

Estudios Primarios

Medwave 2012 Dic;12(11):e5570 doi: 10.5867/medwave.2012.11.5570

Deterioro cognitivo, demencia y estado funcional de residentes en un hogar de ancianos: estudio descriptivo de corte transversal con abordaje cuantitativo

Cognitive impairment, dementia and functional status of nursing home residents: cross-sectional study with a quantitative approach

Autores: Consuelo Yamila Escalona Díaz⁽¹⁾, Armando Carlos Roca Socarrás⁽²⁾, Kleydis Blanco Torres⁽³⁾

Filiación: ⁽¹⁾Enfermera; Máster en Longevidad Satisfactoria, Hogar de Ancianos Jesús Menéndez, Cuba

⁽²⁾Geriatra y Gerontólogo; Máster en Longevidad Satisfactoria, Hospital General Universitario V. I. Lenin, Cuba

⁽³⁾Enfermera; Máster en Longevidad Satisfactoria, Hospital General Universitario V. I. Lenin, Cuba

E-mail: aroca@hvil.hlg.sld.cu

Citación: Escalona CY, Roca AC, Blanco K. Cognitive impairment, dementia and functional status of nursing home residents: cross-sectional study with a quantitative approach. *Medwave* 2012 Dic;12(11):e5570 doi: 10.5867/medwave.2012.11.5570

Fecha de envío: 29/8/2012

Fecha de aceptación: 12/11/2012

Fecha de publicación: 1/12/2012

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión externa por 2 revisores, a doble ciego

Palabras clave: aged, cognition, cognition disorders, dementia, Alzheimer's disease, activities of daily living, homes for the aged, comorbidity

Abreviaturas: NINCDS-ADRDA: National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ADRDA).

NINDS-AIREN: Neuroepidemiology Branch of the National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) and Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (AIREN).

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition.

FAQ: Functional Assessment Questionary.

Resumen

Introducción: la demencia constituye una de las enfermedades con mayor repercusión en la salud individual y familiar, constituyendo un fuerte factor predictivo de institucionalización. **Objetivo:** determinar los pacientes con deterioro cognitivo y demencia residentes en un hogar de ancianos, así como describir variables biológicas de estos. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal y abordaje cuantitativo en 61 adultos mayores masculinos para determinar la presencia del deterioro cognitivo (DC), demencia, nivel funcional y comorbilidad. La información se obtuvo de las historias clínicas individuales. **Resultados:** en 35 residentes se encontró DC. La edad media de los pacientes con DC fue de 79,4 ($\pm 9,81$) años frente a un 78,6 ($\pm 9,79$) en los casos sin DC. Fueron diagnosticados 25 ancianos con enfermedad de Alzheimer, 4 con demencia vascular, 3 como frontotemporal y en 1 una demencia por cuerpos de Lewy; dos de los pacientes con deterioro cognitivo no cumplieron criterios de algún tipo de demencia. Existió asociación entre el grado de deterioro cognitivo y el nivel funcional de los pacientes ($\chi^2 = 25,76$; $p = 0,0001$), con una correlación negativa media entre la respuesta al MMSE y al FAQ (Spearman = $-0,726$; $p = 0,000$). La hipertensión arterial fue la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en los residentes y los pacientes con DC presentaron un Índice de Comorbilidad de Charlson superior al grupo sin DC ($z = -2,434$; $p = 0,015$). **Conclusiones:** los ancianos con deterioro cognitivo identificados por el estudio tienen una edad

media, deterioro funcional y comorbilidad mayor que los pacientes sin deterioro cognitivo. Entre los adultos mayores con trastornos cognitivos predomina la demencia Alzheimer.

