



CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdcl2023, (mayo 2023) ISSN 2415-0282

Factores asociados al deterioro cognitivo en consulta externa de Medicina Interna

Associated factors with cognitive impairment in internal medicine outpatients

Geisy María Rosales Martínez¹<https://orcid.org/0009-0005-7254-3850>

Carmen Rosa Perera Lombillo¹ <https://orcid.org/0009-0004-7122-0489>

Antonio Belaunde Clausell ^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-5602-0188>

Guido E. Lluís Ramos¹ ORCID<https://orcid.org/0000-0003-4938-241X>

Doniel Valdés Rodríguez¹ <https://orcid.org/0009-0006-3314-2920>

Elisbeth Pérez Montes de Oca² <https://orcid.org/0000-0002-4224-6039>

¹Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: hfinlay32@infomed.sld.cu

RESUMEN:

Introducción: En la actualidad el deterioro cognitivo persiste como un concepto que refleja una disminución del rendimiento de las capacidades mentales.

Objetivo: Determinar la prevalencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores atendidos en una consulta externa de Medicina Interna e identificar, dentro de un conjunto de factores, cuáles tienen mayor asociación al deterioro cognitivo.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, desarrollado en la consulta externa del servicio de medicina interna del Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”, en el periodo de enero de 2022 a enero de 2023. La muestra quedó conformada por 64 sujetos. Para identificar dentro de un grupo de factores sobre la aparición de deterioro cognitivo, se realizó un análisis univariado mediante la prueba de independencia X^2 . Se calculó el OR.

Resultados: La edad promedio de la muestra fue de 74,84 años. Predominaron los pacientes con edades comprendidas entre 70-79 años (46,9 %; IC: 34,4-59,4). La prevalencia de pacientes con deterioro cognitivo leve fue del 42,3 % (IC: 3,1-54,7). Se constató relación estadísticamente significativa entre deterioro cognitivo y las siguientes variables: grupo etario (OR=1,467; p=0,000), nivel educacional bajo (OR=3,673; p=0,001), recoger el lápiz (OR=2,981; p=0,001), caminar 4,6 metros (OR=2,784; p=0,003), ictus (OR=1,279; p=0,038) y necesidad de cuidador (OR=1,764; p=0,000).

Conclusiones: En la población estudiada el deterioro cognitivo constituye un problema de salud. La edad, un nivel educacional bajo, alteración de las pruebas de flexibilidad y movilidad, el ictus y la necesidad de cuidador constituyeron factores de riesgo para el deterioro cognitivo.

Palabras Clave: anciano, demencia; deterioro cognitivo, factor de riesgo.

ABSTRACT:

Introduction: Cognitive impairment currently persists as a concept that reflects a decline in the performance of mental abilities.

Objective: To determine the prevalence of cognitive impairment in older adults seen in an Internal Medicine outpatient clinic and to identify, within a set of factors, which have a greater association with cognitive impairment.

Methods: A cross-sectional observational study was carried out in the outpatient clinic of the internal medicine service of the Central Military Hospital "Dr. Carlos J. Finlay",

from January 2022 to January 2023. The sample consisted of 64 subjects. To identify within a group of factors on the occurrence of cognitive impairment, a univariate analysis was performed using the X2 test of independence. The OR was calculated.

Results: The mean age of the sample was 74.84 years. Patients aged 70-79 years predominated (46.9 %; CI: 34.4-59.4). The prevalence of patients with mild cognitive impairment was 42.3 % (CI: 3.1-54.7). A statistically significant relationship was found between cognitive impairment and the following variables: age group (OR=1.467; p=0.000), low educational level (OR=3.673; p=0.001), pencil pick-up (OR=2.981; p=0.001), walking 4.6 meters (OR=2.784; p=0.003), stroke (OR=1.279; p=0.038) and need for caregiver (OR=1.764; p=0.000).

Conclusions: In the population studied cognitive impairment constitutes a health problem. Age, low educational level, alteration of flexibility and mobility tests, stroke and the need for a caregiver were risk factors for cognitive impairment.

Keywords: elderly, dementia; cognitive impairment, risk factor.

