

Descripción del perfil cognitivo y funcional de adultos mayores que acuden a un centro de envejecimiento activo en Canarias

Cristina Cazorla-Guillén^a, Candelaria-Merced Díaz-González^b

^aEstudiante del Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesora del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

El ritmo de envejecimiento de la población mundial traerá como consecuencia un incremento de los años vividos con discapacidad. El objetivo de la Organización Mundial de la Salud para esta década es la promoción de un envejecimiento saludable con el fin de mantener la capacidad funcional de los Adultos Mayores (AM). La valoración y el abordaje interdisciplinar en las esferas cognitiva-emocional, física, nutricional y social permiten detectar y prevenir los principales síndromes geriátricos potencialmente reversibles, como son el trastorno cognitivo leve, la fragilidad y las caídas. El objetivo de este estudio es el de describir el perfil de los AM que acudieron durante un año a un centro de envejecimiento activo (CEA) privado, identificar la situación funcional de los participantes, el porcentaje de AM frágiles y con deterioro cognitivo. Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo en sujetos mayores de 65 años que acudieron a un programa de envejecimiento activo en el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2018 y el 31 de diciembre de 2019. El perfil de pacientes que acudieron a este CEA privado eran en su mayoría mujeres, robustos o prefrágiles, sin limitación de la capacidad funcional y sin presencia de deterioro cognitivo o en estadio leve. Diversos autores coinciden en que la valoración en la esfera cognitiva y funcional en geriatría permite diseñar programas de ejercicio físico y estimulación cognitiva adaptados a las particularidades de cada individuo. Los principales grupos de trabajo a nivel mundial están desarrollando escalas con mayor sensibilidad y especificidad para detectar precozmente las situaciones adversas de salud en AM, pero la falta de centros especializados dificulta esta acción. La utilización de escalas validadas detecta un mayor porcentaje de AM con trastorno cognitivo leve y un porcentaje igual de fragilidad que los estimados.

Palabras clave: Fragilidad, disfunción Cognitiva, envejecimiento saludable.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno continuo, heterogéneo, universal e irreversible que se produce en el ciclo vital de cualquier ser humano. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como "Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales"¹. Es un concepto dinámico, que ha sufrido variaciones en los diferentes contextos históricos y sociales. En la actualidad, se dista de asociar el envejecimiento con la edad cronológica, marcada por el número de años, y se incluye la edad biológica, que mide el grado de deterioro del organismo, la edad psicológica, asociada a cambios cognitivos y conductuales y, la edad social, que determina el papel individual que desempeñan los individuos en la sociedad¹.

El ritmo de envejecimiento de la población mundial crece de manera exponencial. En España la población mayor de 65 años comprende actualmente el 17% de la población total (7 millones de personas), de las cuales un 25% supera los 80 años. En referencia a Canarias, en las dos últimas décadas el grado de envejecimiento se ha incrementado desde un 12% a un 15,3%, siendo más pronunciado en las islas occidentales. La previsión es que el crecimiento sea exponencial, equiparándose al del territorio nacional².

En materia de salud, como consecuencia se producirá un incremento de la mortalidad y de los años vividos con discapacidad (AVD), derivadas del aumento de las enfermedades no transmisibles crónicas. El control de los factores de riesgo cardiovascular, la educación para la salud y el empoderamiento de los pacientes son tareas esenciales para conseguir cambios de rutinas y de hábitos de vida que permitan a los adultos mayores (AM) no solo vivir más sino también incrementar su calidad de vida en términos de funcionalidad e independencia³.

El envejecimiento se produce por diferentes mecanismos que se pueden dividir en: factores intrínsecos y extrínsecos⁴. Los factores intrínsecos están relacionados con las alteraciones que se producen en los tejidos provocadas por el daño oxidativo y que alteran el funcionamiento de las mitocondrias. Esto conlleva a una disminución de la capacidad aeróbica y pérdida de las reservas funcionales⁴. Los factores extrínsecos están condicionados por factores ambientales y del estilo de vida y

pueden alterar el envejecimiento fisiológico. Entre los mecanismos más relevantes se encuentran la actividad física y la alimentación. Los individuos físicamente activos y que además practican ejercicio físico con regularidad, presentan mejor capacidad aeróbica y fuerza muscular, que son dos parámetros esenciales en el envejecimiento saludable. El sedentarismo predispone a la pérdida de fuerza (dinapenia) que cuando se asocia a una disminución de la masa muscular (sarcopenia) se relacionan con un mayor riesgo de caídas, fracturas y pérdida de funcionalidad⁵.

