer nivel de atención médica en México.

Material y Métodos

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, transversal y descriptivo. El trabajo se apegó íntegramente a las especificaciones de la declaración de Helsinki de 1964 y sus enmiendas posteriores. Así como a la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y se registró con el número 334-2007 en la coordinación de Investigación y Ética del *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)*. Se aplicaron dos cuestionarios, el Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein para valorar el estado mental del paciente; el MMSE tiene un índice de sensibilidad del 87%-100% y una especificidad del 62%-100%. Ha sido traducido al español por Lobo y cols. tiene una sensibilidad de 93.5% y una especificidad de 81.9%¹².

El MMSE es un instrumento válido y confiable utilizado en esta investigación por su fácil aplicación, es una escala neuropsicológica, que valora seis aspectos del área cognoscitiva que son: *orientación en tiempo, lugar y espacio, repetición de palabras y memorización, concentración, memoria a corto plazo, lenguaje y escritura*. El instrumento requiere de 15 a 30 minutos para su aplicación y su puntuación máxima es de 35 puntos, se considera que un paciente puede tener deterioro cognitivo cuando obtiene una puntuación inferior a 24, en el supuesto de que fuera analfabeto, se considera que puede sufrir un posible deterioro cognitivo cuando la puntuación es inferior a 19¹³.

El segundo cuestionario utilizado mide la *Calidad de Vida Relacionada con la Salud*, el denominado *Perfil de Salud de Nottingham*, constituido por 38 preguntas agrupadas en seis dimensiones, que valoran los siguientes parámetros: *energía, dolor, sueño, aislamiento social, relaciones emocionales, y movilidad*. Este instrumento es una escala de medida del estado de general de salud, desarrollada en el Reino Unido. El instrumento ha sido validado y traducido a un número importante de idiomas, destacándose las traducciones al español por Alonso J.¹³, al francés por Bereau-Chalot F.¹⁴; al sueco por Wann-Hansson CH.¹⁵; al alemán por Post MW.¹⁶ entre otros.

Población, lugar y tiempo del estudio: Pacientes mayores de 60 años de edad, derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” adscritos al Módulo de Gerontología del ISSSTE que acudieron a consulta, durante el periodo comprendido de enero a agosto del 2007 y que aceptaron participar mediante la firma de una acta de consentimiento informado. **Tipo y tamaño de la muestra:** Muestreo no probabilístico, el tamaño de la muestra se determinó con base a la estimación de proporciones, con un valor de P = 0.2 y un nivel de precisión (coeficiente de variación) cv = 0.20, dando un número muestral = 100. El número final del estudio fue de 140. **Análisis estadístico:** Para relacionar la presencia de deterioro cognitivo con las variables de estudio, se utilizó estadística inferencial a través de la prueba² y V de Cramer, debido al carácter nominal de la variable dependiente (deterioro cognitivo).

Para asociar deterioro cognitivo con las dimensiones del Perfil de Salud de Nottingham, se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney para dos muestras independientes. Lo anterior debido a que la totalidad de las variables dependientes presentaron una distribución libre de curva, esto es; no presentaron normalidad, al aplicarles la prueba de Kolmogorov-Smirnov y que además no fue posible transformarlas por los diferentes ensayos de datos continuos. Todas las pruebas usadas se interpretaron con un nivel de significancia de 0.05. El análisis estadístico inferencial se realizó con el programa SPSS versión 12.

Resultados

El número total de pacientes estudiados fue de 140, de los cuales 42 pertenecieron al género masculino (30%), y 98 al género femenino (70%). El promedio de edad de grupo fue de 74.25 con una desviación estándar de 7.03, un rango de 29 y un recorrido de 60 a 89. De las enfermedades crónico degenerativas se destaca la hipertensión arterial cuya presencia estuvo de manifiesto en el 67.9% de los pacientes. Los resultados del análisis descriptivo de las características de la población se presentan en la (Cuadro I).

