

Evaluación de la función cognitiva diaria del adulto y adulto mayor mediante el uso del ECog (everyday cognition)

Evaluation of the daily cognitive function of adults and elderly adults through the use of ECog (everyday cognition)

Alejandro G. Almaguer-Rodríguez, Héctor Riquelme-Heras, Celina Gómez-Gómez†,
Eduardo Méndez-Espinosa, Raúl Gutiérrez-Herrera y Yeyetzy Ordoñez-Azuara

Resumen

Introducción: Adulteza mayor es la etapa de la vida donde ocurren cambios biológicos importantes como la disminución de la función cognitiva. El ECog es una herramienta útil para detectar cambios iniciales en la disminución de la función cognitiva y deterioro cognitivo subjetivo. Puede ser contestado por un informante(familiar) sin necesidad de estar presente el paciente, se puede aplicar a pacientes de bajo nivel educativo o con alguna discapacidad, sin ser esta una limitante.

Objetivo: Conocer los cambios en la función cognitiva diaria del adulto y adulto mayor por décadas. (50-59, 60-69, >70años) mediante el ECog.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, aleatorizado, tipo encuesta. Se incluyeron pacientes mayores de 50 años que acudieron a consulta de Medicina Familiar, por cualquier motivo diferente a demencia, se excluyeron pacientes que no desearon participar y se eliminaron encuestas incompletas. La n fue de 180 pacientes, 60 pacientes por cada grupo de edad (grupo 1=50-59 años, grupo 2=60-69 años y grupo 3=>70 años). Se aplicó a los pacientes el ECog (contestado por un informante). Se calcularon las medias por grupo de edad, se calculó la variación entre cada grupo utilizando una fórmula de comparación de medias, se calculó la prevalencia de Deterioro Cognitivo Subjetivo (punto de corte en ECog>1.36) por grupos de edad y los dominios más afectados.

Resultados: La disminución de la función cognitiva medida mediante el ECog aumentó conforme avanza la edad de manera significativa entre cada grupo (Anova p menor a 0.001), así como la prevalencia de casos con Deterioro Cognitivo Subjetivo. Las funciones más afectadas fueron la memoria, la atención y la organización. El dominio menos afectado fue el lenguaje.

Conclusión: Se observó un cambio significativo de la disminución de la función cognitiva conforme avanza la edad. El ECog es una excelente herramienta, fácil y sencilla de utilizar para el médico de Atención Primaria.

Palabras clave: ECog, deterioro cognitivo, adulto mayor.

Abstract

Introduction: Older adulthood is the stage of life where significant biological changes occur, such as a decrease in cognitive function. The ECog is a valuable tool for detecting early changes in declining cognitive function and subjective cognitive impairment. It can be answered by an informant (relative) without needing the patient to be present. It can be applied to patients with a low educational level or some disability without this limitation.

Objective: To know the changes in the daily cognitive function of adults and older adults for decades. (50-59, 60-69, >70 years) using the ECog.

Methods: Descriptive, cross-sectional, randomized, survey-type study. Patients over 50 who attended a Family Medicine consultation for any reason other than dementia were included, patients who did not wish to participate were excluded, and incomplete surveys were eliminated. The n was 180 patients, 60 for each age group (group 1=50-59 years, group 2=60-69 years, and group 3=>70 years). The ECog was applied to the patients (answered by an informant). The means were calculated by age group, the variation between each group was calculated using a means comparison formula, the prevalence of Subjective Cognitive Impairment (cut-off point in ECog>1.36) was calculated by age group, and the most affected domains.

Results: The decrease in cognitive function measured by the ECog increased significantly with age in each group (Anova p value less than 0.001) and the prevalence of cases with Subjective Cognitive Impairment. The most affected functions were memory, attention and organization. The least affected domain was language.

Conclusion: A significant decline in cognitive function was observed with advancing age. The ECog is an excellent tool, easy and straightforward to use for the Primary Care physician.

Keywords: ECog, cognitive impairment, older adult.

Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 32, N° 3, 2023

Introducción

Cualquier alteración que ocurra en la salud del adulto mayor terminará por afectar a su familia y su entorno, ya que va perdiendo su capacidad de independencia conforme avanza la edad y la aparición del deterioro cognitivo el cual puede ser normal hasta cierto grado, pero si este evoluciona puede avanzar hacia una demencia la cual es una situación patológica en el envejecimiento del adulto mayor.¹

Según el Informe mundial sobre demencias, las últimas cifras actualizadas en 2015, hay aproximadamente 900 millones de personas de 60 años o más en todo el mundo, y la demencia afecta a aproximadamente 46.8 millones de personas de esta población. Siguiendo una distribución regional de nuevos casos de demencia, aproximadamente 4.9 millones (49% del total) se encuentran en Asia; 2.5 millones (25%) en Europa; 1.7 millones (18%) en las Américas; y 0.8 millones (8%) en África.²

“En América Latina (LATAM), la prevalencia de demencia se estima del 8.5% en la población general, una de las más altas del mundo.”³

En la actualidad hay más de 13 millones de adultos mayores de 60 años en México y se estima que para el año 2050, si no es que antes, el número de mexicanos afectados por la enfermedad de Alzheimer será de más de 3.5 millones.⁴

La cognición en términos generales es “conjunto de procesos cognitivos implicados en cómo la gente piensa sobre ella misma, otras personas, situaciones sociales e interacciones” es decir el funcionamiento intelectual que nos permite interactuar con el medio en el que nos desenvolvemos.⁵

Se llaman funciones mentales superiores o funciones cognitivas a la: atención, aprendizaje y memoria, lenguaje, emociones, conciencia, pensamiento y razonamiento, así como las funciones ejecutivas. Estos pueden estar afectados en mayor o menor intensidad.⁶

Según la Asociación de Alzheimer y el Center for Disease Control and Prevention (CDC) el deterioro cognitivo subjetivo consiste en problemas de la memoria auto-reportados que han empeorado a lo largo del último año entre individuos aparentemente con cognición normal⁷ y es importante distinguirlo de otras situaciones de deterioro.

El deterioro cognitivo leve es una situación de disfunción o disminución cognitiva, que no alcanza el grado de demencia en el contexto clínico inicial de la Enfermedad de Alzheimer.⁸

La demencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2016, en el libro INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES, se define como un “síndrome que implica deterioro en la memoria, intelecto, comportamiento y en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria”. Por lo que afecta la memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y el juicio. La conciencia

no se ve afectada. Sin embargo, cabe destacar que el deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.⁹

La capacidad funcional del adulto mayor es definida como “el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno”. Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales.¹⁰

En el deterioro cognitivo leve (DCL) es importante poder detectar los cambios funcionales muy leves que ocurren antes de que una demencia pueda ser diagnosticada.

Para abordar las limitaciones antes mencionadas de los instrumentos funcionales existentes, se desarrolló un instrumento funcional llamado ECog (Everyday Cognition). “Es un instrumento psicométricamente riguroso” que evalúa las habilidades funcionales de los adultos mayores en un amplio rango de habilidad, abarcando desde envejecimiento normal a demencia leve o moderada.¹¹ Este instrumento puede ser contestado por un informante familiar del paciente.¹²

El ECog se basa en un modelo conceptual que sugiere diferentes dominios de la función diaria y se pueden medir mediante la identificación de tareas funcionales que dependen, en gran medida en habilidades cognitivas particulares con un alfa de Cronbach de 0.98. El ECog es capaz de medir el deterioro y el cambio en los dominios del funcionamiento diario del mundo real relevantes para dominios neuropsicológicos cognitivos específicos: 1. Memoria de todos los días. 2. Lenguaje cotidiano. 3. Conocimiento semántico cotidiano. 4. Habilidades cotidianas visual-espaciales. Tres dominios ejecutivos cotidianos que incluyen: 5. La planificación diaria. 6. La organización cotidiana. 7. La atención diaria dividida. En total la escala consta de 39 ítems de los cuales de cada reactivo se pueden obtener 4 respuestas pidiéndole a los informantes que comparan el nivel actual de funcionamiento diario del participante con la forma en que funcionó 10 años antes. Las opciones de respuesta incluyeron: 1 = mejor o ningún cambio en comparación con 10 años antes, 2 = cuestionable /ocasionalmente peor, 3 = consistentemente un poco peor, 4 = consistentemente mucho peor. También se incluye una opción de respuesta “No sé”.

