



Índice

Artículo:

Deterioro cognitivo en los mayores de Murcia: Estudio Ariadna.

Noticias Breves:

- Campaña de vacunación contra la gripe pandémica A (H1N1) 2009

Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 25 a 28 de 2009.

Deterioro cognitivo en los mayores de Murcia: Estudio Ariadna

Introducción

Como consecuencia del envejecimiento de la población, la demencia es un diagnóstico cada vez más frecuente en la población mayor. Los primeros datos del estudio Ariadna sobre demencia en Murcia se presentaron en el Boletín Epidemiológico de mayo de 2007 (http://murciasalud.es/recursos/ficheros/104774-bem_mayo_2007.pdf) y una descripción muy extensa de este problema está disponible en la monografía Epidemiología de la demencia y del envejecimiento en la población mayor de Murcia¹. Aunque todavía no se ha llegado a un consenso, entre las múltiples definiciones propuestas para las situaciones de deterioro cognitivo que todavía no cumplen criterios de demencia, el "Deterioro cognitivo sin demencia" (DCSD) y el "Deterioro cognitivo leve amnésico" (DCLA) aparecen con más frecuencia en la bibliografía^{2,3}. El DCSD se utiliza ampliamente en estudios epidemiológicos de base poblacional y se refiere a un deterioro cognitivo global en personas sin demencia, mientras que el DCLA se presenta en personas con pérdidas de memoria y función cognitiva global intacta y parece estar más relacionado con la evolución posterior a Enfermedad de Alzheimer (EA)³. Nuestro objetivo es presentar la prevalencia y los factores asociados con los principales tipos de deterioro cognitivo en los mayores de Murcia.

Material y método

Los datos proceden de la encuesta realizada entre octubre de 2003 y diciembre de 2004 dentro del estudio Ariadna sobre la situación y las necesidades de las personas mayores en la Región de Murcia. Más detalles sobre el muestreo están publicados y libremente accesibles en el Boletín Epidemiológico de diciembre de 2008 (http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/142578-bem_diciembre.pdf). En la primera fase del estudio, entrevistadores previamente entrenados pasaron la versión española validada del Mini-Mental State Examination (MMSE) a las personas seleccionadas en el muestreo. Además se incluyó un cuestionario con

datos sociodemográficos y de estilos de vida con preguntas para identificar las necesidades sociosanitarias. En la segunda fase, de confirmación y diagnóstico del tipo de deterioro cognitivo, se derivaron a la Unidad de Demencias del Hospital Virgen de la Arrixaca las personas que después de la corrección por edad y nivel de estudios puntuaban menos de 25 en el MMSE. En la Unidad de Demencias, a estas personas se les realizó una evaluación clínica y neuropsicológica. El diagnóstico de demencia se basó en los criterios DSM IV. Similarmente a lo propuesto por el estudio Kungsholmen² se definió DCSD basándonos en los resultados obtenidos en el MMSE en las personas sin demencia. Para controlar por el efecto de la edad y de la educación sobre la puntuación en el MMSE, las personas

fueron estratificadas en cinco grupos de edad y en otros tantos de nivel educativo. Se calculó la media y la desviación estándar (DE) del MMSE en cada uno de los 25 estratos. Se diagnosticó DCSD en las personas sin demencia que puntuaron 1 DE ó más por debajo de la media del MMSE específica para su edad y nivel educativo. Por otra parte, se definió como caso de DCLA aquellos participantes que contaban con: a) una función cognitiva general normal (definida como con una puntuación media del MMSE por encima de la media menos 1 DE para su grupo de edad y nivel educativo); b) alteración objetiva de la memoria (definida con una puntuación de 1,5 DE por debajo de la media obtenida en la sección sobre memoria del MMSE en la población libre de demencia); c) actividades de la vida diaria

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes en el estudio Ariadna, según diagnóstico.