INTRODUCCIÓN:

Según las proyecciones demográficas de hoy día, se estima que la proporción de personas mayores de 65 años se duplicará en el año 2050. En la actualidad, 761 millones de personas en todo el mundo tenían 65 años o más, cifra que aumentará a 1600 millones en 2050. ⁽¹⁾ Esta tendencia al crecimiento constituirá uno de los retos más formidables a los que tendrán que enfrentarse las sociedades occidentales en un futuro cercano. ^(2,3)

Es bien conocido el impacto que sobre la sociedad tiene el envejecimiento progresivo de la población, aún más si sumamos la morbilidad que este fenómeno conlleva. Cuba, junto con Argentina, Uruguay y Chile ocupan los primeros lugares en porcentaje de envejecimiento en el continente americano, encontrándose en la categoría de "vejez demográfica". ⁽⁴⁾ En Cuba se constató en el año 2019 que el 20,8 % de la población se podía considerar como anciana. ⁽⁵⁾

Los problemas de memoria afectan justamente al 30 % de las personas mayores de 65 años, mientras que las demencias las padecen del 5 al 10 % de esta población. Los trastornos de la atención, del lenguaje (afasia), los defectos sensoriales (visuales y auditivos), así como la depresión son los trastornos que con más frecuencia interfieren

con el adecuado funcionamiento de nuestra memoria. La depresión puede simular una demencia.⁽⁶⁾

En la actualidad el deterioro cognitivo persiste como un concepto mal delimitado y poco consensuado, que refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial.⁽⁷⁾

Presupone un declive o merma respecto al nivel de funcionamiento previo, una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas, lo que no siempre resulta demostrable. El declive intelectual asociado a la edad se suele presentar como un trastorno aparentemente leve de la memoria para hechos recientes, cuyas manifestaciones clínicas varían en un amplio rango, desde los olvidos cotidianos y transitorios meramente subjetivos, hasta un serio trastorno de la capacidad de recordar en la zona fronteriza de la demencia.⁽⁸⁾

Dentro de esa perspectiva se cuestiona: ¿Cuál es la frecuencia de la condición médica deterioro cognitivo, presente en adultos mayores atendidos en consulta externa de Medicina Interna? Y ¿Cuáles, de un conjunto de presuntos factores biológicos, psicológicos, sociales y funcionales constituyeron factores de riesgo para esta entidad? Como objetivos de este trabajo, se plantearon, determinar la prevalencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores atendidos en una consulta externa de Medicina Interna e identificar, dentro de un conjunto de factores biológicos, psicológicos, sociales y funcionales, cuáles tienen mayor asociación al deterioro cognitivo.

MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, desarrollado en la consulta externa del servicio de medicina interna del Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”, en el periodo de enero de 2022 a enero de 2023. La muestra quedó conformada por 64 sujetos. Se realizó un muestreo por conveniencia.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión: Edad de 60 años o más, según carnet de identidad y acudir a consulta de medicina interna en el periodo de estudio. Criterios de exclusión: Negativa a participar en el estudio y adultos mayores con Síndrome Confusional

Se analizaron las variables: grupo etario (60-69 años, 70-79 años, 80-89 años y ≥ 90 años), sexo (femenino y masculino), color de piel (blanco, mestizo y negro), nivel educacional (sin escolaridad, primaria, secundaria, pre universitaria y universitaria), estado civil (casado, divorciado, viudo, soltero, unión consensual), alteración de las pruebas de flexibilidad y movilidad (alterada, no alterada), presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, ictus, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica, artrosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad de Parkinson, obesidad), deterioro cognitivo (sin deterioro cognitivo, posible deterioro cognitivo, deterioro cognitivo leve, deterioro cognitivo moderado y deterioro cognitivo severo) y necesidad de cuidador (sí, no).

