

Funcionalidad, salud y envejecimiento en América Latina. Proyecto SABE

**Buenos Aires, Argentina
La Habana, Cuba
Méjico, ciudad de Méjico
Montevideo, Uruguay
Santiago, Chile
Sao Paulo, Brasil**



**Dra. Cecilia Albala, INTA, Universidad de Chile
Dr. Pedro Paulo Marín, Centro Geriatría,
Pontificia Universidad Católica de Chile**

Reunión Regional en Envejecimiento y Salud. Panamá, 7 - 9 de abril 2003

Proyecto SABE
C Albala/U CHILE

Funcionalidad, salud y envejecimiento en América Latina. Proyecto SABE

- **En Latino América, el grupo de adultos mayores representa un segmento creciente de la población que está requiriendo y utilizando una proporción cada vez mayor de los recursos de los sistemas de salud.**
- **Para el individuo promedio, el envejecimiento se asocia con una declinación de las capacidades funcionales.**
- **El concepto de salud en el anciano se define fundamentalmente en términos de la mantención de la funcionalidad y de la autonomía cuyos componentes principales son movilidad y función neurocognitiva adecuadas.**
- **El deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y de dependencia de servicios de salud, por lo cual su evaluación adquiere especial relevancia.**

Deterioro Cognitivo

- **La función neurocognitiva es uno de los principales determinantes de la calidad de vida de los ancianos y es uno de los problemas asociados al envejecimiento mas temidos. Este problema limita enormemente la capacidad del adulto mayor de vivir en forma independiente y productiva**
- **La forma mas frecuente de deterioro cognitivo es la demencia.**
- **Las cifras de demencia aumentan con la edad, en tal forma que la prevalencia se dobla cada 5 años de edad después de los 65 años, llegando a cifras superiores al 35% a la edad de 95 años.**
- **Se ha demostrado que se puede reducir la velocidad de declinación de la función cognitiva, mediante intervenciones relativamente sencillas que abarcan desde la farmacología, a la instauración de redes de apoyo social.**

Deterioro Cognitivo

INSTRUMENTOS DIAGNOSTICOS

MMSE abreviado y PFAQ (a un informante)

Desarrollo de MMSE abreviado está basado en MMSE de Folstein previamente validado en proyecto OMS “Demencias asociadas a edad “



MMSE (Folstein) fue validado en Concepción, Chile por el Proyecto WHO/SPRA Demencias Asociadas a Edad para ser usado junto con el Cuestionario de actividades funcionales de Pffefer (PFAQ) en el screening de deterioro cognitivo en la comunidad