	Normal 726	DCLA 88	DCSD 147	Demencia 56	P
Edad, media (DE), años	73,2 (6,4)	73,0 (6,8)	73,7 (7,3)	80,9 (6,6)	<0,001
65-69 años	254 (35,0)	33 (37,5)	51 (34,7)	1 (1,8)	
70-74 años	199 (27,4)	31 (35,2)	45 (30,6)	10 (17,9)	
75-79 años	150 (20,7)	10 (11,4)	21 (14,3)	13 (23,2)	
80-84 años	76 (10,5)	6 (6,8)	16 (10,9)	13 (23,2)	
≥85 años	47 (6,5)	8 (9,1)	14 (9,5)	19 (33,9)	
Sexo, mujer %	382 (52,6)	43 (48,9)	91 (61,9)	40 (71,4)	0,008
Residencia urbana %	683 (94,1)	81 (92,1)	130 (88,4)	50 (89,3)	0,07
Educación					0,006
No sabe leer ni escribir	41 (5,7)	10 (11,4)	6 (4,1)	8 (16,0)	
Sabe leer y escribir	132 (18,4)	14 (15,9)	33 (22,8)	14 (28,0)	
Estudios primarios	261 (36,3)	37 (42,1)	51 (35,2)	21 (42,0)	
Estudios secundarios	198 (27,5)	18 (20,5)	42 (29,0)	4 (8,0)	
Estudios universitarios	87 (12,1)	9 (10,2)	13 (9,0)	3 (6,0)	
MMSE, puntuación media (DE)	27,9 (2,2)	25,8 (2,8)	22,6 (3,2)	12,8 (7,7)	<0,001
MMSE, puntuación media (DE) hombres	28,3 (1,8)	26,6 (1,5)	23,3 (2,6)	14,4 (7,6)	
MMSE, puntuación media (DE) mujeres	27,6 (2,6)	25,0 (3,5)	22,1 (3,4)	12,2 (7,8)	

DCLA Deterioro cognitivo leve amnésico.

DCSD Deterioro cognitivo sin demencia.

Tabla 2. Asociación entre factores sociodemográficos y deterioro cognitivo.

	DCLA OR (IC95%)	DCSD OR (IC95%)	Demencia OR (IC95%)
Edad, años	0,99 (0,96-1,03)	1,01 (0,98-1,04)	1,13 (1,09-1,18)
Sexo mujer	0,84 (0,53-1,32)	1,53 (1,06-2,22)	1,66 (0,84-3,28)
Residencia rural	1,21 (0,47-3,08)	2,13 (1,07-4,24)	1,34 (0,48-3,74)
Educación*			
Estudios primarios	1,51 (0,89-2,55)	0,93 (0,62-1,42)	2,89 (1,19-7,02)
Sabe leer y escribir	1,10 (0,54-2,23)	1,03 (0,62-1,71)	3,40 (1,28-9,04)
No sabe leer ni escribir	2,59 (1,09-6,14)	0,44 (0,17-1,14)	4,09 (1,28-13,08)

OR ajustados por las demás variables de la tabla.

* Categoría de referencia estudios secundarios o más.

**Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 29 a 32 (del 19 de julio de 2009 al 15 de agosto de 2009). Distribución semanal**

Enfermedades	Casos notificados												Casos acumulados		
	Semana 29			Semana 30			Semana 31			Semana 32			Semanas 29 a 32		
	2009	2008	Mediana	2009	2008	Mediana	2009	2008	Mediana	2009	2008	Mediana	2009	2008	Mediana
Gripe	22	56	25	56	34	11	73	30	10	68	14	11	219	134	62
Tuberculosis Respiratoria	5	2	3	4	2	4	1	10	2	5	3	3	15	17	14
Otras Tuberculosis	0	2	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	4	1
Legionelosis	0	1	1	1	5	1	2	0	0	0	1	1	3	7	4
Hepatitis A	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1
Hepatitis B	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	2
Otras hepatitis víricas	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1
Toxiinfecciones alimen.	2	1	1	10	1	11	0	2	3	1	3	2	13	7	36
Varicela	98	196	156	71	133	110	50	67	65	44	56	52	263	452	402
Rubeola	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
Parotiditis	1	0	0	1	0	0	1	2	2	2	1	1	5	3	3
Enfermedad meningococ.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Otras Meningitis	1	2	2	0	1	2	3	0	0	0	3	3	4	6	6
Sífilis	0	1	1	0	1	1	0	0	1	2	0	0	2	2	4
Paludismo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