La presencia de estos factores determina el tipo de envejecimiento: normal, patológico (asociado a enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares que generan un impacto prematuro en la funcionalidad y calidad de vida) y exitoso (con plenas capacidades, físicas, funcionales y mentales hasta el final de la vida). Los elementos fundamentales que inclinan la balanza hacia el exitoso es la prevención de la fragilidad, sarcopenia y el deterioro cognitivo⁴.

El envejecimiento no es un proceso homogéneo y debido a los factores intrínsecos y extrínsecos puede derivar en tres grandes grupos: envejecimiento robusto, envejecimiento frágil y envejecimiento con dependencia⁴.

En primer lugar, y ante la ausencia de enfermedad o mínima alteración de los sistemas fisiológicos, se encuentra el proceso de envejecimiento robusto. Los individuos considerados AM robustos no sufren cambios relevantes en las esferas física, mental y social. El individuo presenta una reserva fisiológica suficiente para mantener la funcionalidad ante cualquier situación vital adversa^{4,6}.

En un punto intermedio entre el envejecimiento exitoso y el patológico, existe el concepto de fragilidad, que es un síndrome clínico que se caracteriza por presentar un desbalance energético-metabólico que altera la homeostasis interna del individuo y afecta a múltiples sistemas fisiológicos, situando a la persona en una situación de pérdida de autonomía ante eventos adversos de baja intensidad. Se trata de un estadio previo de la discapacidad y por tanto, para su diagnóstico, la persona debe tener una situación previa de independencia. Afecta a un 18% de AM de 65 años, de los cuales el diagnóstico es menor en el ámbito comunitario (12%) frente al 45% de AM que están institucionalizados⁷.

En la actualidad, el consenso de fragilidad establece los criterios diagnósticos de L. Fried, que considera que el fenotipo clínico debe incluir al menos tres criterios positivos (pérdida de peso no voluntaria de más de 4.5 kg en el último año, disminución en la velocidad de la marcha, disminución de la fuerza prensora, fatigabilidad y disminución de la actividad física), dos criterios para la situación de prefragilidad y menos de dos criterios para considerarse robusto^{6,7}.

La dependencia asociada al envejecimiento no forma parte del envejecimiento normal o fisiológico, y menos del envejecimiento exitoso. Para medir la funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se emplea el índice de Barthel, que establece el punto de corte en 60/100 para la dependencia leve. En cuanto a las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD), se utiliza la escala de Lawton y Brody (LyB), que mide 8 ítems, considerándose una puntuación de 6-7/8 como dependencia leve para estas actividades⁸. La dependencia cuando se establece es muy difícil de revertir y conlleva peor percepción de calidad de vida por los pacientes y se asocia a un mayor riesgo de hospitalización, mortalidad e institucionalización⁷.

Durante el proceso de envejecimiento se producen alteraciones de las funciones mentales, siendo las cognitivas (sobre todo las referentes a alteraciones de la memoria) las que se alteran con mayor frecuencia e intensidad. El deterioro cognitivo puede presentarse de forma heterogénea, de diversos grados, estableciéndose un amplio abanico situado entre la función cognitiva normal y la demencia⁹.

El trastorno cognitivo leve (TCL), antes conocido como deterioro cognitivo leve, es un síndrome geriátrico que conforma un estado intermedio entre la función cognitiva normal y la demencia. Se caracteriza por una pérdida cognitiva mayor de la que es esperable por la edad y el nivel educativo, pero que no compromete la independencia funcional del paciente. Según el DSM-V¹⁰, éste se produce en ausencia de síndrome confusional, no interfiere en las actividades de la vida diaria y el deterioro se produce en uno o más dominios cognitivos, de los que el propio paciente es capaz de darse cuenta. En la clínica habitual se realiza el Minimal State Examination (MMSE), cuyo punto de corte es 24/30 puntos y el Montreal Cognitive Assessment (MoCA) con un punto de corte de 26/30 puntos, pero este último es el único que es capaz de detectar el TCL, ya que, a diferencia del resto, mide la función ejecutiva, que es el primer dominio que se altera en el TCL. Otra prueba validada es el test del reloj (TRO), que, realizada junto con el MMSE, detecta la demencia tipo Alzheimer en su fase más temprana. Es una prueba rápida y fiable y el punto de corte se encuentra en 7/10 puntos⁸.