Puntos de corte para deterioro cognitivo MMSE <22 PFAQ > 5

Screening Positivo
MMSE Bajo 23 y PFAQ sobre 5

Sensibilidad 94.4%

Valor predictivo + 58.6%

Especificidad 83.3%

Valor predictivo - 98.4%

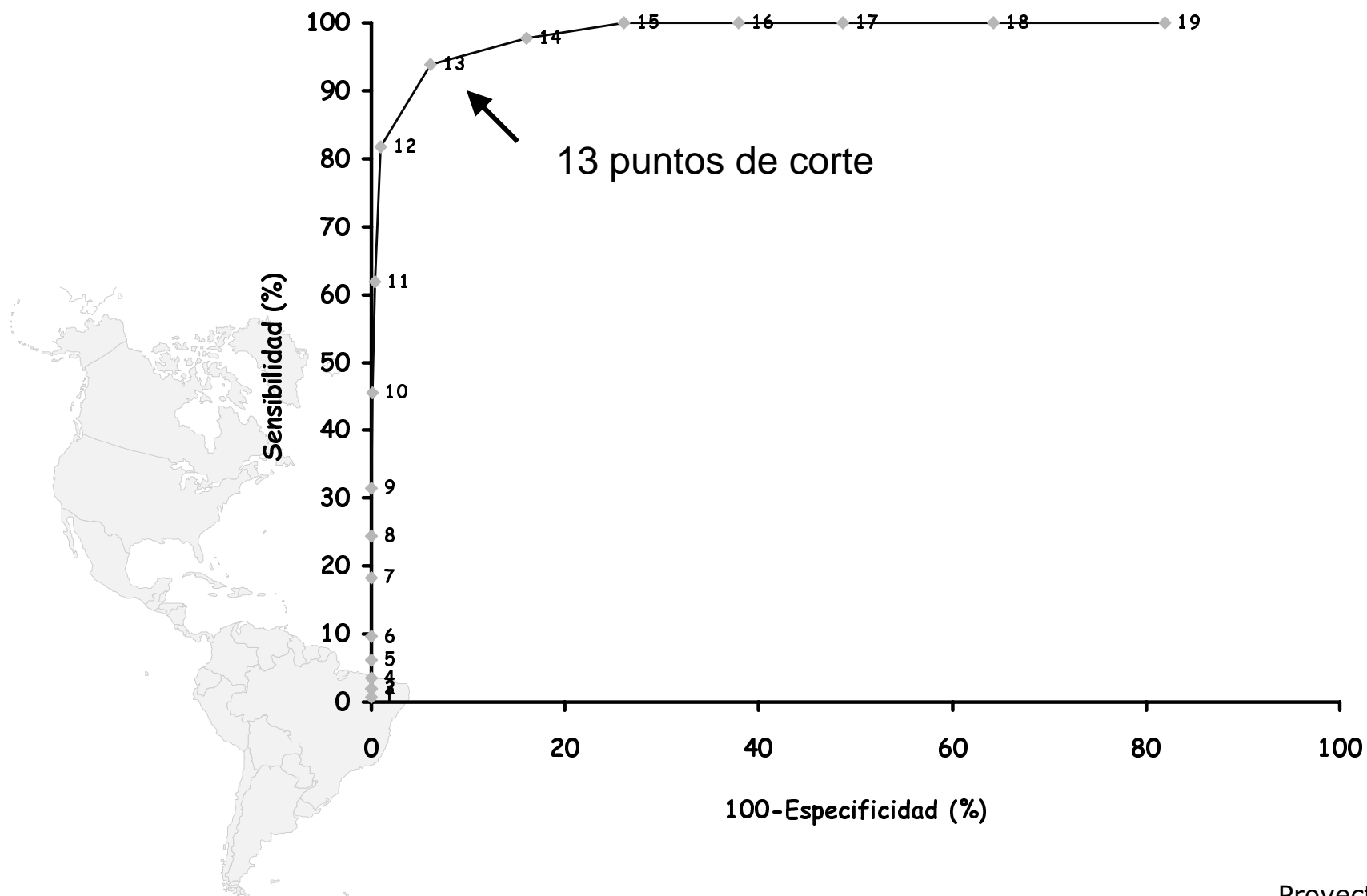
MMSE Breve – Acortado a 19 preguntas

SELECTED VARIABLES FOR SHORT VERSION OF MMSE
AND ITEMS SCORING.

ITEM		Score
ORIENTATION	Date, month, year, country	4
REGISTRATION	Tree, table, plane (1)	3
ATTENTION/ CONCENTRATION	"1-3-5-7-9"	5
DELAYED RECALL	Tree, table, plane (2)	3
COMPREHENSION	To fold a paper...	3
VISUAL/SPATIAL ABILITY	To draw cercles	1
TOTAL		19