**Porcentaje de declaración (*).
Semanas 29 a 32 (del 19 de julio de 2009 al 15 de agosto de 2009).**

Municipios	Población (Padrón 2008)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2008)	% de declaración
Abanilla	6.642	95,83	Calasparra	10.569	77,78
Abarán	12.987	100,00	Campos del Río	2.212	75,00
Águilas	34.101	91,00	Caravaca de la Cruz	26.240	100,00
Albudeite	1.381	100,00	Cartagena	210.376	99,20
Alcantarilla	40.458	94,64	Cehegín	16.188	77,08
Aledo	1.055	50,00	Ceutí	9.759	100,00
Alguazas	8.855	91,67	Cieza	35.144	100,00
Alhama de Murcia	19.417	64,29	Fortuna	9.274	100,00
Archena	18.280	33,33	Fuente Álamo de Murcia	14.925	100,00
Beniel	10.581	100,00	Jumilla	25.348	93,06
Blanca	6.226	100,00	Librilla	4.455	75,00
Bullas	12.374	100,00	Lorca	90.924	63,71

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas] x 100.

**CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA
LA GRIPE PANDEMICA A (H1N1) 2009**

Campaña de vacunación contra la gripe pandémica A (H1N1) 2009

La campaña de vacunación contra la gripe A comenzó en nuestra Región, al igual que en el resto de España, el día 16 de noviembre de 2009, sólo 5 meses después de que la Organización Mundial de la Salud declarase la fase 6 de la pandemia. Este breve periodo de tiempo ha sido posible gracias al trabajo desarrollado con anterioridad por muchos profesionales entre los que destacan los responsables de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) con sede en Londres. Entre el año 2005 y 2008 diferentes laboratorios farmacéuticos plantearon una vacuna modelo según las instrucciones de la EMA ante la posibilidad de una pandemia gripal.

Esta vacuna modelo fue aprobada valorando las características de seguridad e inmunogenicidad de la misma.

Una vez declarada la pandemia sólo ha habido que modificar el antígeno incluido en la vacuna y sustituirlo por el del virus pandémico, que es el mismo proceso que se realiza de forma habitual con la vacuna de la gripe estacional.

**Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 29 a 32 (del 19 de julio de 2009 al 15 de agosto de 2009). Distribución semanal**

	Áreas de Salud														REGIÓN	
	Murcia		Cartagena		Lorca		Noroeste		Altiplano		Oriental		TOTAL			
Población (Padrón 2008)	544.997		376.206		168.668		73.795		60.217		202.226		1.426.109			
	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.		
Enfermedades																
Gripe	61	8.345	46	3.458	21	4.252	54	1.839	2	962	35	2.936	219	21.792		
Tuberculosis Respiratoria	4	55	5	31	3	16	0	3	0	9	3	14	15	128		
Otras Tuberculosis	0	11	1	10	0	1	0	0	0	0	0	3	1	25		
Legionelosis	0	0	0	0	1	2	0	0	1	1	1	1	3	4		
Hepatitis A	1	7	0	23	1	8	0	0	0	0	0	5	2	43		
Hepatitis B	1	4	1	7	0	0	0	3	0	0	0	0	2	14		
Otras hepatitis víricas	0	2	1	3	1	2	0	0	0	0	0	3	2	10		
Toxiinfecciones alimen.	6	45	2	16	0	0	0	1	0	0	5	32	13	94		
Varicela	101	2.939	51	1.291	37	689	20	103	14	410	40	811	263	6.243		
Rubeola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2		
Parotiditis	1	16	0	19	0	2	0	3	0	0	4	8	5	48		
Enfermedad meningoco.	0	5	0	2	0	1	0	0	0	0	1	3	1	11		
Otras Meningitis	3	25	1	9	0	3	0	3	0	1	0	8	4	49		
Sífilis	0	12	1	13	1	5	0	0	0	0	0	1	2	31		
Paludismo	0	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5		

