

“FACTORES ASOCIADOS A DETERIORO COGNITIVO LEVE EN UNA CLÍNICA DE MEMORIA DE BOGOTÁ”

Gardezabal T, Henao J.A.

Universidad El Bosque

OBJETIVOS: Determinar cuáles son los factores que se asocian al deterioro cognitivo leve en pacientes mayores de 50 años que asisten a una Clínica de Memoria de la ciudad de Bogotá.

METODOS: 30 casos diagnosticados con DCL fueron seleccionados y pareados (1:1) con 30 controles (por edad y género) con diagnóstico de envejecimiento normal. Las variables demográficas y exposiciones fueron analizadas de forma descriptiva. Se calcularon medidas de asociación (OR) entre los factores de interés y la aparición de DCL.

RESULTADOS: Se estudiaron 11 hombres y 19 mujeres en cada grupo.. Al calcular las medidas de asociación, con ninguno de los factores evaluados se encontró significancia estadística alguna que permita afirmar que uno de estos incrementa el riesgo de aparición de DCL. **CONCLUSION:** Nuestro estudio fue incapaz de demostrar asociaciones entre los factores evaluados y la aparición de DCL, Estos hallazgos pueden deberse al limitado tamaño de la

muestra incluido en el presente estudio. De cualquier manera nos permitió conocer el perfil del paciente que asiste a esta Clínica de Memoria en la ciudad de Bogotá.

Palabras Clave: Deterioro Cognitivo Leve, Factores de Riesgo,

INTRODUCCION

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) representa el estado intermedio de la función cognitiva entre los cambios propios del envejecimiento y los criterios para demencia. La mayoría de las personas presentan una pérdida cognitiva gradual típicamente ligada a la memoria. El porcentaje de personas que revierten a un funcionamiento cognitivo normal en muestras poblacionales es variable.

OBJETIVOS

- 1) Como Objetivo General se pretende determinar cuáles son los factores de riesgo que se asocian al deterioro cognitivo leve en pacientes mayores de 50 años que asisten a una Clínica de Memoria de la ciudad de Bogotá. Como objetivos específicos queremos
- 2) identificar sujetos con deterioro cognitivo leve (DCL) y sin deterioro cognitivo alguno en la población que asiste a una clínica de memoria en Bogotá.
- 3) Identificar las características personales que se asocian con mayor frecuencia a DCL.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de casos y controles., basado en la revisión de los informes escritos de pacientes que atendieron a una Clínica de memoria en Bogotá entre 2008 y 2013.

Se tomó como caso al adulto mayor de 50 años diagnosticado con DCL mediante evaluación interdisciplinaria consensuada (neurología, psiquiatría, geriatría y neuropsicología) según los criterios de Petersen(1).

frontotemporal, por cuerpos de Lewy, Parkinsonianas).
3. Evaluación cognitiva incompleta.

Se tomó como control al adulto mayor de 50 años con perfil cognitivo normal (pruebas cognitivas en rango para la edad, género y escolaridad).

Población de referencia y muestra: Se tomó la población que asistió a evaluación por Clínica de memoria entre el enero de 2008 y septiembre de 2013.

Se escogieron 30 casos en el periodo mencionado y se realizó un pareamiento 1:1 (por edad y género), con sus respectivos controles.

Se decidió utilizar una muestra censal por conveniencia debido a la dificultad para alcanzar el número de pacientes evaluados de la misma manera.

Criterios de Selección

1. Paciente mayor de 50 años.
2. Evaluado de manera interdisciplinaria en clínica de memoria (Geriatría, Neurología, Psiquiatría, Neuropsicología)
3. Diagnóstico consensuado de Deterioro Cognitivo Leve según los criterios de Petersen(1)

Criterios de Exclusión:

1. Paciente mayor de 50 años.
2. Diagnóstico de demencia (Enf. de Alzheimer, vascular, mixta,

RESULTADOS

Se analizó un total de 27 variables.

Los resultados de las variables numéricas se expresan como Media ± DS (IC 95%), en la Tabla 1.

Tabla 1. Análisis descriptivo de variables numéricas

Característica	Casos	Controles
Edad		
Media ± DS (IC 95%)	69.6 ±10.1	69 ±12.1
Peso Kg (DS)	72.5 (+/- 13.1)	65.9 (+/- 14.8)
Vitamina B12 (DS)	416.8 (+/-189,1)	395.8 (+/-193,6)
TSH (DS)	2,6 (+/- 1,8)	3,7 (+/- 4,5)
Calcio sérico (DS)	4,0 (+/- 4,5)	6,2 (+/- 4,7)
HbA1c % (DS)	6,8 (+/- 9,8)	6,7% (+/- 1,38)
Creatinina (DS)	1,0 (+/- 0,000)	1,0 (+/- 0,000)

Los resultados de las variables categóricas se expresan en tablas de frecuencia distribuidos por grupo de diagnóstico con los siguientes hallazgos:

Género :Masculino:36.6% en cada grupo. Femenino 63.3%.