Curva ROC MMSE Breve



Deterioro Cognitivo Proyecto SABE

INSTRUMENTOS DIAGNOSTICOS

MMSE abreviado y PFAQ (a un informante) Pfefer

CRITERIOS de SCREENING

Puntos de Corte

MMSE+ SCORE < 13

PFAQ + SCORE > 5

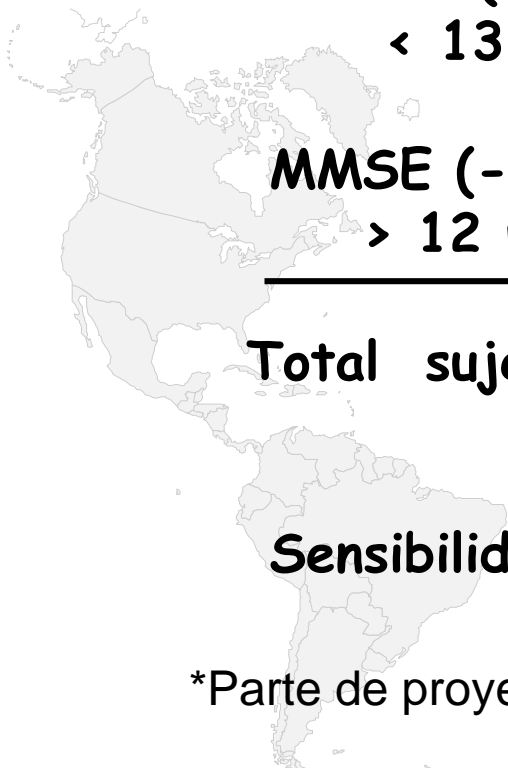
Screening Positivo

SCORE MMSE BAJO 13

y

SCORE PFAQ SOBRE 5

VALIDACION* MMSE ABREVIADO



	MMSE (+) score < 22	MMSE (-) score > 21	Total
MMSE (+) breve < 13 points	82	34	116
MMSE (-) breve > 12 points	7	297	304
Total sujetos	89	331	420