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

**Porcentaje de declaración (*).
Semanas 29 a 32 (del 19 de julio de 2009 al 15 de agosto de 2009).**

Municipios	Población (Padrón 2008)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2008)	% de declaración
Lorquí	6.904	100,00	Torre Pacheco	30.351	100,00
Mazarrón	34.351	100,00	Torres de Cotillas, Las	20.456	61,54
Molina de Segura	62.407	95,24	Totana	28.976	85,71
Moratalla	8.424	75,00	Ulea	956	75,00
Mula	16.942	83,93	Unión, La	17.107	100,00
Murcia	430.571	94,17	Villanueva del Río Segura	2.186	50,00
Ojós	604	50,00	Yecla	34.869	89,00
Pliego	4.032	100,00	Santomera	14.948	97,73
Puerto Lumbreras	13.612	89,58	Alcázares, Los	15.171	100,00
Ricote	1.546	50,00			
San Javier	30.653	90,48	Total Región	1.426.109	90,90
San Pedro del Pinatar	23.272	100,00			

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas] x 100.

**CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA
LA GRIPE PANDEMICA A (H1N1) 2009**

Los grupos incluidos en la vacunación han sido fijados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo a las recomendaciones hechas por la Ponencia de Vacunas. En el momento actual de la pandemia no se aconseja realizar ninguna estrategia encaminada a detener la misma sino únicamente a mitigar sus efectos (disminuir el número de enfermos graves, ingresos hospitalarios y fallecimientos) por lo que los grupos a los que se recomienda vacunar son: personas mayores de 6 meses que por presentar una condición clínica especial tienen un alto riesgo de complicaciones, mujeres embarazadas, trabajadores socio-sanitarios y personas de servicios públicos esenciales. La población diana en la Región se estima en 255.000 personas.

Entre las actividades de captación se han realizado: envío de 207.000 cartas a personas con patología crónica, contacto con las distintas mutualidades privadas de asistencia sanitaria, difusión entre todos los profesionales sanitarios (especialmente enfermeros, médicos, obstetras y matronas) de toda la información referente a la campaña, difusión de la campaña en medios de comunicación, realización de seminarios destinados a más de 500 profesionales sanitarios y se ha habilitado una web específica: www.murciasalud.es/vacunaciongripeA

En la primera semana de campaña se han administrado más de 25.000 dosis de vacuna sin ninguna incidencia relevante. Hasta el día 19 de noviembre se habían vacunado alrededor de 65 millones de personas en el mundo, habiéndose observado las reacciones adversas descritas con anterioridad en la ficha técnica de las vacunas: en ocasiones reactividad local y fiebre como síntomas más destacables.

Más información en: www.murciasalud.es/vacunaciongripeA

preservadas en lo esencial. Los diagnósticos de DCSD y DCLA fueron mutuamente excluyentes. Las personas que no cumplían criterios de demencia y tampoco de DCSD o DCLA se consideraron que tenían función cognitiva normal.