El TCL es una condición tratable, que mejora cuando se aborda en estadios iniciales, pero para ello debe ser diagnosticada, lo que supone un problema en la práctica clínica actual. El Grupo de Deterioro Cognitivo de la Asociación Europea de Innovación para el Envejecimiento Activo y Saludable (EIPAAH)¹¹ en su última revisión, estimó que la prevalencia de este síndrome es de entre un 5.5% y un 7.7% en personas mayores de 60 años y de un 22% en personas por encima de los 71 años, lo que supone un infradiagnóstico de esta condición. Además, prevé que solamente entre un 15% y un 41% evolucionará a una demencia¹¹.

Las limitaciones físicas están producidas por el deterioro del sistema musculoesquelético derivando en la pérdida de la funcionalidad en las actividades de la vida diaria, en el abandono de las actividades sociales y comunitarias¹².

Las guías de ejercicio para AM recomiendan 150 minutos de ejercicio físico semanal multicomponente, donde se incluya el mantenimiento y mejora del equilibrio, la fuerza muscular, la flexibilidad y la resistencia aeróbica, con el objetivo de conseguir una disminución del riesgo de caídas y fracturas óseas, disminución del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y mejora de la hipertensión arterial, reducción del riesgo de padecer cáncer de colon y diabetes, mejora de la sarcopenia y del síndrome de fragilidad, mejora de la percepción del dolor y mejora del estado de ánimo¹².

El Short Physical Performance Battery (SPPB) es un test validado que valora la capacidad funcional y la fragilidad en AM. Combina tres test: prueba de equilibrio, prueba de levantarse de la silla y velocidad de la marcha (VM). Considera que las personas con una puntuación < 10 tienen más probabilidad de presentar síndrome de fragilidad. La VM se puede medir en una distancia de 4 metros, que coincide con las recomendaciones existentes. Una VM <0.8 m/s se asocia a fragilidad, mayor riesgo de caídas, discapacidad y mortalidad⁸.

La OMS acuñó el término de envejecimiento activo a finales de los años 90, donde su intención era reconocer los derechos humanos de los AM, dejando de verlos como sujetos pasivos y considerándolos dignos de participación en la vida comunitaria¹³.

En la Comunidad Autónoma de Canarias existen centros de día y residencias tanto de ámbito público como privado que promueven el envejecimiento activo. De forma paralela, muchos ayuntamientos en Canarias promueven actividades de envejecimiento activo que se desarrollan de forma temporal para grupos no seleccionados de usuarios, sin objetivos terapéuticos, seguimientos periódicos, ni medidas de seguimiento¹⁴.

Muy pocos centros sanitarios a nivel nacional y autonómico se han creado con el objetivo de mantener la funcionalidad de los adultos mayores. El Servicio Canario de la Salud no cuenta en su cartera de servicio con este tipo de programa y solo desde Atención Primaria, algunos Centros de Salud ofertan programas de ejercicio físico continuados en el tiempo¹⁴.

La figura de la enfermería dentro de un equipo interdisciplinar es crucial en el diagnóstico de la fragilidad como síndrome biológico, mediante valoraciones nutricionales, físicas y cognitivas, así como en la detección de comorbilidades y el control de la polifarmacia. Este diagnóstico precoz permite la intervención temprana mediante la modificación del estilo de vida de los AM a través de programas de envejecimiento activo. La enfermera a su vez, puede llevar a cabo la ejecución y coordinación de programas de envejecimiento activo. Los centros de envejecimiento activo que a su vez son dirigidos por enfermeras, permiten a los usuarios estar conectados con la comunidad, les aseguran ser atendidos de forma multidisciplinar y facilitan la detección de problemas de salud que pueden ser abordados de forma precoz¹⁵.