Se utilizaron los test de caminar 4,6 metros y recoger el lápiz para medir flexibilidad y movilidad.⁽⁹⁾ Se evaluó deterioro cognitivo mediante la Mini prueba del estado mental de Folstein.⁽¹⁰⁾

Dentro del análisis estadístico se utilizaron como medidas de resúmenes las frecuencias absolutas y relativas. Fue verificado para cada variable registrada, que no existieran valores extremos, inconsistentes o perdidos. Para identificar dentro de un grupo de factores de riesgo biológico, psicológico, social y funcional sobre la aparición de deterioro cognitivo, se realizó inicialmente un análisis univariado mediante la prueba de independencia X^2 . Se calculó el OR para el análisis multivariado, con el uso de la regresión logística múltiple con respuesta dicotómica (deterioro cognitivo o no deterioro cognitivo). Los análisis se realizaron con el uso de la versión 23 de IBM SPSS Statistics. Se respetó el principio a la confidencialidad de la información. Fue aprobada la investigación por el Consejo Científico y el Comité de Ética de las investigaciones.

RESULTADOS:

La edad promedio de la muestra fue de 74,84 años. Predominaron los pacientes con edades comprendidas entre 70-79 años (46,9 %; IC: 34,4-59,4), seguidos por el grupo de 80-89 (26,6 %; IC: 15,7-37,5) años. Predominó el sexo femenino 56,3 % (IC: 43,8-68,8).

En la muestra estudiada predominaron los pacientes con color de piel blanco (40,6 %; IC: 28,2-53,1), la prevalencia de mestizos y negros fue igual (29,7 %; IC: 18,8-42,2) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la población según grupo etario y sexo.

Condición	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza al 95 %	
			Límite Inferior	Límite Superior
Grupo Etario				
60-69	15	23,4	12,5	39,4
70-79	30	46,9	34,4	59,4
80-89	17	26,6	15,7	37,5
≥90	2	3,1	0,1	7,8
Total	64	100		
Sexo				
Masculino	28	43,8	31,3	56,3
Femenino	36	56,3	43,8	68,8
Total	64	100		
Color de Piel				
Blanco	26	40,6	28,2	53,1
Mestizo	19	29,7	18,8	42,2
Negro	19	29,7	18,8	42,2
Total	64	100		

Fuente: Planilla de recolección de datos

Predominaron los pacientes con niveles medios de educación. El grupo más representativo fue el que alcanzó el nivel de secundaria (35,9 %; IC: 23,3-48,4), seguidos de los que concluyeron el pre-universitario (34,4 %; IC: 23,4-45,4). No se constató la

presencia de iletrados en la muestra estudiada. Los pacientes viudos fueron los más frecuentes (32,8 %; IC: 21,9-45,3), seguidos de los casados (23,4 %; IC: 14,1-34,4)

Respecto a las pruebas de flexibilidad y movilidad, medidas mediante los test de recoger el lápiz y caminar 4,6 metros, se obtuvieron resultados muy similares para ambas pruebas. Fueron capaz de realizar el test e recoger el lápiz el 79,7 % (IC: 70,3-89,1) y de caminar 4,6 metros el 81,3 % (IC: 70,3-90,56) (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la población según pruebas de flexibilidad y movilidad

Condición	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza al 95 %	
			Límite Inferior	Límite Superior
Recoger el Lápiz				
Sí	51	79,7	70,3	89,1
No	13	20,3	10,9	29,7
Total	64	100		
Caminar 4,6 metros				
Sí	52	81,3	70,3	90,6
No	12	18,8	9,4	29,7
Total	64	100		

Fuente: Planilla de recolección de datos

En la muestra estudiada predominaron los pacientes portadores de HTA (51,6 %; IC: 39,1-62,5), diabetes mellitus tipo 2 (32,8 %; IC: 21,9-45,3) y cardiopatía isquémica (25 %; IC: 15,6-35,9) (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la población según la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Condición	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza al 95 %	
			Límite Inferior	Límite Superior
Enfermedades Crónicas no Transmisibles				
HTA	33	51,6	39,1	62,5

Cardiopatía Isquémica	16	25	15,6	35,9
Ictus	5	7,8	1,6	14,1
Artrosis	10	15,6	7,8	25
DM tipo 2	21	32,8	21,9	45,3
EPOC	9	14,1	6,3	23,4
ERC	5	7,8	1,6	14,1
Parkinson	2	3,1	0,1	7,8
Obesidad	4	6,3	1,6	12,5

Fuente: Planilla de recolección de datos

El 59,4 % (IC: 46,9-71,8) de los pacientes no necesitaban de cuidador.