Abstract

Introduction. Dementia is one of the diseases with the greatest impact on the individual and family health, constituting a strong predictor of institutionalization. **Objective.** To identify cognitive impairment and dementia in residents of a nursing home and to describe these biological variables. **Methods.** A descriptive, correlational and cross-sectional quantitative approach in 61 elderly male residents was conducted to determine the presence of cognitive impairment (CI), dementia, comorbidities and functional status. Information was obtained from medical records. **Results.** 35 residents had CI. Mean age of patients with CI was 79.4 (\pm 9.81) years vs. 78.6 (\pm 9.79) in patients without CI. 25 residents were diagnosed with Alzheimer's disease, 4 had vascular dementia, 3 had frontotemporal dementia and 1 resident had Lewy bodies dementia. 2 patients with cognitive impairment did not meet any dementia criteria. Significant association between the degree of cognitive impairment and functional status of patients was found ($\chi^2 = 25.76$, $P = 0.0001$), with a mean negative correlation between the response to MMSE and FAQ (Spearman = -0.726 , $P = 0.000$). Hypertension was the most commonly found non communicable disease in residents and patients with CI had a Charlson Comorbidity Index greater than those without CI ($z = -2.434$, $P = 0.015$). **Conclusion.** Mean age, functional impairment, and comorbidities were greater in residents with CI as compared to residents without CI. Among older adults with cognitive impairment, Alzheimer's was the predominant dementia.

Introducción y objetivos

Con el pronóstico de 100 millones de personas con demencia para el año 2050, esta patología constituye un gran desafío para los pacientes, cuidadores, sistemas de salud y la sociedad en general¹.

La demencia es el más importante factor predictivo de dependencia en la comunidad y cuidados a largo plazo para las personas mayores^{2,3}.

Cuba con un envejecimiento poblacional del 17,8% en el 2010 y una proyección para finales del 2012 del 18,4% se encuentra en el grupo de avanzada de esta tendencia en Latinoamérica^{4,5}.

Por otra parte, el país presenta una prevalencia de demencia en el medio comunitario de 8,2%⁶.

Aunque usualmente las personas prefieren mantener en sus casas a los familiares con demencia, la complejidad de los problemas médicos (consecuencia del progreso de la patología), la sobrecarga que provoca la enfermedad en los cuidadores y la creciente escasez de estos en las sociedades de los países en desarrollo, tienen un papel destacado en la institucionalización del adulto mayor^{3,7}.

En la medida que aumenten los casos de demencia va incrementarse el número de residentes con el proceso neurodegenerativo en las instituciones de cuidados a largo plazo.

Los pacientes con demencia institucionalizados en residencias presentan una serie de características diferenciadoras, ya que suelen ser más ancianos, muestran una mayor gravedad en la evolución de la

demencia y suelen presentar una mayor comorbilidad que aquellos que se encuentran en la comunidad².

Tomando en consideración los elementos introductorios del tema, el presente trabajo tiene el objetivo de identificar los pacientes con deterioro cognitivo y demencia en un hogar de ancianos, así como describir una serie de variables biológicas en estos pacientes.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y correlacional de corte transversal, con abordaje cuantitativo en el Hogar de Ancianos Jesús Menéndez de la ciudad de Holguín.

El universo del estudio estuvo constituido por todos los adultos mayores institucionalizados entre los meses de marzo y mayo del 2011. Se excluyeron del estudio los pacientes que presentaron historia de esquizofrenia (2 casos), retraso mental (3 casos), otras enfermedades con degradación de conciencia (1 caso), así como los pacientes que hayan sido tratados con terapia electroconvulsivante (1 caso). Los autores también excluyeron a los pacientes en los que no se pudo aplicar el Mini Examen del Estado Mental de Folstein (1 caso afásico después de enfermedad cerebrovascular y 1 caso con hipoacusia severa). En el grupo excluido estuvieron los dos únicos casos femeninos del hogar.

Finalmente se estudiaron las historias clínicas pertenecientes a 61 residentes masculinos, todos con más de 3 meses de admitidos. Esta residencia para personas mayores tiene la característica de albergar una población fundamentalmente del sexo masculino.

En la investigación los autores revisaron los registros realizados en la historia clínica individual de los residentes como parte de la valoración geriátrica del hogar.

Para determinar la existencia de deterioro cognitivo (DC) se utilizaron los instrumentos Mini Examen Cognitivo de Folstein (MMSE) con un punto de corte menor de 24 puntos⁸. La corrección por años de estudios terminados y edad fue realizada en todos los residentes excepto en 4 con DC por datos incompletos acerca de la escolaridad.