El valor total de ECog es la suma de todos los elementos completados, dividida entre los elementos completados (en los que se responde - No sé- se toma como elemento no completado) y se pueden obtener puntajes del 1-4, entre mayor puntaje menor o peor es la función cognitiva diaria.¹³

Se ha utilizado la escala en diferentes estudios de investigación, en uno de ellos se demostró la asociación entre la escala de ECog, los biomarcadores, el volumen del hipocampo y el metabolismo neuronal.¹⁴ En otro de

ellos se asocia los cambios en el área del giro frontal superior con cambios en el resultado del ECog visual-espacial,¹⁵ también se ha utilizado en estudios de neurología en pacientes con demencia por Parkinson.¹

Objetivos

Objetivo general

Conocer los cambios en la función cognitiva diaria del adulto y adulto mayor por décadas (50-59, 60-69, y >70años) mediante el ECog.

Objetivos específicos

1. Calcular la prevalencia de deterioro cognitivo subjetivo por grupos de edad.
2. Determinar en qué áreas de dominios cognitivos del adulto y adulto mayor se encuentra mayor afectación y determinar las afectaciones por décadas.
3. Analizar las diferentes variables médicas incluida la multimorbilidad y su asociación con la presencia de deterioro cognitivo subjetivo.
4. Determinar los dominios mejor conservados

Material y Métodos

El estudio se realizó en la consulta de Medicina Familiar del Hospital Universitario, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México; el cual fue descriptivo, transversal aleatorio, y tipo encuesta.

Aspectos éticos:

Este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética y el de Investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario con la siguiente clave de registro: MF19-00004.

Población estudiada:

Se incluyeron pacientes mayores a 50 años que acudieron a la consulta de Medicina Familiar, por cualquier motivo de consulta diferente a demencia.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Personas mayores de 50 años.
2. Hombres y mujeres.
3. Que aceptaron participar.
4. Que acudieron a la consulta de medicina familiar.

Criterios de exclusión:

Pacientes en los cuales su motivo de consulta fue demencia

Criterios de eliminación:

Encuestas incompletas.

Un informante (un familiar), es un evaluador que calificó al paciente, familiarizado con el desempeño del individuo en entornos del mundo real, quien contestó el cuestionario ECog.

Instrumentos de recolección de datos:

Se aplicó un cuestionario con varias secciones que comprende de: I- Datos sociodemográficos del participante, II Características médicas y III la sección con el instrumento (ECog). versión en español.

Los datos de morbilidad de obtuvieron del expediente clínico de cada paciente.

Análisis de datos:

Con una confianza de 99%, una significancia bilateral del 0.01 y una potencia de 97.5% se requirieron al menos 180 sujetos de estudio por grupo de edad.

Se utilizó una fórmula de comparación de medias en diferentes grupos. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS vs 20 para Windows donde se calcularon las frecuencias de las diferentes variables estudiadas. Se realizaron 3 grupos de edades según la década de la vida donde se encontraba el paciente. Grupo 1: pacientes entre 50-59 años de edad, grupo 2: de 60 a 69 años y grupos 3 mayores de 70 años. Se calcularon las medias de la puntuación de ECog en los diferentes grupos de edad, posteriormente se hizo una comparación de medias mediante el factor Anova para valorar la significancia del cambio de los resultados de ECog entre los diferentes grupos de edades. Se analizó la frecuencia de los pacientes que obtuvieron una puntuación alterada de ECog (deterioro cognitivo subjetivo) en la población total y por cada grupo de edad, tomando como punto de corte mayor a 1.36 cuando la encuesta es contestada por el informante.

Se calculó la chi² para valorar la asociación entre las diferentes variables categóricas, siendo un valor significativo $p < 0.05$ con un intervalo de confianza de 95% y se calculó el OR de aquellas variables médicas y sociodemográficas que resultaron significativas.

Resultados

Se valoraron 60 pacientes por cada grupo de edad de manera aleatoria con una $n=180$ en total, 40 % (72) de sexo masculino y 60% (108) femenino. La escolaridad fue predominantemente de bajo nivel educativo, 20% (36) analfabeta, 46.7% (84) primaria, en la mayoría de sus casos trunca y 15.6% (28) secundaria.