Se constató la prevalencia de aquellos pacientes con deterioro cognitivo leve (42,3 %; IC: 3,1-54,7), seguidos de los pacientes sin deterioro cognitivo (37,5 %; IC: 26,6- 48,4). No se constató la presencia de pacientes con deterioro cognitivo severo (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de la población según Deterioro Cognitivo.

Condición	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza al 95 %	
			Límite Inferior	Límite Superior
Deterioro Cognitivo				
Sin deterioro cognitivo	24	37,5	26,6	48,4
Posible deterioro cognitivo	11	12,7	7,8	26,6
Deterioro cognitivo leve	27	42,2	3,1	54,7
Deterioro cognitivo moderado	2	3,1	0,1	7,8
Deterioro cognitivo severo	0	0	0	0
Total	64	100		

Fuente: Planilla de recolección de datos

Se constató relación estadísticamente significativa entre deterioro cognitivo y las siguientes variables: grupo etario (OR=1,467; p=0,000), nivel educacional bajo

(OR=3,673; p=0,001), alteración del test recoger el lápiz (OR=2,981; p=0,001), alteración del test caminar 4,6 metros (OR=2,784; p=0,003), ictus (OR=1,279; p=0,038) y necesidad de cuidador (OR=1,764; p=0,000) (Tabla 5).

Tabla 5. Análisis univariado entre deterioro cognitivo y el resto de variables.

Variables				Probabilidad (p)
	OR	IC 95%		
		LI	LS	
Grupo etario	1,467	1,342	2,768	0,000
Sexo	0,235	0,145	0,456	0,278
Color de piel	0,196	0,089	0,342	0,875
Nivel educacional bajo	3,673	2,798	4,123	0,001
Estado Civil	0,867	0,765	0,923	0,463
Alteración del test recoger el Lápiz	2,981	2,567	3,539	0,001
Alteración del test caminar 4,6 metros	2,784	2,396	2,986	0,003
Hipertensión arterial	0,564	0,457	0,678	0,525
Cardiopatía isquémica	0,764	0,598	0,858	0,419
Ictus	1,297	1,175	1,785	0,038
Artrosis	0,452	0,367	0,567	0,345
Diabetes mellitus tipo 2	0,764	0,598	0,895	0,593

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	0,562	0,453	0,672	0,497
Enfermedad renal crónica	0,741	0,671	0,873	0,067
Enfermedad de Parkinson	0,670	0,561	0,781	0,419
Obesidad	0,874	0,743	0,912	0,429
Necesidad de cuidador	1,764	1,231	2,163	0,000

DISCUSIÓN:

En el envejecimiento ocurre una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que originan el paso del tiempo sobre los seres vivos; donde hay una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo ante los cambios, es un proceso dinámico que se inicia en el nacimiento, se desarrolla a lo largo de nuestras vidas, y no es sinónimo de enfermedad.⁽¹¹⁾

El deterioro cognitivo es un factor, significativo de riesgo en el anciano. El deterioro cognitivo hace que se produzca un declinar de las actividades básicas de la vida diaria. El anciano con esta condición, tiene una mayor prevalencia de caídas, incontinencia urinaria, hospitalización, reingreso, fragilidad, discapacidad y muerte.⁽¹²⁾

Fonte Sevillano obtuvo en su investigación que en las personas mayores de 80 años, un 74,5 % prevaleció con deterioro cognitivo, encontrando significativa influencia en el género femenino.⁽¹³⁾ En esta investigación se constató que la edad constituye uno de los factores asociados a deterioro cognitivo.

En cuanto a los resultados del nivel de escolaridad, su efecto deletéreo pudiera explicarse porque el nivel bajo de escolaridad se asocia frecuentemente a nivel socioeconómico bajo e insuficiencia en nutrición, vivienda y atención a la salud.⁽²⁾