El aumento del envejecimiento mundial trae asociado alteraciones físicas y cognitivas que afectan a la salud y autonomía del AM, generando dependencia e incremento del gasto sanitario para los estados. Por esta razón, la implementación de centros de envejecimiento activo (CEA) promueve el mantenimiento de las capacidades físicas, cognitivas y sociales, mediante la combinación de programas de ejercicio físico multicomponente y de estimulación cognitiva. Este tipo de centros de financiación privada, no se encuentran accesibles a todos los AM, y muchos de los profesionales de enfermería desconocen su existencia o funcionamiento.

El objetivo general es el de describir el perfil de los pacientes que acudieron al CEA Hebe en su apertura, en el periodo comprendido entre 1 diciembre de 2018 y 1 diciembre de 2019, previo a la pandemia por Covid-19.

Dentro de los objetivos específicos se encontraban: identificar el porcentaje de AM frágiles, el porcentaje de AM con deterioro cognitivo y la situación funcional de los AM que acuden al CEA Hebe.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo en sujetos mayores de 65 años que han acudido a un programa de envejecimiento activo en el periodo de un año.

El estudio se desarrolló en el CEA S.L. Hebe en Las Palmas de Gran Canaria, utilizando como muestra a los usuarios que acudieron durante el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2018 y el 31 de diciembre de 2019, período que coincide con la puesta en marcha del CEA. Los datos se han recogido a partir de los datos registrados por los profesionales en el programa de gestión sanitaria Clinic Cloud, propiedad del CEA Hebe. La población a estudio según los datos remitidos por el centro asciende a 122 pacientes, que son los inscritos en el periodo de análisis de este estudio.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron los siguientes: adultos mayores de 65 años, con independencia para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel \geq 80). Por otro lado, entre los criterios de exclusión se encontraban: pacientes diagnosticados de demencia y que presenten un nivel de dependencia moderado-avanzado (Barthel < 80).

Se han incluido en el estudio las variables independientes: a) Sociodemográficas (sexo, edad); b) Las variables clínicas de comorbilidad (hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus II (DM), dislipemia (DLP), obesidad, cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardíaca (IC), fibrilación auricular (FA), accidente cerebro vascular (ACV), enfermedad de Parkinson, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad renal crónica (ERC), trastorno cognitivo leve (TCL), neoplasias, depresión y caídas); c) Las variables funcionales (ABVD medidas con el índice de Barthel, AIVD medidas con

el índice de LyB y el test de rendimiento funcional SPPB; d) Las variables cognitivas (MMSE, MoCA y el TRO); e) El diagnóstico de fragilidad según los criterios de L. Fried ⁶.

La investigadora accedió en octubre de 2022 a los datos recogidos en programa de gestión sanitaria Clinic Cloud: a) Valoración física y cognitiva (realizada por fisioterapeutas, psicólogos y médico geriatra), permitiendo obtener los datos sociodemográficos, comorbilidades y grado de dependencia de las ABVD y AIVD. b) Valoración física, permitió además conocer el rendimiento funcional medio y los criterios de fragilidad de L. Fried. c) Valoración cognitiva de la que se obtuvo el estado cognitivo.

Las variables cualitativas serán representadas en frecuencia absoluta y porcentaje, mientras que las variables cuantitativas, se expresarán como medida de dispersión, media y desviación estándar. El análisis estadístico se realizó con el programa gratuito Jamovi 2.3.21.

Antes del comienzo de este estudio, se realizó la solicitud pertinente al CEA Hebe (con fecha de autorización el 27 de octubre de 2022), así como la solicitud del Comité de Ética de Investigación de Hospital Doctor Negrín de Gran Canaria, con fecha del 8 de noviembre de 2022 se recibe la respuesta positiva de esta entidad.

3. RESULTADOS

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se descartaron 6 sujetos por diagnóstico de demencia, 9 sujetos que no alcanzaban los 65 años y 7 sujetos cuya puntuación del Barthel era de <80 puntos, por lo tanto, la muestra resultante fue de N=100 participantes.