De acuerdo a la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación (AMAI) de México del año 2020, de los niveles socioeconómicos (NSE) los pacientes estudiados pertenecen a las clasificaciones medio y bajo (C-, D+, D, E y F) (amai.org)

El 64.4% (116) estaban casados, 13.9% (25) viudos y 7.2% (13) solteros.

Se observó que los mayores de 50 años que acuden a nuestra consulta, en un 45% (81) llegan acompañados por su hija, 27.7% (50) por el cónyuge quienes se encargan de estar al pendiente del cuidado y del seguimiento médico de esta población estudiada y quienes

fueron los informantes para el ECog. En la población estudiada 33.3% (60) viven con el cónyuge, 30% (54) viven con cónyuge e hijos y en un 23% (43) viven solo con los hijos.

Se calculó la tasa de prevalencia de Deterioro Cognitivo Subjetivo en cada grupo de edad obteniendo los siguientes resultados, 5 casos en el grupo 1, n=60 (8.3%), 11 casos en el grupo 2, n=60 (18. %), 23 casos en el grupo 3 n=60 (38.3%) y de manera global en todos los mayores de 50 años 21.7% (39 pacientes del total de la muestra). En la tabla 1 se muestra la asociación de los grupos de edad a Deterioro Cognitivo Subjetivo.

Los resultados obtenidos en el ECog en la población, fueron los siguientes: la media en el ECog fue de 1.139 en pacientes del grupo 1 de 50 a 59 años de edad, ECog de 1.264 en pacientes de 60 a 69 años quienes conformaban el grupo 2 y de 1.516 en pacientes mayores de 70 años, el grupo 3.

La variación del puntaje ECog entre los diferentes grupos de edad fue significativo mediante una comparación de medias. (Anova $p < 0.0001$). Además, se puede observar que el incremento del ECog ó sea la disminu-

Tabla 1. Prevalencia de Deterioro cognitivo Subjetivo por grupo de edad

Deterioro Cognitivo Total	Grupo de edad			
	Grupo 1 50-59 años	Grupo 2 60-69 años	Grupo 3 >73 años	Total
Si	5	11	23	39
	8.30%	18.30%	38.30%	21.70%
No	55	49	37	141
	91.70%	81.70%	61.70%	78.30%
Total	60	60	60	180

N=180

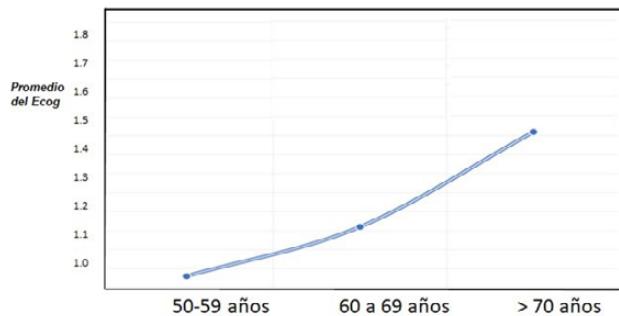


Figura 1. Función cognitiva (Ecog) conforme avanza la edad

ción de la función cognitiva fue de manera exponencial conforme avanza la edad por década particularmente a partir de los 70 años como se observa en la Figura 1.

Al analizar los diferentes dominios cognitivos y su grado de afectación específico para cada dominio se obtuvo lo siguiente: De manera global en la población total estudiada (n=180), la memoria con un promedio en el ECog de 1.492 fue el dominio más afectado, seguido de la atención dividida con 1.359 y la organización con un ECog promedio 1.302. Un dato relevante encontrado fue que posterior a los 70 años todos los dominios en promedio muestran un ECog mayor a 1.36 el cual es el punto de corte para considerar un deterioro cognitivo subjetivo. (Tabla 2.)

En la tabla 2 se muestra el promedio de ECog obtenidos por cada grupo de edad y por cada dominio. Se observa como los dominios memoria y atención dividida son los más afectados tanto en población total como por diferentes grupos de edad. El dominio mejor conservado fue el lenguaje.

A continuación, se muestra en la figura 2 los promedios ECog de los diferentes dominios conforme avanza la edad.

En la Tabla 3 se muestra la Asociación de los grupos de edad con Deterioro cognitivo Subjetivo. Existe una relevancia estadística en el grupo de mayores de 70 años.