Libre Rodríguez, realizado en los municipios de Marianao, la Lisa, Playa, Plaza de la Revolución y 10 de Octubre de la Capital y Bauta, mostró una prevalencia de síndrome demencial entre 8,2 y 11,2 %.⁽¹⁴⁾ Los estudios epidemiológicos realizados en áreas de

salud deben mostrar valores inferiores a los registrados en estudios en población ambulatoria y población hospitalaria. Los ancianos agudamente enfermos se caracterizan por ser un grupo heterogéneo y vulnerable debido a múltiples compromisos en las esferas biopsicosociales como edad avanzada, disminución de reserva funcional, múltiples enfermedades crónicas, polifarmacia, alteraciones cognoscitivas, compromiso funcional y baja red de apoyo social y familiar. Estas características están asociadas con mayor riesgo para desarrollar declinación funcional, como producto de la carga acumulada de envejecimiento, fragilidad y enfermedad.⁽¹⁵⁾

Ramírez-Moreno y colaboradores,⁽¹⁶⁾ encontraron en su investigación desarrollada en ancianos españoles con ictus menor o ataque transitorio de isquemia, que más de la mitad de la muestra de estudio presentaba deterioro cognitivo. Otros estudios muestran resultados similares.^(17,18)

La discapacidad, medida a través de los test de flexibilidad y movilidad, es un problema frecuente en las personas mayores. El número de ancianos que necesitan ayuda para las actividades básicas de la vida diaria, se duplica con cada década hasta la edad de 84 años, y se triplica entre los 85 y 95 años.^(15,19)

Una consecuencia de la discapacidad en sus estadios finales está representada por la úlcera por presión. En su investigación Belaunde y colaboradores,⁽²⁰⁾ constataron que el 51,6 % (IC: 39,3-68,5) de los pacientes con UPP tenía demencia, el 32,3 % (IC: 19,5-48,8) deterioro cognitivo mínimo y el 16,1 % (IC: 9,8-34,1) no tenían ningún tipo de deterioro cognitivo.

Los pacientes con deterioro cognitivo tienen una mayor probabilidad para desarrollar el Síndrome de Fragilidad que el resto de la población anciana, y por tanto deberíamos tenerlos en cuenta a la hora del seguimiento de nuestra población geriátrica.^(2,12)

Por ello, últimamente, se ha planteado la relación bidireccional entre la fragilidad y la disfunción cognitiva, y ha surgido el término *fragilidad cognitiva*. Se han propuesto diferentes criterios según la patogénesis, incluyendo desde medidas físicas, clínicas y de ejecución, hasta acúmulo de déficits en los que pueden estar presentes los dominios cognitivos. Existe un gran debate sobre la definición precisa y no existe un consenso específico respecto a los criterios diagnósticos; sin embargo, en 2013, el Grupo de Consenso Internacional en Toulouse, Francia, estableció la primera definición operacional, al considerarla un síndrome geriátrico reversible y heterogéneo,

caracterizado por la coexistencia de fragilidad física y deterioro cognitivo, en ausencia de Enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia.⁽²¹⁾

Por todo lo anterior se concluye que en la población estudiada el deterioro cognitivo constituye un problema de salud. La edad, un nivel educacional bajo, alteración de las pruebas de flexibilidad y movilidad, el ictus y la necesidad de cuidador constituyeron factores de riesgo para el deterioro cognitivo.

REFERENCIAS:

1. Organización de las Naciones Unidas. Una población que envejece exige más pensiones y más salud [Sede Web]. Nueva York; ONU; 12 de enero de 2023. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2023/01/1517857>
2. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Bestard Pavón LA. Fragilidad en ancianos hospitalizados en un servicio de medicina interna. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2019; 48(4): [aprox. 12 p.]. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/361>
3. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE. Valoración geriátrica desde la atención hospitalaria. Revista cubana de medicina militar. 2020[acceso: 20/08/2020]; 49(2):434-7. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/513/444>
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores. Santiago; 2022. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>
5. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario estadístico de salud 2019. Habana; 2020. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Anuario/anuario_2019_edici%C3%B3n_2020.pdf
6. Ansele M. El misterio de la demencia menguante. La proporción de personas mayores afectadas cae hasta un 30 % en 15 años. [Sede Web]. Madrid; El País.com: 7 de

noviembre de 2022. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://elpais.com/ciencia/2022-11-07/el-misterio-de-la-demencia-menguante-la-proporcion-de-personas-mayores-afectadas-cae-hasta-un-30-en-15-anos.html>