Cuadro I. Características de la población de estudio

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE		PORCENTAJE ACUMULADO
		DE	EDAD	
Femenino	98	70		100
Masculino	42	30		30
	GRUPOS	DE	EDAD	
60-70 AÑOS	46	32.9		32.9
71-80 AÑOS	62	44.3		77.1
81 AÑOS Ó MÁS	32	22.9		100
	NIVEL	DE	ESCOLARIDAD	
Primaria	53	37.9		37.9
Secundaria	22	15.7		53.6
Bachillerato	8	5.7		59.3
Profesional	57	40.7		100
	ESTADO	CIVIL		
Viudo	43	30.7		30.7
Casado	66	47.1		77.9
Soltero	24	17.1		95
Unión libre	4	2.9		97.9
Divorciado	3	2.1		100
	ACTIVIDAD	LABORAL	ACTUAL	
Trabaja	11	7.9		7.9
No trabaja	57	40.7		48.6
Pensionado/jubilado	72	51.4		100
	PRESENCIA	DE	DIABETES MELLITUS	
SI	53	37.9		37.9
NO	87	62.1		100
	PRESENCIA	DE	HIPERTENSION ARTERIAL	
SI	95	67.9		67.9
NO	45	32.1		100
	PRESENCIA	DE	ENFERMEDADES ARTICULARES	
SI	25	17.9		17.9
NO	115	82.1		100

La frecuencia de deterioro cognitivo leve en la población de estudio según el cuestionario de Folstein, fue de 12.1%, (17/140). Al relacionar las variables demográficas con la presencia de deterioro cognitivo encontramos datos estadísticamente significativos con los grupos de edad, aumentando el porcentaje de deterioro cognitivo conforme aumentaron los grupos de edad: 2.17% primer grupo, 11.2% segundo grupo, y 28.1% para el tercer grupo, ($p = 0.002$). También encontramos diferencias estadísticas con la escolaridad de los pacientes: el 94.2% con deterioro cognitivo sólo presentaron estudios de primaria, ($p = 0.0001$). La actividad laboral actual también se asoció estadísticamente, siendo en el grupo de pensionados y/o jubilados con 5.5%, en donde se presentó un menor número de pacientes con deterioro cognitivo, ($p = 0.04$). (Cuadro II)

Cuadro I. Características de la población de estudio. (Continúa)

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
		ENFERMEDADES	DEL CORAZÓN
SI	12	8.6	8.6
NO	128	91.4	100
	PRESENCIA	DE OTRAS	ENFERMEDADES
SI	13	9.3	9.3
NO	127	90.7	100
	CON	QUIEN VIVE	
Hijos	51	36.4	36.4
Pareja	63	45.0	81.4
Familiares	5	3.6	85.0
Solo	21	15.0	100.0

Cuadro II. Relación entre deterioro cognitivo y las variables demográficas del estudio

GRUPOS		DE	EDAD	TOTAL	VALOR DE SIGNIFICANCIA	DE	PROBABILIDAD
	1	2	3				
POSITIVO	1	7	9	17	.002	ESTADÍSTICAMENTE	
NEGATIVO	45	55	23	123		SIGNIFICATIVO	
			ESCOLAR		TOTAL		
	PRIM.	SEC	BACH	PROF.		VALOR DE SIGNIFICANCIA	
POSITIVO	16	1	0	0	17		
NEGATIVO	37	21	8	57	123	.000	
	TRABAJA	NO. TRAB	PEN/JUB.	TOTAL	VALOR DE SIGNIFICANCIA	PROBABILIDAD	
POSITIVO	2	11	4	17			
NEGATIVO	9	46	68	123	.044	ESTADÍSTICAMENTE	
						SIGNIFICATIVO	
		PRES. DE OTRAS ENFERM					
	SI	NO	TOTAL		VALOR DE SIGNIFICANCIA	PROBABILIDAD	
POSITIVO	5	12	17				
NEGATIVO	8	115	123		.002	ESTADÍSTICAMENTE	
						SIGNIFICATIVA	

Con respecto a la relación de deterioro cognitivo y la presencia de enfermedades crónico degenerativas, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con la presencia de otras enfermedades (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), ($p = 0.002$). La relación de resultados entre la presencia de deterioro cognitivo y las dimensiones del Perfil de Salud de Nottingham se presentan en el Cuadro III. Para las seis dimensiones y para el total se tuvieron diferencias estadísticamente significativas en todos los casos. Siendo los rangos promedios más altos en los casos positivos de deterioro cognitivo. Lo que representa una menor calidad de vida.