El MMSE ha sido utilizado ampliamente en el medio residencial. El objetivo del mismo es evaluar el funcionamiento cognoscitivo del anciano. Se diseñó para aplicarlo en contacto directo con el individuo y con un entrenamiento previo. El tiempo de aplicación es breve (aproximadamente diez minutos). La fiabilidad interjueces y la validez concurrente son aceptables. Este instrumento es utilizado en los servicios de medicina, neurología y geriatría del país, así como en hogares de ancianos. Además la versión utilizada en esta investigación ha sido incluida en el protocolo diagnóstico de numerosas investigaciones a lo largo del territorio nacional. Tiene una validación en cubanos residentes en Estados Unidos de América⁹.

Dentro de sus desventajas están su marcado efecto suelo y techo, alta dependencia del lenguaje por lo que puede clasificar erróneamente pacientes con afasia, y una fuerte relación con la edad, nivel educacional y medio sociocultural.

El diagnóstico de Alzheimer se realizó de acuerdo a los criterios NINCDS-ADRDA¹⁰, en el caso de la demencia vascular con los criterios NINDS-AIREN¹¹, y para diagnosticar la demencia frontotemporal los criterios Lund-Manchester¹². En la demencia por cuerpos de Lewy se utilizó los criterios de consenso para el diagnóstico de posible demencia¹³, y en los pacientes con Ataxia Espino Cerebelosa los autores utilizaron los criterios del DSM IV para la demencia¹⁴.

Para analizar la variable edad, fueron conformados grupos de edades.

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.

El nivel funcional fue evaluado a través del Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeiffer (FAQ)¹⁵. Este instrumento fue utilizado en Cuba durante el estudio SABE en la comunidad. En el hogar de ancianos tiene la particularidad que el reporte proviene del personal del centro.

El MMSE fue aplicado por el médico del hogar de ancianos, especialista en medicina general integral (4 años de graduado), y el especialista en geriatría que interconsulta la institución (7 años de graduado). El FAQ fue aplicado por las licenciadas en enfermería del hogar, todas con entrenamiento en geriatría y más de 10 años de experiencia en el trabajo con adultos mayores. La evaluación funcional de los pacientes se realiza al ingreso en la institución y después cada tres meses.

Además los pacientes provienen de la comunidad donde se les realizan evaluaciones periódicas del estado funcional por los equipos multidisciplinares de atención gerontológica. En el estudio fue incluido el último registro como medida resumen del estado funcional teniendo en cuenta la ausencia de patologías crónicas no transmisibles inestables o de enfermedades infecciosas agudas.

La comorbilidad se determinó a través del Índice de Comorbilidad de Charlson (ICCh) en su versión abreviada, y calculada tomando en consideración las patologías de los 24 meses anteriores al estudio registradas en las historias clínicas¹⁶.

Se evaluó la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de acuerdo a criterios diagnósticos para la hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), cardiopatía isquémica (CI), enfermedad cerebrovascular (ECV), insuficiencia renal crónica (IRC), ataxia espino cerebelosa (Ataxia EC) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

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 (χ^2), coeficiente rho de Spearman y prueba U de Mann Whitney] con un nivel de significación de 0,05.

El procesamiento de los datos se realizó con el paquete Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 17 y el programa Microsoft Excel de Windows 7 Ultimate 2009.

Resultados

Los pacientes con DC tuvieron una edad media de 79,4 (DE: $\pm 9,81$), y un rango de edades entre los 61 y 100 años (Tabla I). De ellos, 25 reunieron los elementos necesarios para considerar el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, en 4 fue diagnosticado una demencia vascular, en 3 un cuadro frontotemporal y en 1 una demencia por cuerpos de Lewy. Se encontraron dos pacientes con deterioro cognitivo que no cumplieron criterios de algún tipo de demencia. En el caso de los ancianos sin DC la edad media fue de 78,6 (DE: $\pm 9,79$) con un rango de edades entre 63 y 96 años.