Sensibilidad = 92%

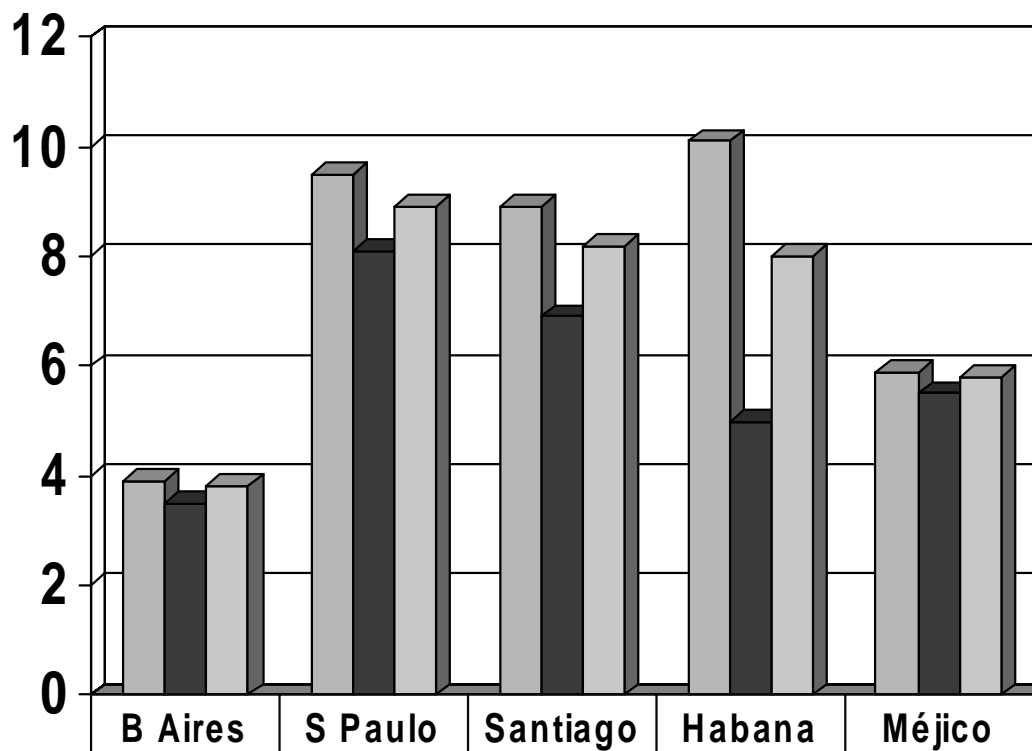
Especificidad = 90%

*Parte de proyecto FONDEF Dra Juana Silva

Reunión Regional en Envejecimiento y Salud. Panamá, 7 - 9 de abril 2003

Proyecto SABE
C Albala/U CHILE

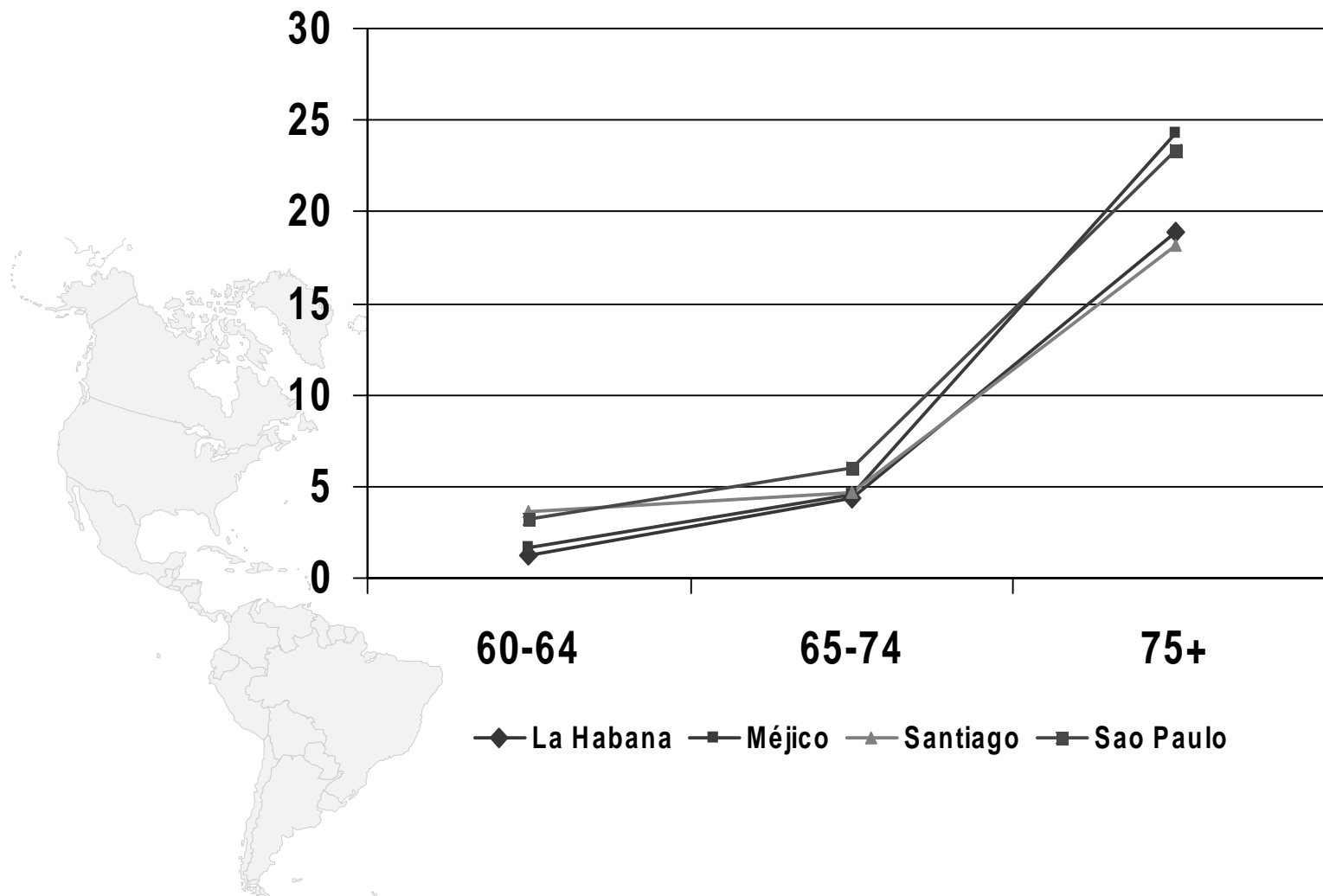
Prevalencia de deterioro Cognitivo por sexo. Proyecto Sabe. 5 ciudades Latino Americanas seleccionadas 2000.