El análisis estadístico es el habitual para las variables numéricas (t Student) y categóricas (Chi cuadrado) incluyendo la estimación de la Odds Ratio y su intervalo de confianza al 95% como medida resumen de asociación de éstas últimas. Dado que los participantes en el estudio Ariadna presentaron un nivel educativo más alto que la población general, para la extrapolación de los resultados de nuestro estudio al municipio de Murcia y a la Región las tasas de prevalencia por edad y sexo del estudio Ariadna se han estandarizado de acuerdo con la distribución por nivel educativo de ambas áreas geográficas según los datos del Padrón 2003.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los participantes en el estudio Ariadna en función del diagnóstico. Las personas con demencia fueron casi 8 años mayores respecto a las personas con función cognitiva normal, mientras las personas con DCSD y DCLA presentaron edades similares a estas. Como era de esperar, las puntuaciones del MMSE fueron bastante diferentes entre estos grupos. Las personas con función cognitiva normal presentaron las puntuaciones más altas ($27,9 \pm 2,2$), seguidas de las personas con DCLA ($25,8 \pm 2,8$). Las personas con demencia presentaron las puntuaciones más bajas ($12,8 \pm 7,7$), mientras que las personas con DCSD presentaron puntuaciones intermedias ($22,6 \pm 3,2$). Más detalles sobre la distribución de las puntuaciones del MMSE según grupos de edad y nivel educativo en población mayor no demente del municipio de Murcia se pueden consultar en el Boletín Epidemiológico de diciembre de 2008 (http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/142578bem_diciembre.pdf).

De un total de 1.074 mayores estudiados se identificaron 56 casos de demencia, 147 casos de DCSD y 88 casos de DCLA, que corresponden a una prevalencia global del 5,5% (IC 95% 4,3-7,1) para demencia, 8,7% (IC 95% 7,1-10,5) para DCLA y 14,5% (IC 95% 12,4-16,8) para DCSD. El gráfico 1 presenta la distribución de los diferentes tipos de deterioro cognitivo según sexo.

La prevalencia más alta de DCSD se encontró en el medio rural, mientras que para DCLA la mayor prevalencia se encontró entre las personas que no sabían leer ni escribir. El grupo de 85 años y más presentó la mayor prevalencia de demencia.

En la Tabla 2 se resumen las variables sociodemográficas asociadas con los diferentes tipos de deterioro cognitivo. DCLA se asoció con el analfabetismo (OR 2,59; 95% CI 1,09-6,14) comparado con la presencia de estudios secundarios o superiores. DCSD se asoció con residencia de ámbito rural (OR 2,13, 95% CI 1,07-4,24) y el sexo femenino (OR 1,53, 95% CI 1,06-2,22).

Discusión

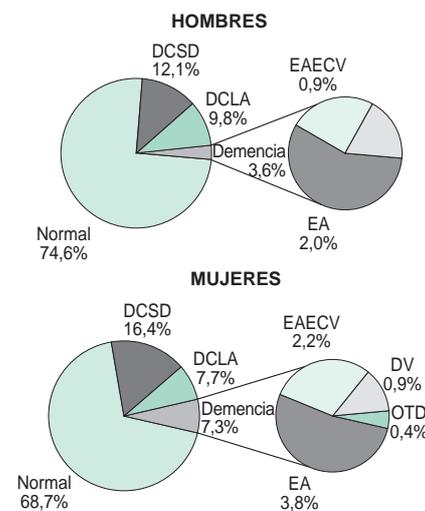
Con una prevalencia de 8,7% de DCLA y 14,5% de DCSD, la prevalencia global de deterioro cognitivo en personas no dementes en Murcia se eleva a 23,2%. Sin embargo, la prevalencia de 5,5% de demencia en nuestro estudio es inferior a la mayoría de los datos informados tanto en estudios nacionales como internacionales. Como la demencia se asocia con el nivel educativo y en nuestro estudio los participantes presentaron un nivel educativo mayor que la población general, se estimó la prevalencia de demencia en 5,9% corregida por nivel educativo para el municipio de Murcia y 6,6% para la Región, valores que siguen en los rangos más bajos de prevalencia de demencia. Según los datos de este estudio se estima que en 2003 el número de personas afectadas por demencia podría ser de aproximadamente 3.000 en el municipio de Murcia y de 11.100 en toda la Región de Murcia. De estas personas, 2.300 en el

municipio y 8.600 en la Región de Murcia padecerían EA o EA con enfermedad cerebrovascular asociada.