No existieron diferencias significativas entre las edades de los grupos con DC presente o ausente al aplicar la prueba de Mann Whitney ($z = -0,43$; $p = 0,667$). El 65% de los ancianos analizados tenían antecedentes de estudios de la

función tiroidea durante los últimos 2 años. La analítica hematológica básica encontró anemia ligera en 8 pacientes (13,1%), no existiendo macrocitosis o hiper Cromía entre los hallazgos. En nuestro medio no se dosifica vitamina B12 de forma rutinaria, sin embargo los adultos mayores contaron con un examen físico completo, incluyendo las esferas digestiva y neurológica, y de otros parámetros hematológicos realizados cada tres meses que complementan el diagnóstico de su déficit. Además fueron realizados periódicamente analítica básica para electrolitos (normales-100%), glicemia (normales), serología para sífilis (negativa-100%), pruebas funcionales renales (alteradas en 3 casos) y hepáticas (alteradas en 2 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%), sedimento de orina (negativo-100%) y electroencefalograma (11 pacientes para un 18%). El 50,8% (31) de los ancianos tuvieron estudios de Tomografía Axial Computarizada cerebral durante los últimos 2 años, de ellos el 77,1% (27) de los identificados con DC. En solo 2 pacientes había registros de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) cerebral.

La asociación entre el nivel funcional y cognitivo ($x^2=7,71$; $p=0,005$) fue descrita en la Tabla II. Los casos con DC tuvieron una puntuación media en el MMSE de $7,05(\pm 6,55)$. Al utilizar la corrección por años de escolaridad la media del MMSE fue de $9,13(\pm 6,95)$, no existiendo cambios en los grupos de deterioro cognitivo según severidad. En la muestra con DC la media de los años de escolaridad estuvo en $4,16(\pm 4,45)$. Existió una correlación negativa media significativa entre el deterioro cognitivo y el nivel educacional (Spearman= $-0,63$; $p=0,000$). Los sujetos sin DC tuvieron una escolaridad media de $5,23(\pm 4,15)$. En general la media fue $4,65(\pm 4,31)$ con un 77,2% de los residentes con menos de 8 años de educación, 17,5% entre 8 y 17 años y 5,3% con más de 17 años. No existieron diferencias significativas entre los grupos con y sin DC respecto a los años de escolaridad (Mann Whitney $p=0,221$).

Los autores de la investigación encontraron asociación entre el grado de deterioro cognitivo y el nivel funcional de los pacientes ($x^2=25,76$; $p=0,0001$). Existió una correlación negativa media entre la respuesta al MMSE y al FAQ (Spearman= $-0,726$; $p=0,000$). El FAQ refleja el deterioro funcional del paciente demente en un incremento de la puntuación del test, por esta razón existe correlación negativa significativa con el MMSE que traduce sus respuestas al deterioro con una menor puntuación (Tabla III).

Al evaluar los subtipos de demencia y la funcionalidad los autores describieron una correlación negativa considerable significativa (Spearman= $-0,879$; $p=0,000$) en los casos diagnosticados con enfermedad de Alzheimer. En el resto de los subtipos observaron una correlación negativa fuerte (Spearman= $-0,94$; $p=0,051$) en los casos con demencia vascular y negativa media (Spearman= $-0,5$; $p=0,667$) en los casos con demencia frontotemporal. No obstante estos

dos últimos grupos aportaron 4 y 3 pacientes respectivamente, y en ambos fue no significativa.

La Tabla IV mostró que la HTA fue la ECNT más frecuente en los residentes del hogar de ancianos y los pacientes con DC presentaron un ICCh superior al grupo sin DC. Existió una diferencia significativa entre el ICCh de los casos con DC en relación con los pacientes sin DC con la prueba de Mann Whitney ($z=-2,434$; $p=0,015$).

Los autores describieron en la Tabla IV la comorbilidad de los pacientes según tipo de demencia.