Los sujetos de la muestra realizaron una valoración cognitiva y/o física previa a la incorporación al programa de envejecimiento activo correspondiente. Un 40% (n = 40) de la muestra realizó únicamente la valoración física. Un 12% (n = 12) de los pacientes se sometió exclusivamente a la valoración cognitiva. El 48% (n = 48) restante realizó ambas valoraciones conjuntamente. En total fueron realizadas 143 valoraciones en ambas áreas, 90 en el área física y 53 en el área cognitiva.

En función del sexo, la muestra estuvo conformada mayoritariamente por mujeres, 73 mujeres y 27 hombres. La edad media de los pacientes fue de 77,2 años, con una desviación estándar de 6,26. En base a los datos obtenidos de las diferentes valoraciones realizadas por los profesionales del centro (Tabla 1), la media de sujetos de la muestra era completamente independiente para las ABVD (Índice de Barthel medio 98,8 puntos) En cuanto a las AIVD, la puntuación media correspondía a una dependencia leve (Índice de Lawton y Brody medio 6,7 puntos). La diferencia entre sexos era bastante homogénea, predominando los sujetos independientes, frente a los dependientes totales, que constituían un porcentaje mínimo.

Tabla 1 – Variables nivel de dependencia: ABVD y AIVD por sexos. Fuente: elaboración propia.

Variables: ABVD y AIVD		Sexo		Total
		Mujeres n (%)	Hombres n (%)	
Barthel [0-100]	Independiente (100)	63 (86,3%)	22 (81,4%)	85 (85%)
	Dependencia leve (60-95)	10 (13,7%)	5 (18,6%)	15 (15%)
	Dependencia moderada (40-55)	0	0	0
	Dependencia severa (20-35)	0	0	0
	Dependencia total (< 20)	0	0	0
	Total	73 (100%)	27 (100%)	100 (100%)
Lawton y Brody [0-8]	Sin dependencia (8)	47 (64,4%)	18 (66,6%)	65 (65%)
	Dependencia leve (7-9)	9 (12,3%)	2 (7,4%)	11 (11%)
	Dependencia moderada (4-6)	11 (15%)	3 (11%)	14 (14%)
	Dependencia importante (0-3)	3 (4,1%)	3 (11%)	6 (6%)
	Dependencia total (0-1)	3 (4,1%)	1 (3,7%)	4 (4%)
	Total	73 (100%)	27 (100%)	100 (100%)

Respecto a las comorbilidades más prevalentes en la muestra (gráfico 1), los factores de riesgo cardiovascular (HTA, DLP y DM-II) fueron las más frecuentes. A nivel cognitivo-emocional, destacaban el síndrome depresivo y el TCL previamente diagnosticado, cuyo porcentaje dista de los diagnosticados tras la valoración cognitiva en el centro (Tabla 2). Destaca una muestra con bajas comorbilidades cardio-respiratorias (EPOC, CI, IC, FA), cerebrovasculares (ACV) y neurológicas (EP).

Se detectó antecedentes de neoplasia en un bajo porcentaje de la muestra. Uno de cada cinco participantes reconocía haber sufrido al menos un episodio de caídas en el último año.

Tabla 2 – Situación cognitiva de los participantes por sexos. Fuente: elaboración propia.

Variables Cognitivas		Sexo		Total
		Mujer n (%)	Hombre n (%)	
MMSE [0-30]	TCL (<24)	12 (31,5%)	1 (6,6 %)	13 (24,5%)
	No TCL (≥ 24)	26 (68,5%)	14 (93,4%)	40 (75,5%)
	Total	38 (100%)	15 (100%)	53 (100%)
MoCA [0-30]	TCL (< 26)	25 (65,7%)	13 (86,6%)	38 (71,7 %)
	No TCL (≥ 26)	13 (34,3%)	2 (13,4%)	15 (28,3%)
	Total	38 (100%)	15 (100%)	53 (100%)
TRO [0-10]	TCL (<7)	7 (18,4%)	3 (20%)	10 (18,9 %)
	No TCL (≥ 7)	31 (81,6%)	12 (80%)	43 (81,1%)
	Total	38 (100%)	15 (100%)	53 (100%)

Tabla 3 – Frecuencias absolutas y porcentaje de las variables funcionales (N=90). Fuente: elaboración propia.