Descripción de las características médicas de población estudiada y su asociación con Deterioro Cognitivo Subjetivo. En la Tabla 4 se muestran las frecuencias de las enfermedades crónicas presentadas en los pacientes evaluados mayores de 50 años y su porcentaje respecto a la n=180, así como su asociación con Deterioro Cognitivo

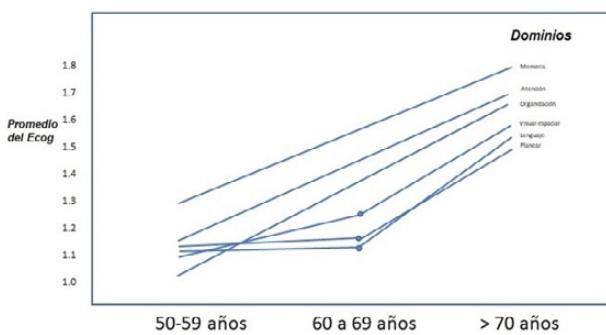


Figura 2. Función cognitiva (Ecog) conforme avanza la edad. Dominios

Tabla 2. Dominios cognitivos y su grado de afectación promedio por grupos estudiados

Grupo de edad	ECog Memoria	ECog Lenguaje	ECog Capacidades visual-espaciales y percepción	ECog Habilidad para Planear	ECog Organización	ECog Atención dividida
50-59	Media 1.29	1.10	1.11	1.09	1.08	1.16
60-69	Media 1.48	1.13	1.21	1.15	1.27	1.35
Mayores de 70	Media 1.71	1.38	1.44	1.43	1.56	1.56
Total	Media 1.49	1.20	1.25	1.22	1.30	1.36

N=180

Tabla 3. Asociación de los grupos de edad con Deterioro cognitivo Subjetivo

Edad	DCS	valor de p	OR IC 95%
50-59 años	5	0.002	0.23 (0.085-0.624)
60-69 años	11	0.443	0.73 (0.339-1.607)
>70 años	23	0.001	4.04 (1.927-8.470)

N=180

Tabla 4. Prevalencia de enfermedad y asociación con Deterioro Cognitivo Subjetivo

Enfermedad	f	%	Valor de p	OR IC 95%
Diabetes Mellitus tipo 2	67	37.2	0.188	
Hipertensión Arterial	82	45.6	<0.05	1.99 (0.97-4.10)
Osteoartrosis	12	6.7	0.772	
Artritis Reumatoide	3	1.7	0.358	
Cáncer	7	3.9	0.651	
Dispepsia	9	5.0	0.967	
Cardiopatía	11	6.1	0.222	
EPOC	2	1.1	0.454	
Secuelas por EVC	8	4.4	0.815	
Osteoporosis	1	0.6	0.598	
Enfermedad Renal Crónica	6	3.3	0.48	
Hipotiroidismo	10	5.6	0.148	
Depresión	8	4.4	0.005	6.76 (1.54-29.70)
Dislipidemia	28	15.6	<0.05	2.35 (0.98-5.63)
Tabaco	32	17.8	0.756	
Alcoholismo	32	17.8	0.659	
Drogadicción	1	0.6	0.598	
Exposición a Biomasa	40	22.2	0.147	
Polifarmacia	74	41.1	0.722	
Multimorbilidad	99	55.6	<0.05	2.85 (1.29-6.30)

N=180

Subjetivo mediante el uso de ECog. De 180 pacientes que se valoraron 17.8 % (32) fuman, 17.8% consume alcohol, solo un paciente (0.6%) mencionó consumir drogas y un 22.2 % (40) estar expuesto a biomasa. Las enfermedades más comunes fueron Hipertensión Arterial Sistémica en un 45.6% (67) y Diabetes Mellitus tipo 1 y 2 en el 37.2%. De las enfermedades crónicas que presentaban se encontró una asociación significativa entre Deterioro Cognitivo Subjetivo con Hipertensión Arterial Sistémica, depresión y dislipidemia. (p< 0.05).

Discusión.

El instrumento ECog combinado con un cuestionario sociodemográfico y médico se logró aplicar de manera muy sencilla a nuestra población estudiada. El informante más común según la literatura revisada en los pacientes con demencia son los cónyuges (56%), los hijos (35%), otros miembros de la familia (5%) y en el 4% otro tipo de informante,^{12,17} nosotros pudimos observar que las hijas fueron el principal informante para nuestra población 45% (8, n=180), 27.7% (50) el cónyuge, 8% (16) el hijo y 19% otros.