Discusión y conclusiones

Es importante señalar que más del 50% de los residentes estudiados presentaban deterioro cognitivo. Fernández Guerra (2008) reporta en un estudio estratificado comparativo entre tres hogares de ancianos y una comunidad del municipio centro Habana que la mayor parte de los adultos mayores dementes estaba en las residencias con un 52,2% de los pacientes con deterioro cognitivo y un 34,8% de casos de demencia¹⁷. Mitchell en un estudio realizado en 1763 residencias para personas de edad en los Estados Unidos de América encontró que el 32,4% de los pacientes tenía algún grado de deterioro cognitivo¹⁸.

En Canadá el 50% de los residentes de instituciones de cuidados a largo plazo tienen una demencia¹⁹. El estudio RESYDEM encontró una prevalencia del 61,7% en España²⁰.

A pesar que el cuidado informal juega un papel importante, existe una tendencia a institucionalizar las personas de edad dementes con mayor grado de deterioro cognitivo y funcional, comorbilidad y peor pronóstico.

La investigación realizada en el Hogar de Ancianos Jesús Menéndez del municipio Holguín coincide con estos autores al mostrar un mayor número de ancianos con demencia en relación con los que no presentaban deterioro cognitivo. En el estudio la edad promedio y frecuencia del deterioro cognitivo en una muestra exclusiva de pacientes masculinos estuvo por encima de la expectativa de vida del país para ambos sexos. Generalmente en el hombre la demencia comienza en edades más tempranas que en la mujer.

Se observó una correlación negativa del deterioro cognitivo con el nivel educacional, fenómeno descrito en otros estudios^{20,21}.

La demencia afecta adversamente la función física, medida a través de las actividades de la vida diaria. Este declinar es una carga sustancial para pacientes, cuidadores y la sociedad en su conjunto, incrementado los costos del cuidado a medida que el paciente se convierte en más dependiente. La pérdida de la independencia en las actividades de la vida diaria es un determinante de la calidad de vida relacionada con la salud del paciente e influye en la institucionalización y mortalidad²².

La relación entre cognición y actividades de la vida diaria se ha convertido en un área importante de las investigaciones sobre demencia. Ella puede guiar el curso del tratamiento y ayudar en el entendimiento del valor de las nuevas generaciones de agentes farmacéuticos destinados a incrementar la función cognitiva²³.

De forma general la investigación encontró una comorbilidad baja, sin embargo esta fue mayor en los casos con demencia vascular que en el resto de los pacientes analizados. La comorbilidad en los pacientes con DC y demencia ha sido asociada con mayor número de ingresos hospitalarios, consumo de fármacos de prescripción crónica, empeoramiento de los síntomas conductuales y un incremento de la mortalidad^{24,25}.

Dentro de las limitaciones del estudio estuvieron, en primer lugar, su naturaleza no longitudinal. La repercusión de los cambios graduales y progresivos del deterioro cognitivo en el nivel funcional pueden comprenderse mejor a través de un estudio longitudinal. Por otra parte permitiría descartar si realmente el deterioro funcional encontrado es un producto de este o de la patología osteomioarticular, ataxia espinocerebelosa o enfermedad cerebrovascular.

También introduce sesgos en la investigación la utilización exclusivamente del MMSE para evaluar el deterioro cognitivo, instrumento diseñado para pacientes con Alzheimer y con gran influencia del lenguaje y nivel educacional. Además no fue evaluada la presencia de depresión con escalas propias para pacientes dementes dentro de la comorbilidad, entidad frecuente en el adulto mayor institucionalizado que puede influenciar la respuesta a los test cognitivos.

Finalmente una limitación es la poca disponibilidad de pruebas de neuroimagen costosas, fundamentalmente RMN, en el 100% de los sujetos con DC, lo que puede generar un diagnóstico exagerado de enfermedad de Alzheimer en detrimento de cuadros de demencia vascular.

En futuras investigaciones se deben realizar estudios longitudinales, con más de una batería de evaluación neuropsicológica y descartar la presencia de depresión en los pacientes con los instrumentos que mejor se adapten a las características del adulto mayor cubano.

Los pacientes con deterioro cognitivo identificados por el estudio tienen una edad media, deterioro funcional y comorbilidad mayor que los pacientes sin deterioro cognitivo. Entre los ancianos con trastornos cognitivos predomina la demencia Alzheimer.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por Medwave, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación; no tener

relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando a los autores responsables.