Escolaridad:Primaria Incompleta 3.3%(solo en grupo DCL). *Primaria completa* : 6.7% DCL: 0% control. *Secundaria Incompleta:* 16.7% DCL; 10% control. *Secundaria Completa:* 26.7% DCL: 16.7% control. Técnico: 6.7% DCL, 6.7% control. Universitario: 26.7% DCL, 46.7% control. *Postgrado:* 13.3% DCL, 13.3% control.

Estado Civil: Soltero: .0% DCL: 6.7% control. Casado: 63.3% DCL: 66.7% control. Separado: .10% DCL: 6.7% control. Viudo: 26.7% DCL: 20% control.

Con quien Convive: Conyuge: 0% DCL: 3.3% control. Familia y Conyuge: 3.3% DCL: 0% control. Familia: 0% DCL: 3.3% control. Institucionalizado: 26.7% DCL: 20% control.

Remitante: Personal: 4% DCL: 6.9% control.

Familiar: 8% DCL: 0% control. Médico General: 0% DCL: 3.4% control. Médico Especialista: 88% DCL: 89.7% control.

Presencia de Hipertensión Arterial: 42.4% DCL: 57.6% control.

Hipertensión Arterial Controlada: 0% DCL: 3.3% control.

Diabetes Mellitus tipo 2: 52.9% DCL: 47.1% control.

Dislipidemia: 44.4% DCL: 55.6% control.

Antecedente de ACV/AIT: 50.9% DCL: 49.1% control.

Fibrilación Auricular: 93.1% DCL: 86.7% control.

Insuficiencia Cardíaca Congestiva: 47.4% DCL: 52.6% control.

Historia familiar de Enfermedad Mental: 65% DCL: 63.2% control.

Los demás factores evaluados no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio.

Se encontró que el 66.6% del total de los pacientes y el 46.6% de los pacientes con diagnóstico de DCL tiene escolaridad avanzada (universitaria en adelante). Lo que puede relacionarse más con el tipo de paciente que tiene acceso a esta clínica de memoria

más que a un factor asociado al desarrollo de la enfermedad.

Desafortunadamente, este estudio fue incapaz de establecer asociaciones estadísticamente significativas entre los factores de interés y la aparición de DCL.

Se calcularon las medidas de asociación entre los diferentes factores de riesgo y la aparición de DCL (ver tabla 2). Desafortunadamente con ningún resultado estadísticamente significativo.

Factor	Casos (%)	Controles (%)	OR (IC)	P
Género				0.8
Masculino	36.7	36.7		
Femenino	63.3	63.3		
HTA si	59.3	40.7	1.97 (0.70-5.54)	0.15
HTA controlada	51.5	48.1	0.46 (0.08-2.75)	0.33
DM2	33.3	66.7	0.44(0.1-1.9)	0.24
Dislipidemia	58.3	41.7	1.75(0.61-4.97)	0.21
ACV/AIT	33.3	66.7	0.48(0.08-2.86)	0.39
FA	100	0	0.47(0.36-0.62)	0.12
ICC	3.3	0	0.49(0.38-0.64)	0.5
EAC	6.7	0	3.32.07(0.18-24.1)	0.5
TCE	10.3	0	3.33.35(0.33-34.2)	0.25
Alcohol	26.3	18.2	1.6(0.36-7.1)	0.4
Tabaquismo	39.1	24.2	2.04(0.58-7.05)	0.21
Historia Familiar	35	36.8	0.92(0.25-3.4)	0.58
Incontinencia Urinaria	40.9	23.8	2.21(0.59-8.26)	0.18
Incontinencia Fecal	0	0	10.49(0.35-0.68)	0.26
Ait del sueño	37.5	55.6	0.48(0.14-1.67)	0.18
Ait conducta	25	36.4	0.58(0.11-3.1)	0.43
Ait motora	0	0	18.20.5(0.31-0.79)	0.28
Ait balance	66.7	16.7	10(0.64-154.4)	0.12

Tabla2. Medidas de asociación(OR) calculados para factores de interés.

Discusión

Quisimos construir un fenotipo del paciente con DCL en la población colombiana a partir de la asociación con variables de la base de datos.