	B Aires	S Paulo	Santiago	Habana	Méjico
Mujeres	3,9	9,5	8,9	10,1	5,9
Hombres	3,5	8,1	6,9	5	5,5
Total	3,8	8,9	8,2	8	5,8

SABE:

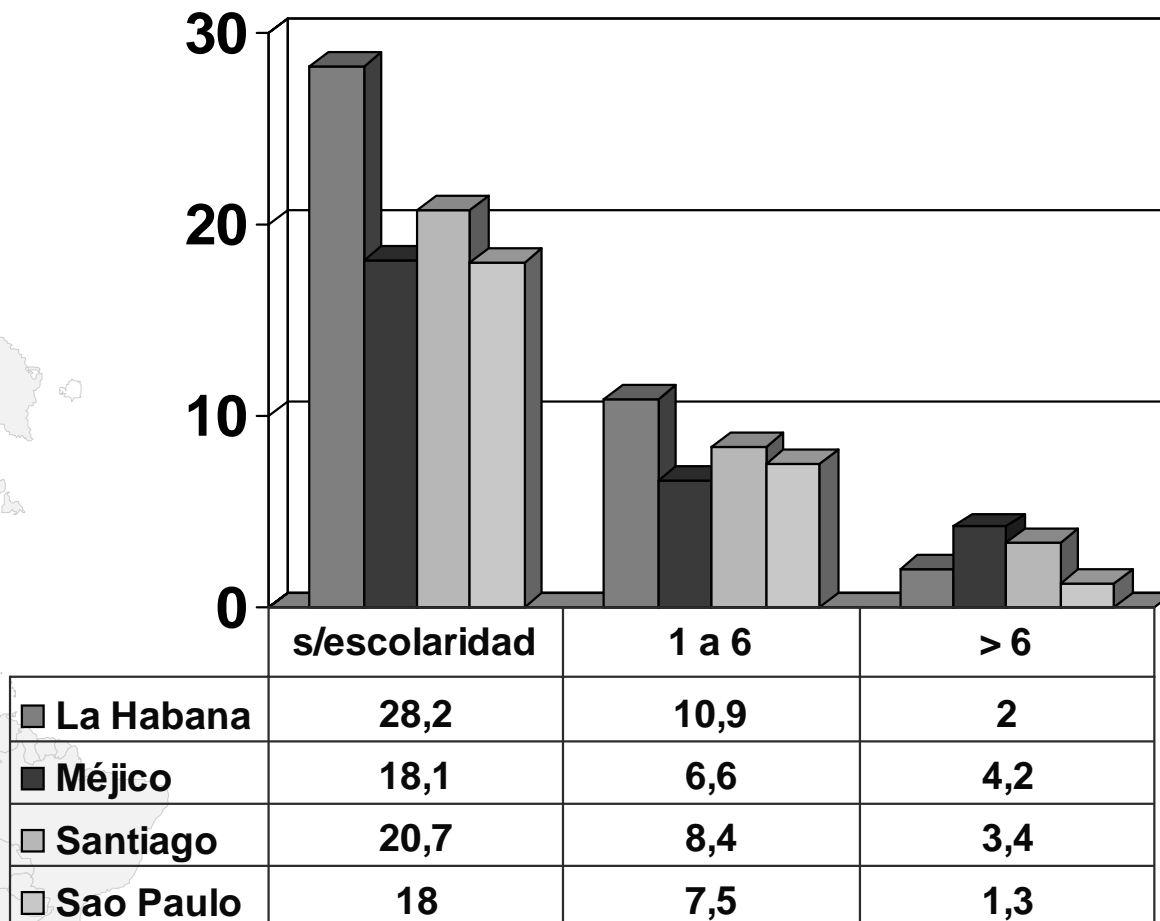
Prevalencia de deterioro Cognitivo por edad. 4 ciudades seleccionadas