Aspectos éticos

Este artículo no lleva consentimiento informado debido a que las evaluaciones realizadas forman parte de la historia clínica de los residentes del hogar de ancianos. Los autores aseguran que en todo el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos y que se respetó la confidencialidad de los participantes, los que en ningún momento serán revelados o publicados.

Los autores declaran que este estudio forma parte de un proyecto de investigación perteneciente a la Maestría Longevidad Satisfactoria, cuyo protocolo fue autorizado por el Comité de Investigación y Ética de la Universidad Médica Mariana Grajales Coello de Holguín, Cuba.

Referencias

1. Roca SA, Blanco TK. Demencia: un desafío en el siglo XXI. *Correo Científico Médico de Holguín* 2011;15(4). ↑ | [Link](#) |
2. Roca SA. Particularidades de atención a las demencias en el Hogar de Ancianos. *Rev Finlay*. 2011;1(3). ↑ | [Link](#) |
3. Sousa R, Ferri C, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jakob KS, et al. The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *BMC Geriatr*. 2010 Aug 6;10:53. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
4. Oficina Nacional Estadísticas. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. El envejecimiento de la población. Cuba y sus territorios 2010. La Habana: ONE, 2011. [on line] ↑ | [Link](#) |
5. Oficina Nacional de Estadísticas. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Cuba: Proyección de la Población. Nivel Nacional y Provincial, Período 2010-2030. La Habana: ONE, 2010. [on line] ↑ | [Link](#) |
6. Llibre RJ, Fernández Y, Marcheco B, Contreras N, López A, Otero M, et al. Prevalence of dementia and Alzheimer's Disease in a Havana Municipality: A community-based study among elderly residents. *MEDICC Rev*. 2009 Apr;11(2):29-35. ↑ | [PubMed](#) | [Link](#) |
7. Roca SA, Blanco TK. Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2007;11(4 suppl 1). ↑ | [Link](#) |
8. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189-98. ↑ | [PubMed](#) |
9. Taussig M, Mack WJ, Henderson VW. Concurrent validity of Spanish-language versions of the Mini-Mental State Examination, Mental Status Questionnaire, Information-Memory-Concentration

- Test, and Orientation-Memory-Concentration Test: Alzheimer's disease patients and nondemented elderly comparison subjects. *J Int Neuropsychol Soc.* 1996 Jul;2(4):286-98. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
10. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and the Human Service Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology.* 1984 Jul;34(7):939-44. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 11. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, García JH, et al. Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology.* 1993 Feb;43(2):250-60. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 12. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1994 Apr;57(4):416-8. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
 13. McKeith IG, Perry RH, Fairbairn AF, Jabeen S, Perry EK. Operational criteria for senile dementia of Lewy body type (SDLT). *Psychol Med.* 1992 Nov;22(4):911-22. ↑ | [PubMed](#) |
 14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington D.C.: American Psychiatry Association, 1994. ↑
 15. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH Jr, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.* 1982 May;37(3):323-9. ↑ | [PubMed](#) |
 16. Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI. Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. *Ann Intern Med.* 1992 Dec 15;117(12):1003-9. ↑ | [PubMed](#) |
 17. Fernández Guerra N, González Escudero H. Factores de riesgo vascular y función cognoscitiva en ancianos institucionalizados y de la comunidad. *Rev Cubana Med.* 2008;47(1). ↑ | [Link](#) |
 18. Mitchell S, Teno JM, Kiely DK, Shaffer M, Jones R, Prigerson HG, et al. Clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med.* 2009 Oct 15;361(16):1529-38. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
 19. Reid C. Quality of care and mortality among long term care residents with dementia. *Can Studies Pop.* 2008;35(1):49-71. ↑ | [Link](#) |
 20. López R, López JA, Castrodeza J, León T, de la Cruz G. Epidemiología de las demencias en residencias. Estudio multicéntrico RESYDEM. Comunicación al XLVIII Congreso de la SEGG: 14-17 de junio de 2006; Pamplona. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2006;41(Esp. Congreso):31. ↑ | [Link](#) |
 21. Shaji S, Bose S, Verghese A. Prevalence of dementia in an urban population in Kerala, India. *Br J Psychiatry.* 2005 Feb;186:136-40. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 22. Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in the elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia. *JAMA.* 2010 Jul 28;304(4):443-51. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 23. Carpenter GI, Hastie CL, Morris JN, Fries BE, Ankri J. Measuring change in activities of daily living in nursing home residents with moderate to severe cognitive impairment. *BMC Geriatr.* 2006 Apr 3;6:7. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
 24. Sampson EL, Blanchard MR, Jones L, Tookman A, King M. Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *Br J Psychiatry.* 2009 Jul;195(1):61-6. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 25. Formiga F, Fort I, Robles MJ, Riu S, Rodríguez D, Sabartes O. Aspectos diferenciales de comorbilidad en pacientes ancianos con demencia tipo Alzheimer o con demencia vascular. *Rev Neurol.* 2008 Jan 16-31;46(2):72-6. ↑ | [PubMed](#) |