Un estudio muy amplio de Taylor¹⁸ en Estados Unidos reporta una prevalencia de Deterioro Cognitivo

Subjetivo de un 6% hasta un 16.3% En nuestro estudio encontramos una prevalencia de 21.7%

El Center for Disease Control and Prevention y la Asociación de Alzheimer reconocen que una de cada 10 personas presenta Deterioro Cognitivo subjetivo.⁷

Nueva evidencia sugiere que se pueden detectar cambios funcionales sutiles en individuos que todavía se consideran cognitivamente normales.¹⁹ Varios estudios han sugerido una mayor asociación de Deterioro cognitivo subjetivo con deterioro cognitivo leve, con demencia y con Alzheimer.^{17,20} y con biomarcadores.^{21,22}

Presentar Deterioro Cognitivo Subjetivo mediante el ECog en el autoreporte (ECog contestada por el paciente) se asocia con mayor riesgo de deterioro cognitivo.²³

El Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) en el año 2001 señaló un 7% para deterioro cognoscitivo menor y 3.3% deterioro cognoscitivo mayor, con dependencia funcional.²⁴

En un estudio tipo encuesta realizada por Christopher Taylor, la prevalencia de deterioro cognitivo subjetivo aumentó con la edad, de 10.4% entre adultos de 45 a 54 años a 14.3% entre aquellos de ≥ 75 años. Una limitante de este estudio fue la aplicación de las encuestas por línea telefónica.¹⁸

Se mostró en un estudio de la historia natural de deterioro cognitivo (mild cognitive impairment) (MCI) que estos pacientes en comparación con pacientes con cognición normal, su memoria episódica disminuye 3.5 veces más rápido, 2 veces más rápido en memoria semántica y 40% más rápido en percepción. En ese mismo estudio se encontró que personas con deterioro cognitivo disminuyeron significativamente más rápido en la cognición global.²³

En nuestro estudio, encontramos mediante el ECog en pacientes cognitivamente normales, que los dominios que más se afectan son la memoria y la atención dividida tanto en personas de 50 años de edad, como en los de 60 años, siendo más notorio la afectación a partir de los 70 años, donde incluso observamos que todos los dominios evaluados se encuentran por arriba del punto de corte para Deterioro Cognitivo Subjetivo.

Los estudios epidemiológicos dan resultados contrastados en cuanto a la asociación entre dislipemia y deterioro cognitivo.²⁵

Los datos que existen en la literatura acerca de los factores demográficos y cardiovasculares son principalmente en relación con deterioro cognitivo y demencia son pocos, el encontrado fue realizado el año 2017-2019 y fue utilizando una base de datos realizada por la CDC en Estados Unidos mediante la encuesta Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS).²⁶

Al contrario de nuestro estudio, aunque la muestra fue pequeña y no fue diseñado para valorar la asociación y riesgo entre enfermedades crónico-degenerativas vs. Deterioro Cognitivo Subjetivo.

En un estudio de Jurado realizado en Ecuador reportaron “una relación significativa entre los niveles de hemoglobina glicosilada y el deterioro cognitivo para todas las funciones cognitivas evaluadas: memoria, atención y función ejecutiva.”²⁷

Respecto a lo antes mencionado, se encontró asociación de Deterioro Cognitivo Subjetivo con la edad (ser >70 años), $p<0.001$, $OR=4.04$, ($IC=1.927-8.470$), hipertensión arterial sistémica ($p<0.05$), Dislipidemia ($p<0.005$), y depresión ($p<0.005$).

Multimorbilidad. En nuestro estudio se encontró una prevalencia de multimorbilidad en mayores de 50 años del 55.6% y una asociación significativa con Deterioro Cognitivo Subjetivo ($OR=2.85$), ($IC=1.29-6.30$) $p<0.05$.

Conclusiones

El ECog es un instrumento útil para detectar deterioro cognitivo. Es una excelente herramienta, fácil y sencilla de utilizar en atención primaria. Es confiable para valorar cambios cognitivos y funcionales incipientes, así como deterioro cognitivo subjetivo.

La prevalencia de Deterioro Cognitivo Subjetivo en este estudio en una población mayor a 50 años fue de 21.7%

Las funciones más afectadas son la memoria, la atención y la organización. El dominio menos afectado fue el lenguaje.