Variables funcionales		Sexo		Total
		Mujeres n (%)	Hombres n (%)	
Fragilidad (Fried)	Fragiles	14 (20,9%)	1 (4,3%)	15 (16,7%)
	Prefragiles	14 (20,9%)	5 (21,7%)	19 (21,1%)
	Robustos	39 (58,2%)	17 (73,9%)	56 (62,2%)
	Total	67 (100%)	23 (100%)	90 (100%)
SPPB [0-12]	Sin limitación (>10)	44 (65,6%)	19 (82,6%)	63 (70%)
	Limitación leve (7-9)	15 (22,4%)	4 (17,4%)	19 (21,1%)
	Limitación moderada (4-6)	6 (8,9%)	0 (0%)	6 (6,6%)
	Limitación grave (0-3)	2 (3%)	0 (0%)	2 (2,2%)
	Total	67 (100%)	23 (100%)	90 (100%)
VM (m/s)	Media	1.02m/seg		
	< 0.8 m/s	16 (23,8%)	3 (13%)	19 (21,6%)
	Total	67 (100%)	23 (100%)	90 (100%)

Al analizar el perfil de sujetos que acudieron al programa de ejercicio físico (ver tabla 3). De un total de 90 sujetos, 23 (25,5%) eran hombres y 67 (74,5%) eran mujeres. La mayor parte de los participantes eran adultos mayores robustos, predominando los prefrágiles sobre los frágiles. En la muestra estudiada la proporción de adultos mayores robustos era mayor en hombres que mujeres. Las mujeres mostraban mayor porcentaje de fragilidad. No se observaron diferencias por sexo en los adultos mayores prefrágiles.

En cuanto al rendimiento físico, la mayor parte de los participantes de ambos sexos no presentaban limitación de la capacidad funcional o ésta era leve. Cuando se analizó la VM medida en una distancia de 4 metros, se obtuvo una puntuación media de 1,02 metros por segundo (m/s) y uno de cada cinco presentó VM muy lentas (< 0,8 m/s). Las mujeres presentaban velocidades de la marcha muy lentas más frecuentemente que los hombres.

4. DISCUSIÓN

En este estudio se evidencia la diferencia de sexo entre los sujetos, siendo muy superior el porcentaje de mujeres. En el estudio de Pinazo et al¹⁶, se demostró que en general las mujeres participan en más programas de actividades dirigidas que los hombres, que suelen realizar más ejercicio físico al aire libre y de manera independiente. Según las estadísticas nacionales³, la esperanza de vida de las mujeres es de 4,8 años más que los hombres, sin embargo, la esperanza de vida con buena salud para la mujer es peor. En nuestro estudio se observa que las mujeres obtienen peores resultados de salud en comparación a los hombres, tanto a nivel cognitivo como funcional. Esto pone de relieve la importancia de personalizar los programas de envejecimiento activo, teniendo en cuenta las características sociodemográficas, así como los antecedentes personales y la historia de vida de cada individuo.

En este programa se realizaron diferentes test cognitivos validados, donde los resultados obtenidos coinciden con las recomendaciones de la EIPAHA¹¹ sobre el diagnóstico del TCL. Creemos que es una fortaleza de nuestro estudio implementar test adecuadamente validados para el diagnóstico neuropsicológico del TCL. En el presente trabajo, se puede comprobar la diferencia de detección de TCL según la escala utilizada, teniendo el test MoCA mayor capacidad de detección de TCL con respecto al MMSE. La valoración cognitiva exhaustiva que se realizó en el CEA Hebe pone en manifiesto un posible infradiagnóstico de este trastorno en la comunidad, ya que los principales grupos de trabajo europeos de deterioro cognitivo como la EIPAHA¹¹ y británicos como el consenso de Manchester¹⁷ estiman esta prevalencia sobre el 22% en el grupo etario evaluado, un 50% menos que el detectado en este trabajo. Esto podría explicarse porque al tratarse de un programa de estimulación cognitiva donde los pacientes acuden de forma voluntaria es más que probable que exista un sesgo de selección y no se trata de una muestra representativa de toda la comunidad adulta mayor como en los estudios antes presentados. Los datos que arrojan estos estudios, ponen en relieve la importancia de las terapias cognitivas y el ejercicio físico en la reversión del TCL, ya que hasta un 44% de los sujetos pueden mejorar los resultados de los test, superando el punto de corte para TCL. Sin embargo, sin un buen abordaje multidisciplinar la probabilidad de desarrollar una demencia se incrementará. Esto cobra especial interés en aquellos pacientes con mayor número de factores de riesgo; edad avanzada, presencia de enfermedades como la HTA, la DM tipo II y la DLP, que coinciden con las comorbilidades más prevalentes en nuestro estudio, el sedentarismo, la disminución de las relaciones sociales y depresión^{12, 17}.