Tablas

Grupo de edad	Con deterioro cognitivo	Sin deterioro cognitivo	Total
60-64	3	1	4 (6,6%)
65-69	4	4	8 (13,1%)
70-74	4	7	11 (18%)
75-79	7	3	10 (16,4%)
80-84	5	3	8 (13,1%)
85-89	7	3	10 (16,4%)
90≤	5	5	10 (16,4%)
Total	35 (57,4%)	26 (42,6%)	61 (100%)

Tabla I. Presencia o ausencia de deterioro cognitivo según grupos de edades. *Fuente:* Historias clínicas. Prueba U de Mann Whitney para la edad ($z=-0,43$; $p=0,667$).

Nivel funcional	Con deterioro cognitivo	Sin deterioro cognitivo	Total
Independiente	8 (13,1%)	15 (24,6%)	23 (37,7%)
Dependiente	27 (44,3%)	11 (18%)	38 (62,3%)
Total	35 (57,4%)	26 (42,6%)	61 (100%)

Tabla II. Presencia o ausencia de deterioro cognitivo y nivel funcional. *Fuente:* Historias clínicas. ($\chi^2=7,71$; $p=0,005$; $gl=1$) nivel funcional: medido con el Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer.

Deterioro cognitivo	Independiente	Dependiente	Total
19-23	5	1	6
18-14	2	2	4
14>	0	25	25
Total	7	28	35

Tabla III. Grado de deterioro cognitivo y nivel funcional. *Fuente:* Historias clínicas. ($\chi^2=25,76$; $p=0,0001$; $gl=2$) (Spearman= $-0,726$; $p=0,000$).

ECNT	Con DC	Sin DC	Total
HTA	7	7	14 (23%)
CI	4	5	9 (14,8%)
ECV	3	5	8 (13,1%)
EPOC	3	4	7 (11,5%)
DM	1	4	5 (8,2%)
Ataxia EC	1	3	4 (6,6%)
IRC	1	2	3 (4,9%)
ICCh	1,46 ($\pm 0,7$)	1,04 ($\pm 1,14$)	1,27 ($\pm 0,94$)

Tabla IV. Enfermedades crónicas no transmisibles y comorbilidad según la presencia o ausencia de deterioro cognitivo. *Fuente:* Historias Clínicas. Prueba U de Mann Whitney ($z=-2,434$; $p=0,015$). ICCh: Índice de Comorbilidad de Charlson.

Tipo de demencia	ICCh Media	ICCh Desviación estándar	ICCh Intervalo
Alzheimer	1,28	±0,46	1-2
Vascular	2,5	±1	2-4
Frontotemporal	1,66	±1,15	1-3
Lewy	1	-	-
Total	1,45	±0,71	1-4

Tabla V. Tipo de demencia y comorbilidad. *Fuente:* Historias clínicas. ICCh: Índice de Comorbilidad de Charlson.

Correspondencia a:

⁽¹⁾Servicio Geriatría, Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin
Avenida Lenin Número 3
Holguín, Cuba



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.