Limitaciones:

Dadas las dificultades en encontrar un diligenciamiento completo en las historias clínicas que nutrían el informe escrito de la clínica de memoria, entendimos la necesidad de adherirse a los protocolos de evaluación para así haber alcanzado el tamaño de muestra requerido.

Conclusiones:

Este estudio fue incapaz de establecer asociaciones estadísticamente significativas entre los factores de interés y la aparición de DCL.

Referencias

1. Petersen, R. C., & Ph, D. (2011). Mild Cognitive Impairment. *New England Journal of Medicine*, 2227–2234.
2. Rodríguez J, Gil P. Deterioro cognitivo leve. In: Tratado de Neuropsicogeriatría. Madrid: Ergon.C;2010. p. 167-84.
3. Kral VA. (1962). Senescent forgetfulness: benign and malignant. *Can Med Assoc J*; 86:257-260.
4. Crook T, Bartus RT, Ferris SH, Whitehouse P, Cohen GD, Gershon S. (1986). Age associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change: report of a national Institute of Mental Health Work Group. *Dev Neuropsychol*;2:261-276.
5. Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs RC, Morris JC, Rabins PV et al. (2005) Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol* ;62: 1985-1992.
6. Roberts, R., & Knopman, D. S. (2013). Classification and epidemiology of MCI. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(4), 753–772. doi:10.1016/j.cger.2013.07.003
7. Yaffe K, Petersen RC, Lindquist K, Kramer J, Miller B. (2006). Subtype of mild cognitive impairment and progression to dementia and death. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 22:312-319.
8. Ganguli M, Dodge HH, Shen C, et al. (2004). Mild cognitive impairment, amnesic type: An epidemiologic study. *Neurology*, 63:115-121.
9. Visser PJ, Kester A, Jolles J, Verhey F. (2006). Ten-year risk of dementia in subjects with mild cognitive impairment. *Neurology*, 67:1201 – 1207.
10. Ritchie K, Artero S, Touchon J. (2001). Classification criteria for mild cognitive impairment: A population-based validation study. *Neurology*. 56: 37-44.
11. Bischkopf J, Busse A, Angermeyer MC. (2002). Mild cognitive impairment-a review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches. *Acta Psychiatr Scand*, 106:403.
12. Manly JJ, Tang MX, Schupf N et al. (2008). Frequency and course of mild cognitive impairment in a multiethnic community. *Ann Neurol*, 63:494-506.
13. Caracciolo B, Palmer K, Monastero R. Occurrence of cognitive impairment and dementia in the community: a 9-year-long prospective study. *Neurology*. 70:1778-1785
14. O’Bryant, S. E., Johnson, L., Reisch, J., Edwards, M., Hall, J., Barber, R., Singh, M. (2013). Risk factors for mild cognitive impairment among Mexican Americans. *Alzheimer’s & Dementia*, 9(6), 1–10. doi:10.1016/j.jalz.2012.12.007
15. Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment 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), 270–9. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.008
16. Alberto, G., Gómez, M., Hernando, L., & Ortiz, G. (2010). Deterioro cognitivo, nivel educativo y ocupación en una población de una clínica de memoria. *Revista Colombiana*, 39(2), 347–361. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=00347450&AN=83695647&h=AoFAHP9q7tiRg+DVOFTu6nHcQNu8Wtr6a8vITwo9IPHGuncXWVZI>

aR26BbDadW2AgEf5OphK6TU1PYb10
6ltGw==&crl=c

17. Bain, L. J. (2006). A review of the “State of the Art” on Mild Cognitive Impairment: the Fourth Annual Symposium. *Alzheimer’s & Dementia : The Journal of the Alzheimer’s Association*, 2(3), 246–56. doi:10.1016/j.jalz.2006.04.007
18. Breitner, J. C. S. (2014). Mild cognitive impairment and progression to dementia: New findings. *Neurology*, 82(4), e34–e35. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24470608>
19. Henao-arboleda, E., Aguirre-acevedo, D. C., Amnésico, T., Una, E. N., & Colombiana, P. (2008). Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana. *Revista de Neurologia*, 46(12), 709–713.
20. Stewart, R. (2012). Mild Cognitive Impairment-The Continuing Challenge of its “ Real-world” Detection and Diagnosis. *Archives of Medical Research*, 43(8), 609–614. doi:10.1016/j.arcmed.2012.10.011
21. Lin, P.-J., & Neumann, P. J. (2013). The economics of mild cognitive impairment. *Alzheimer’s & Dementia : The Journal of the Alzheimer’s Association*, 9(1), 58–62. doi:10.1016/j.jalz.2012.05.2117