La importancia de la detección de la fragilidad a nivel comunitario radica en la prevención de la discapacidad y la dependencia. En estudios nacionales tan relevantes como Fradea¹⁸ y la actualización del Ministerio de Sanidad⁸, se pone de relieve el infradiagnóstico de AM frágiles tanto los que viven en la comunidad como los institucionalizados. En nuestro trabajo, se puede ver que el porcentaje de AM frágiles y prefrágiles a nivel comunitario es muy similar a los otros estudios ya mencionados realizados en nuestro país.

La velocidad de la marcha es uno de los criterios de fragilidad L. Fried⁶ que a su vez está relacionado con un gran síndrome geriátrico, las caídas, que generan mayor riesgo de fracturas, institucionalización, discapacidad y muerte⁷. El grupo consenso de trabajo de caídas a nivel nacional, recalca que el riesgo de caídas en AM se incrementa cuando el sujeto ha tenido caídas previas en el último año⁷. En el presente trabajo, se puede comprobar que el porcentaje de personas que han sufrido una caída en el último año coincide con el de personas frágiles y, además, con aquellos sujetos que presentan una velocidad de la marcha muy lenta. Esta disociación de parámetros permite identificar y desarrollar un programa de ejercicio físico multicomponente específico para estos AM, como es el programa Vivifrail¹⁹, utilizado en el CEA Hebe y que engloba la resistencia aeróbica, la flexibilidad, el equilibrio y la fuerza muscular, además de ser específico para la prevención de caídas y la fragilidad.

Las limitaciones de este trabajo son, en primer lugar, la escasa representación poblacional de la muestra, ya que solamente se incluyen participantes con una situación económica óptima que les permita acceder a este tipo de centros. En segundo lugar, la muestra elegida es previa a la pandemia de Covid-19, ya que durante este tiempo el centro permaneció varios meses cerrado y no se contemplan los posibles cambios producidos en los sujetos tras el periodo de confinamiento.

Las directrices para futuras investigaciones se basarían en estudiar el perfil de todos los sujetos que acudieron al centro con fecha posterior a la utilizada en este proyecto y analizar si existen cambios en ellos antes y después de la pandemia Covid-19. Asimismo, sería de interés analizar los cambios producidos en las variables funcionales y cognitivas de los participantes tras acudir a los programas de ejercicio físico y estimulación cognitiva a los 6 y 12 meses.

5. CONCLUSIONES

1. Se concluye que el perfil de pacientes que acudieron al CEA Hebe son predominantemente mujeres septuagenarias. Entre los participantes del estudio predominan aquellos con factores de riesgo cardiovascular y depresión. Además, uno de cada cinco ha presentado caídas previas.
2. Se estima que los AM frágiles conforman la minoría de la muestra, predominando las mujeres sobre los hombres. Los participantes eran mayoritariamente robustos, y en menor medida prefrágiles.
3. Se estima que el porcentaje de AM con TCL varía según el test cognitivo utilizado. El MoCA detecta el triple de sujetos con TCL que el MMSE y hasta un 50% más que en estudios internacionales. Se cree que esto puede ser debido a un sesgo de selección en la muestra.
4. Se concluye que los participantes de este estudio eran independientes para las ABVD y con dependencia leve para las AIVD. La mayor parte de la muestra no presenta limitación funcional o ésta es leve.