A pesar de utilizar criterios diagnósticos diferentes, la prevalencia global de deterioro cognitivo en personas no dementes en Murcia fue similar a la prevalencia de 22,4% encontrada en el único estudio español realizado hasta la fecha sobre deterioro cognitivo en personas mayores sin demencia⁴. Sin embargo en ese estudio se utiliza un único punto de corte de 22 en la puntuación del MMSE. Con esta definición en nuestro estudio la prevalencia de deterioro cognitivo en personas no dementes sería de 8,6%. Dado que la puntuación del MMSE está muy influenciada por el nivel educativo y la edad, consideramos inapropiado utilizar el mismo punto de corte para todas las categorías de edad y nivel de estudios.

Los resultados de nuestro estudio evidencian una prevalencia mayor de DCSD y DCLA, y una baja prevalencia de demencia. Los problemas de deterioro cognitivo en los mayores de Murcia han sido infravalorados hasta la fecha y se deberían tomar en cuenta a la hora de desarrollar nuevos modelos de asistencia sanitaria que se adapten mejor a las necesidades de estos pacientes. Dado que todavía las definiciones de deterioro cognitivo varían entre estudios es necesario llegar a un consenso para definir mejor y unificar los criterios de DCSD y DCLA, en base a resultados de estudios longitudinales.

Gráfico 1. Distribución de los tipos de deterioro cognitivo en hombres y mujeres mayores de Murcia.



DCSD Deterioro cognitivo sin demencia.
DCLA Deterioro cognitivo leve amnésico.
EA Enfermedad de Alzheimer.
EAECV Enfermedad de Alzheimer con enfermedad cerebrovascular asociada.
DE Demencia vascular.
OTD Otros tipos de demencia.

Bibliografía

- Gavrilá D, Tormo MJ, Antúnez C et al. Epidemiología de la demencia y el envejecimiento en la población mayor de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Serie Informes nº 54.; 2009.
- Palmer K, Wang HX, Backman L, Winblad B, Fratiglioni L. Differential evolution of cognitive impairment in nondemented older persons: results from the Kungsholmen Project. *Am J Psychiatry* 2002; 159(3):436-442.
- Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M et al. Mild cognitive impairment. *Lancet* 2006; 367(9518):1262-1270.
- Graciani A, Banegas JR, Guallar-Castillon P, Dominguez-Rojas V, Rodriguez-Artalejo F. Cognitive Assessment of the Non-Demented Elderly Community Dwellers in Spain. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005; 21(2):104-112.

Autores

Diana Gavrilá Chervase¹, María José Tormo Díaz¹, Carmen Antúnez Almagro², José María García Santos³, Rafael Carles, Guillermo Parrilla², Lorenza Fortuna, Diego Salmerón Martínez¹ y Carmen Navarro Sánchez¹
¹Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad de Murcia.
²Unidad de Demencias, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
³Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Edita:
Servicio de Epidemiología.
Consejería de Sanidad y Consumo.
D. G. de Salud Pública.
Ronda de Levante 11. 30008 Murcia.
Tel.: 968 36 20 39 Fax: 968 36 66 56
bolepi@car.m.es
<http://www.murciasalud.es/bem>

Comité Editorial:
Lluís Cirera, M.^a Dolores Chirlaque, Juan Francisco Correa, Visitación García, Ana María García-Fulgueiras, Asensio López-Santiago, Carmen Navarro, Jaime Jesús Pérez, José Saura, M.^a José Tormo.

Coordinadora de Edición:
Visitación García Ortúzar
Coordinadora Administrativa:
Mariola Navarro Balibrea
Suscripción: Envío Gratuito.
Solicitudes: Servicio de Epidemiología
ISSN: 1130-0019 Bol Epidemiol Murcia