Reunión Regional en Envejecimiento y Salud. Panamá, 7 - 9 de abril 2003

Proyecto SABE
C Albala/U CHILE

Prevalencia de deterioro Cognitivo por escolaridad. 4 ciudades seleccionadas



Logistic Regression analysis for cognitive impairment
Dependent variable: Cognitive impairment
Independent Variables: Age, Sex and years of education

Cognitive Impairment	OR	95% CI	p
Sex Male	0.91	0.57- 1.44	0.691
Age 60-74	2.39	1.36 - 4.18	0.002
Age 75 +	9.53	5.56 - 16.33	0.000
<6 years education	0.335	0.21 - 0.55	0.000
>6 years education	0.128	0.06 - 0.25	0.000

CONCLUSIONES

- **La prevalencia de deterioro cognitivo en las ciudades Latino Americanas estudiadas, tiene características similares a las descritas para países desarrollados**
- **El deterioro Cognitivo es mas frecuente a mayor edad**
- **El deterioro Cognitivo es mas frecuente en los sujetos con menos años de escolaridad**
- **La prevalencia de deterioro cognitivo es mayor en la mujer**
- **Si se efectúa ajuste por edad y años de escolaridad, desaparecen las diferencias de género**

DEPRESION

Instrumento Diagnóstico

Test Yesavage 15 items (1986 *JI Sheik - JA Yesavage*)

GDS 15

≥ 5 positivas = sugiere depresión y > 10 depresión severa

sensibilidad 94% especificidad 82% (*Hoyl & Marin, Rev Med Chile*)