Conforme avanza la edad por décadas de la vida aumenta el promedio de la puntuación del ECog, siendo a partir de los 70 años el incremento más significativo. La prevalencia de casos de deterioro cognitivo subjetivo aumenta con la edad. En el presente estudio no se evaluó la relación del deterioro cognitivo con el nivel socioeconómico ni con variables culturales. Únicamente se relacionó con las enfermedades más frecuentes de estas edades.

En mayores de 70 años la disminución subjetiva promedio de la función cognitiva se afecta de manera global en los 6 dominios. Un paciente menor de 70 años con afectación global los 6 dominios del ECog (>1.36) debe considerarse en riesgo y evaluarse de manera minuciosa por el riesgo mayor a desarrollar MCI en el futuro.

Los factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo subjetivo fueron la edad >70 años, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia y depresión.

Tomando en cuenta lo previamente mencionado, nosotros hacemos énfasis en que un paciente con Deterioro Cognitivo Subjetivo con afectación en el dominio de memoria y atención dividida, se debe evaluar periódicamente y de manera dirigida para la búsqueda objetiva de deterioro cognitivo, además de tomar como dato de alarma aquel paciente que durante el seguimiento se encuentra posteriormente afectación de los dominios restantes. Además, se sugiere considerar a un paciente de 50 y 60 años con un ECog alterado (>1.36) en los 6 dominios evaluados como un paciente en riesgo.

Referencias

1. Klaassen G, Werlinger E, Contreras L, González A, Vera A, et al. Calidad de Vida en Demencia Alzheimer: un nuevo desafío. Revista chilena de neuro-psiquiatría 2021; 59(4): 361-367. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272021000400361>
2. Prince M, Comas-Herrera A, Knapp M, Guerchet M, Karagiannidou M. World Alzheimer Report 2016 Improving healthcare for people living with dementia. Coverage, Quality and costs now and in the future. Alzheimer's Disease International (ADI). 2016;1-14. <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2016>
3. Zurique-Sánchez C, Cadena-Sanabria M, Zurique-Sánchez M, et al. Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2019; 54, 6: 346-355. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.12.007>
4. Reyna M de L, González MV, López FJ, González GR. Demencias Una Visión Panorámica Demencias. 2014; 10-12. <http://www.geriatría.salud.gob.mx/descargas/publicacionesinger/Demencia.pdf>
5. Ruiz-Ruiz JC, García-Ferrer S, Fuentes-Durá I. La Relevancia De La Cognición Social En La Esquizofrenia. Apuntes De Psicología 2012; 24(1-3): 137-155. <https://www.apuntesdepsicología.es/index.php/revista/article/view/74>
6. Gutiérrez-Soriano JR, Zamora-López B, Fouilloux C, Petra I. Funciones mentales: neurobiología. <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/ism/unidad3.pdf>
7. Center for Disease Control and Prevention. Alzheimer's Disease and Healthy Aging. 2020 <https://www.cdc.gov/aging/spanish/infographic/2018/new-york-cognitive-decline.html>
8. Gutiérrez-Rodríguez J, Guzmán-Gutiérrez G. Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. Revista Española de Geriatría y Gerontología 2017; 52, Supplement 1: 3-6. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(18\)30072-6](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(18)30072-6)
9. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Int Stat Classif Dis Relat Heal Probl. 2016;3(5):1-848. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
10. Segovia-Díaz de León M, Torres-Hernández E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos. 2015; 22(4): 162-166. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-9228X2011000400003>
11. Rueda AD, Lau KM, Saito N, Harvey D, Risacher SL, Aisen PS, et al. Self-rated and informant-rated everyday function in comparison to objective 64 markers of Alzheimer's disease. Alzheimer's Dement. 2015; 11(9): 1080-9. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.09.002>