Cuadro III. Relación entre deterioro cognitivo y las dimensiones del Perfil de Salud de Nottingham

	RESULTADO MMSE	RANGO SIGNIFICATIVO	VALOR DE SIGNIFICANCIA	PROBABILIDAD
	POSITIVO	94.47		
ENERGIA	NEGATIVO	67.19	.080	*E.S.
	TOTAL			
	POSITIVO	93.56		
DOLOR	NEGATIVO	67.31	.006	*E.S.
	TOTAL			
	POSITIVO	99.03		
SUEÑO	NEGATIVO	66.56	.021	*E.S.
	TOTAL			
	POSITIVO	102.21		
AISLAMIENTO SOCIAL	NEGATIVO	66.11	.005	*E.S.
	TOTAL			
	POSITIVO	99.53		
REACCIONES EMOCIONALES	NEGATIVO	66.49	.009	*E.S.
	TOTAL			
	POSITIVO	97.47		
MOVILIDAD	NEGATIVO	66.77	.010	*E.S.
	TOTAL			
	POSITIVO	108.47		
TOTAL	NEGATIVO	65.25	.000	*E.S.
	TOTAL			

* Estadísticamente significativo.

Discusión

Debido a que la elección de la muestra de trabajo fue no probabilística, los resultados obtenidos sólo son aplicables a la población de estudio. Entre los problemas de salud que afectan más a la población anciana, resaltan los trastornos cognitivos de la conducta y la demencia por su magnitud y gravedad, además por su impacto en la calidad de vida de las personas y de sus familias así como de sus cuidadores. Dado el progresivo envejecimiento de la población se prevé que estos problemas aumenten tanto, como la movilización de recursos que se destinarán para contrarrestarlos. Es importante tomar en cuenta que la edad media de esta población fue de 74.25, y que según estudios previos, a mayor edad el riesgo de posible deterioro cognitivo aumenta, llegando a ser hasta cuatro veces superior en el grupo de 80 años o más. Según los puntos de corte establecidos, se detectaron como posibles casos con déficit cognitivo leve a 17 pacientes (12.1%) similar a lo reportado en otros estudios^{17,18}. El deterioro cognitivo supone un aumento de la mortalidad en el anciano, y se asocia a una mayor utilización de los servicios de salud, por consiguiente la detección del mismo incrementa el diagnóstico de las causas reversibles, y es una ayuda para el manejo del paciente y para el apoyo de la familia.

El nivel de escolaridad de los pacientes con deterioro cognitivo fue el de primaria casi en la totalidad de los casos, al revisar la literatura se encuentran datos similares, reconociendo que a mayor nivel de estudio, menor riesgo de deterioro cognitivo¹². En lo relativo al género no encontramos diferencias significativas al igual que otros autores, teniéndose una mayor prevalencia en los hombres, contrario a lo reportado en la mayoría de los estudios¹⁹.

Es importante mencionar que los ancianos que viven solos o con su pareja obtienen mejores resultados que los que los que conviven con parientes, tal vez por que estos pacientes tienen mayor autonomía funcional. Al revisar la literatura, no se encontraron publicaciones que

asociaran la presencia de deterioro cognitivo con la calidad de vida auto-percibida, en la mayoría de los casos, sólo asocian algunas características principalmente de tipo demográfico. Sin embargo, resulta vital remarcar que para todas las dimensiones evaluadas en el Perfil de Salud de Nottingham, así como en el total, las diferencias en los rangos promedios, y en la suma de rangos, entre los pacientes con deterioro cognitivo positivo, y los pacientes con deterioro cognitivo negativo, son en extremo marcadas, y en todos los casos con diferencias estadísticamente significativas. Lo anterior es fácilmente entendible si conocemos que la pérdida de memoria y algunos otros signos y síntomas, son las principales manifestaciones del deterioro cognitivo y estos afectan la calidad de vida de los pacientes.