7. González Martínez P, Oltra Cucarella J, Sitges Maciá E, Bonete López B. Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y demencia. *Rev Neurol.* 2021; 72:288-95. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://www.svnps.org/wp-content/uploads/2021/06/bz080288.pdf>

8. Martínez Sanguinetti MA, Leiva AM, Paternman Rocha F, Troncoso Pantoja C, Villagrán M, Lanuza Rilling F, et al. Factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores en Chile. *Rev Med Chile.* 2019; 147(8): 1013-1023. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000801013

9. Ribeiro Silva CF, Goncalves Ohara D, Peña Matos A, Pereira Nunes Pinto AC, Sousa Pegorari M. Batería corta de rendimiento físico y predictor de mortalidad en adultos mayores: Una revisión integral de la literatura. *En t.J. Medio Ambiente. Res. Salud Pública.* 2021; 18 (20): 10612. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://ideas.repec.org/a/gam/jijerp/v18y2021i20p10612-d653155.html>

10. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical Method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J psychiat.* 1975; 12: 189-198. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1976-20785-001>

11. Hernández Esterlin Y, Contreras Torres CM, Piedra Ruiz G. Prevalencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 60 años, en un consultorio médico de la región Altahabana (Cuba), perteneciente al municipio Boyeros. Año 2020. *HorizEnferm.* 2021; 32, 2,118-128. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/39121>

12. Belaunde-Clausell A, Lluís-Ramos G, Valladares-Reyes D, Marcheco-Moreira O. Diagnóstico del síndrome de fragilidad. *Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García" [Internet].* 2022; 10 (1): [aprox. 12 p.]. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/837>

13. Fonte Sevillano T. Deterioro Cognitivo en personas mayores de 80 años. Revista cubana de medicina. 2020; 59 (1). Acceso: 5/5/2023. Disponible en: revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/314/1147.
14. Llibre Rodríguez, JJ. Usted puede prevenir la enfermedad de Alzheimer. La Habana: editorial científico- técnica. 2009. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1306/1543>
15. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Miró Jimenez Y. Prevalencia de discapacidad en adultos mayores hospitalizados. Arch Hosp Calixto García. 2019; 7(3):339-48. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/394/359>
16. Ramírez-Moreno JM, Bartolomé Alberca S, Muñoz Vega P, Guerrero Barona EJ. Detección del deterioro cognitivo con la Evaluación Cognitiva de Montreal en pacientes españoles con ictus menor o ataque isquémico transitorio. Neurología. 2022; 37:38—44. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485319300027>
17. Shi D, Chen X, Li Z. Diagnostic test accuracy of the Montreal Cognitive Assessment in the detection of post-stroke cognitive impairment under different stages and cutoffs: A systematic review and meta-analysis. Neurol Sci. 2018; 39:705—16, Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29427168/>
18. Ocaña Montoya CM, Montoya Pedrón A, Bolaño Díaz GA. Perfil clínico neuropsicológico del deterioro cognitivo subtipo posible Alzheimer. MEDISAN. 2019; 23(5):875. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2719>
19. Arroyo Amayuela E. El deterioro cognitivo en la vejez. Entre la vulnerabilidad y la discapacidad. Rev Bio y Der. 2019; 45: 127-147. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000100010
20. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos G, Consuegra Ivars G. Pressure ulcer in frail hospitalized elderly people. Arch Univ “Gen Calixto García”. 2021; 9(3):442-52. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/794>

21. Kelaiditi E, Cesari M, Canevelli M, et al. Cognitive frailty: rational and definition from an (I.A.N.A/I.A.G.G) International consensus group. J Nutr Heal Aging. 2013; 17(9):726-34. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24154642/>

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Contribuciones de los autores

Geisy María Rosales Martínez: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, visualización, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

Carmen Rosa Perera Lombillo: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, validación, visualización, redacción-revisión y edición.

Antonio Belaunde Clausell: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, validación, visualización, redacción-revisión y edición.

Guido E. Lluís Ramos: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, validación, visualización, redacción-revisión y edición.

Doniel Valdés Rodríguez: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, validación, visualización, redacción-revisión y edición.

Elisbeth Pérez Montes de Oca: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, validación, visualización, redacción-revisión y edición.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.