12. Farias ST, Reed BR, Cahn-Weiner D, Jagust W. The Measurement of Everyday Cognition (ECog): Scale Development and Psychometric Properties. *Neuropsychology*. 2008; 22(4): 531–44. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.22.4.531>
13. Tomaszewski-Farias S, Dan Mungas, Harvey D, Simmons A, Reed BR, DeCarli Ch. The measurement of everyday cognition: Development and validation of a short form of the Everyday Cognition scales. *Alzheimer's & Dementia* 2011; 7, Issue 6: 593-601 <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.02.007>
14. Russo MJ, Cohen G, Chrem Mendez P, Campos J, Martín ME, Clarens MF, et al. Utility of the Spanish version of the Everyday Cognition scale in the diagnosis of mild cognitive impairment and mild dementia in an older cohort from the Argentina-ADNI. *Aging Clin Exp Res*. 2018; 0(0): 1–10 <https://doi.org/10.1007/s40520-018-0899-8>
15. Valdés Hernández M del C, Reid S, Mikhael S, Pernet C. Do 2-year changes in superior frontal gyrus and global brain atrophy affect cognition? *Alzheimer's Dement Diagnosis, Assess Dis Monit*. 2018; 10: 706–16. <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2018.07.010>
16. Cooper RA, Benge J, Lantrip C, Soileau MJ. The everyday cognition scale in Parkinson's disease. *Baylor Univ Med Cent Proc*. 2017; 30(3): 265–7 <https://doi.org/10.1080/08998280.2017.11929611>
17. Caselli RJ, Chen K, Locke DEC, Lee W, Roontiva A, Bandy D, et al. Subjective cognitive decline: Self and informant comparisons. *Alzheimer's Dement [Internet]*. 2014; 10(1): 93–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2013.01.003>
18. Taylor CA, Bouldin ED, McGuire LC. Subjective cognitive decline among adults aged ≥ 45 years — United States, 2015-2016. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2018; 67(27): 754–7. <https://doi.org/10.15585%2Fmmwr.mm6727a1>
19. Farias ST, Chou E, Harvey DJ, Mungas D, Reed B, DeCarli C, et al. Longitudinal trajectories of everyday function by diagnostic status. *Psychol Aging*. 2013; 28(4): 1070–5. <https://doi.org/10.1037/a0034069>
20. Buckley RF, Maruff P, Ames D, Bourgeat P, Martins RN, Masters CL, et al. Subjective memory decline predicts greater rates of clinical progression in pre-clinical Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement [Internet]*. 2016; 12(7): 796–804. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2015.12.013>
21. Perrotin A, La Joie R, de La Sayette V, Barré L, Mézenge F, Mutlu J, et al. Subjective cognitive decline in cognitively normal elders from the community or from a memory clinic: Differential affective and imaging correlates. *65 Alzheimer's Dement*. 2017; 13(5): 550–60. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.08.011>
22. Mielke MM, Wiste HJ, Weigand SD, Knopman DS, Lowe VJ, Roberts RO, et al. Indicators of amyloid burden in a population-based study of cognitively normal elderly. *Neurology*. 2012; 79(15): 1570–7. <https://doi.org/10.1212%2FWNL.0b013e31826e2696>
23. Van Harten AC, Mielke MM, Swenson-Dravis DM, Hagen CE, Edwards KK, Roberts RO, et al. Subjective cognitive decline and risk of MCI: The Mayo Clinic Study of Aging. *Neurology*. 2018; 91(4): e300–12 <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005863>
24. Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruiz-Arregui L, Gutiérrez-Robledo LM. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública Mex*. 2007; 49(SUPPL. 4): 475–81. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-3634200700100006&script=sci_abstract&tlang=pt
25. Solomon A, Kåreholt I, Ngandu T, Winblad B, Nissinen A, Tuomilehto J, et al. Serum cholesterol changes after midlife and late-life cognition: Twenty-one year follow-up study. *Neurology*. 2007; 68(10): 751–6. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000256368.57375.b7>
26. Pharr J, Batra K. Physical and Mental Disabilities among the Gender-Diverse Population Using the Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRFSS (2017–2019): A Propensity-Matched Analysis. *Healthcare*. 2021; 9(10): 1285. <https://doi.org/10.3390/healthcare9101285>
27. Jurado MB, Santibáñez R, Palacios-Mendoza M, Moreno-Zambrano D, Peñaherrera C, Duarte MC, et al. Deterioro Cognitivo en Pacientes Diabéticos De 55 a 65 Años de Edad. Reporte Final de Estudio Observacional, Transversal en la Ciudad de Guayaquil. *Rev. Ecuat. Neurol*. 2018; 27 N° 1: 41-50. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812018000100041