REFERENCIAS

- [1] Alvarado AM, Salazar AM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014;25(2):57-62. doi: 10.4321/S1134-928X2014000200002
- [2] Observatorio Canario de la Salud. Índice de envejecimiento ¿Cómo ha variado el nivel de envejecimiento en las islas? [Internet]. Canarias: Servicio Canario de la Salud; 2018 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/mFvtCHUR>
- [3] Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E, et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016". *Med Clin*. 2018; 151 (5): 171-90. doi: 10.1016/j.medcli.2018.05.011
- [4] Jaeger C. "Fisiología del envejecimiento. EMC-Kinesiterap-Med Fisica. 2018; 39(2): 1-12. doi: 10.1016/S1293-2965(18)89822-X
- [5] Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019 Jan 1;48(1):16-31. doi: 10.1093/ageing/afy169. Erratum in: *Age Ageing*. 2019 Jul 1;48(4):601.
- [6] Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, Cesari M, Chumlea WC, Doehner W, Evans J, Fried LP, Guralnik JM, Katz PR, Malmstrom TK, McCarter RJ, Gutierrez Robledo LM, Rockwood K, von Haehling S, Vandewoude MF, Walston J. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Jun;14(6):392-7. doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022
- [7] Grupo de Trabajo de Prevención de la Fragilidad y Caídas de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/vHUyvcwpDv4>
- [8] Casanova-Muñoz V, Hernández-Ruiz A, Durantez-Fernández C, López-Mongil R, Niño-Martín V. Descripción y aplicación clínica de las escalas de valoración geriátrica integral: una revisión sistemática rápida de revisiones. *Rev Clin Esp*. 2022;222(7):417-31. doi: 10.1016/j.rce.2022.01.002
- [9] Sagrario M, Fortea J, Villarejo A, Sánchez R (coord.). Guía oficial de práctica clínica en demencia [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2018 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/bRpE4pv6>
- [10] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 5 ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- [11] Apostolo J, Holland C, O'Connell MD, Feeney J, Tabares-Seisdedos R, Tadros G, et al. Mild cognitive decline. A position statement of the Cognitive Decline Group of the European Innovation Partnership for Active and Healthy Ageing (EIPAAH). *Maturitas*. 2016 Jan;83:83-93. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.10.008
- [12] Mora JC, Valencia WM. Exercise and Older Adults. *Clin Geriatr Med*. 2018 Feb;34(1):145-162. doi: 10.1016/j.cger.2017.08.007
- [13] Petretto DR, Pili R, Gaviano L, Matos C, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(4):229-41. doi: 10.1016/j.regg.2015.10.003
- [14] Agost MR, Martín L, Moreno A. Estrategias dirigidas a promover el envejecimiento activo y saludable en las comunidades autónomas españolas. *Infodir* [Internet]. 2021 [citado 09 mayo 2023];36:e1076. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/inf/n36/1996-3521-inf-36-e1076.pdf>
- [15] Mostacero E, Martínez ML. "Rol de la enfermera en el envejecimiento activo y saludable". *Gerokomos* [Internet]. 2019 [citado 09 mayo 2023]; 30(4):181-189. Disponible en: <https://cuty.io/nErn0O4F>
- [16] Pinazo-Hernandis S, Torregrosa-Ruiz M, Jiménez-Martí M, Blanco-Molina M. Participación social y satisfacción vital: tipos de participación y diferencias entre mujeres y hombres mayores. *Rev Psicol Salud*. 2019; 7(1). doi: 10.21134/pssa.v7i1.870
- [17] Dunne RA, Aarsland D, O'Brien JT, Ballard C, Banerjee S, Fox NC, et al. Mild cognitive impairment: the Manchester consensus. *Age Ageing*. 2021 Jan 8;50(1):72-80. doi: 10.1093/ageing/afaa228
- [18] Abizanda P, López-Torres J, Romero L, López M, Sánchez PM, Atienza P, et al. Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46(2):81-88. doi: 10.1016/j.regg.2010.10.004
- [19] Izquierdo M, Casas A, Zambom F, Martínez N, Alonso C, Rodríguez L. Programa multicomponente de ejercicio físico para la prevención de la fragilidad y el riesgo de caídas". Madrid: Erasmus +; 2017.