Conclusiones

La disminución en las tasas de natalidad y otros procesos ha favorecido un incremento en el grupo de adultos mayores, lo que a su vez genera un aumento en la frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas y, entre ellas, las alteraciones cognitivas, con la consecuente afectación en su calidad de vida, como se evidencia en este trabajo. Es indispensable que los médicos del primer nivel de atención estén capacitados para reconocer los factores de riesgo asociados a esta patología (edad, escolaridad, actividad actual, etc.), realizando el diagnóstico oportuno en etapas tempranas y logrando así dar un tratamiento eficaz, además de la capacitación de los familiares o de las propias redes de apoyo del paciente.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a la C. Erika Yolanda Oropeza M. por su apoyo en la elaboración del manuscrito del presente trabajo.

Referencias

1. Villanueva EL. Sobre el envejecimiento. Una perspectiva integral. Rev Hosp. M. Gea Glez. 2000; 3(3): 107-14.
2. Corrales D, Palomo L, Margariño-Bravo M, Alonso G, Torrico P, Barroso A, Merchan V. Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. Aten Primaria 2004; 33(8): 426-33.
3. Rosalía RG, Guillermo LB. Práctica de la geriatría. McGraw Hill. 2^a edición. México 2007.
4. Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Delirium, dementia and other cognitive disorders and mental disorders due to a general medical condition. Textbook and Psychiatry. 6^a edición. Pp 705. Williams and Wilkins, Baltimore. 1995.
5. Tremblay C, Pilote M, Phivilay A, Emond V, Bennett DA, Calon F. Biochemical characterization of abeta and tau pathologies in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. J Alzheimers Dis. 2007; 12(4):377-90.
6. Ritchie K, Artero S, Touchon J. Classification criteria for mild cognitive impairment: a population-based validation study. Neurology. 2001; 56(1):37-42.
7. Martínez-Bernardos R, Baylín-Larios A, Ortiz-Jiménez MF. ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos. Aten Primaria 1999; 23(5): 285-88.
8. Caballo N, Martí MJ, Tolosa E. Cognitive dysfunction and dementia in Parkinson disease. Mov Disord. 2007; 22 Suppl 17: S358-66.
9. Azpiazu-Garrido M, Cruz-Jentoft A, Villagrassa-Ferrer JR, Abadanes-Herranz JC, García-Marín N, Alvarez De Mon Rego C. La calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados en dos áreas sanitarias de Madrid. Aten Primaria 2003; 31(5): 285-92.
10. Zboralski K, Florkowska A, Talarowska-Bogusz M, Macander M, Gałecki P. Quality of life and emotional functioning in selected psychosomatic diseases. Postepy Hig Med Dosw (Online). 2008; 62:36-41.
11. Allen EM, Ziada HM, O'Halloran D, Clerugh V, Allen PF. Attitudes, awareness and oral health-related quality of life in patients with diabetes. J Oral Rehabil. 2008; 35(3):218-23.
12. Lobo A, Saz P, Marcos G, Díaz JL, de la Camara C, Ventura T, y cols. Revalidación y normalización del Mini_examen cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. Med Clin (Barc) 1999; 112: 767-74.
13. Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity. Am J Public Health. 1990; 80(6): 704-08.
14. Bureau-Chalot F, Novella JL, Jolly D, Ankri J, Guillemin F, Blanchard F. Feasibility, acceptability and internal consistency reliability of the Nottingham Health Profile in dementia patients. Gerontology. 2002; 48(4):220-25.
15. Wann-Hansson C, Hallberg IR, Risberg B, Klevsgård R. A comparison of the Nottingham Health Profile and Short Form 36 Health Survey in patients with chronic lower limb ischaemia in a longitudinal perspective. Health Qual Life Outcomes. 2004; 2:9.
16. Post MW, Gerritsen J, van Leusen ND, Paping MA, Prevo AJ. Adapting the Nottingham Health Profile for use in people with severe physical disabilities. Clin Rehabil. 2001; 15(1):103-10.
17. Limón-Ramírez E, Argimon-Pallás JM, Vila-Doménech J, Abos Pueyo C, Cabezas Peña T, Vinyoles Bargalló E. Detección del deterioro cognitivo en población mayor de 64 años: primera fase del proyecto cuida1. Aten Primaria 2003; 32(1): 6-14.
18. García-Serrano M, Tobías-Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. Aten Primaria 2001; 27(7): 484-88.
19. Payot I, Latour J, Massoud F, Kerfoot MJ. Validation of indicators of the management of cognitive impairment in geriatric assessment units. Can Fam Physician. 2007; 53(11):1944-52.