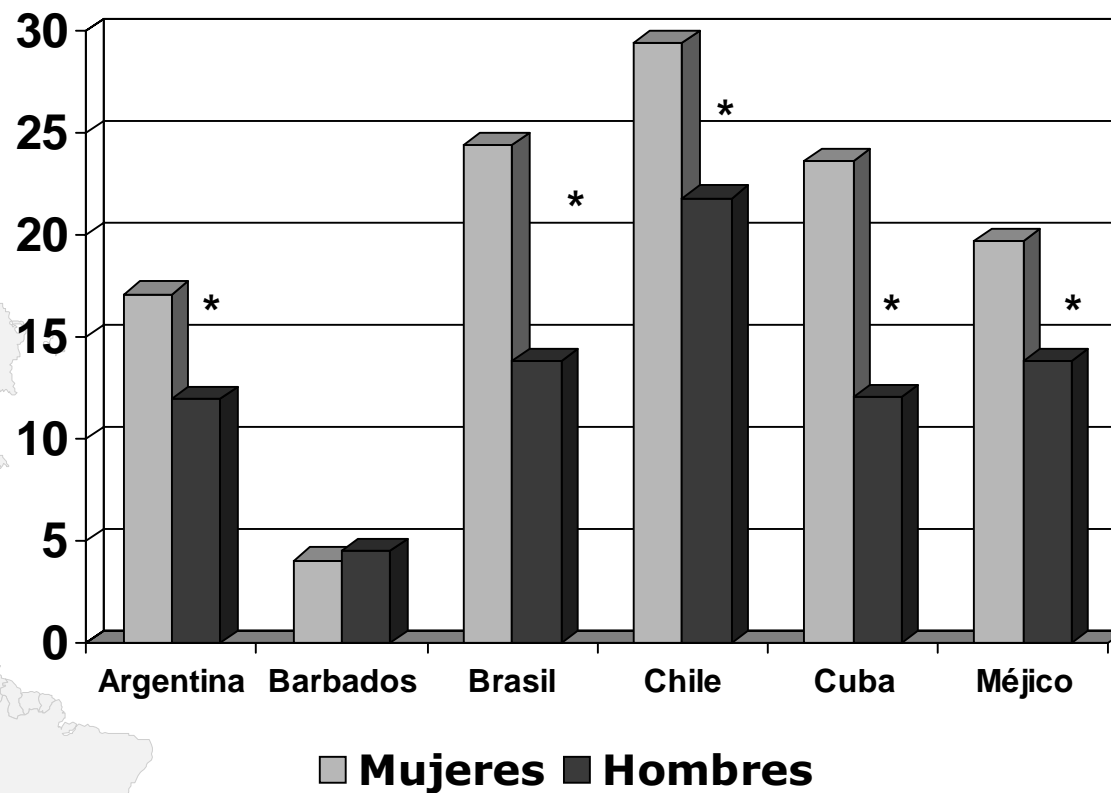
Puntos de corte

Síntomas depresivos > 5

Depresión Severa ≥ 10

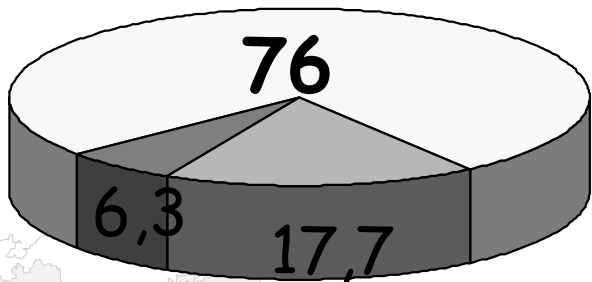


Prevalencia de depresión. 6 Ciudades Latino Americanas. Proyecto SABE 2000



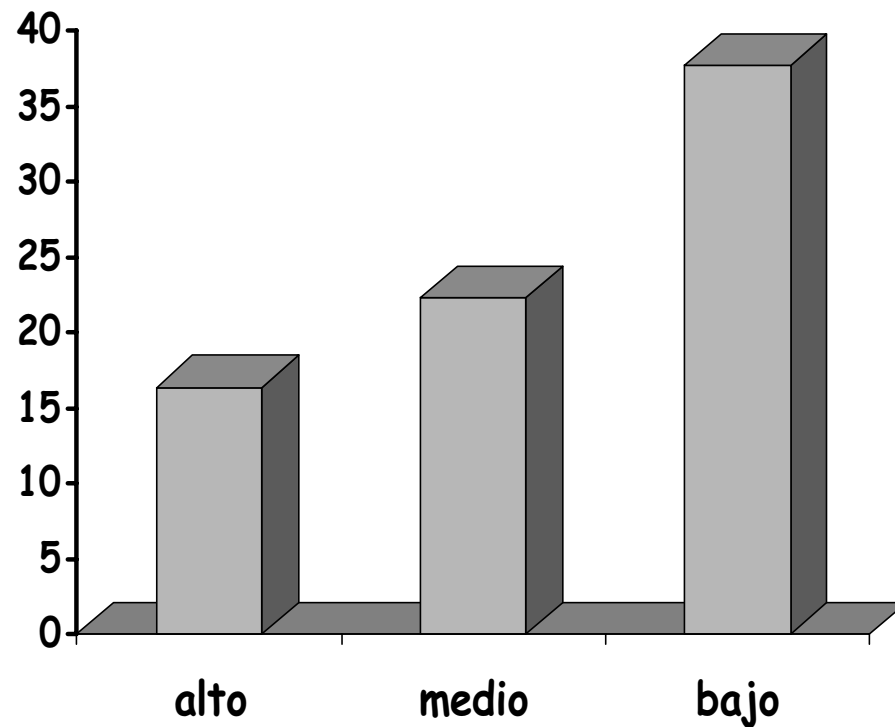
* $p < 0.00$

Chile. Prevalencia de Depresión según severidad y Nivel Socioeconómico



■ Normal 76%

■ Depresión 24%



χ^2 14.93 p=0.005

Conclusiones

- **Los síntomas depresivos son muy frecuentes y no presentan diferencias de género.**
- **En la mayoría de los casos no ha sido diagnosticada ni está en tratamiento.**
- **En Santiago, la ciudad con la mas alta prevalencia, se asocia significativamente con nivel socioeconómico bajo**

Limitaciones Funcionales

Las limitaciones funcionales ocurren como resultado de una discapacidad y afectan la habilidad del individuo para ejecutar las tareas y obligaciones habituales y las actividades diarias típicas.



Limitaciones Funcionales

Instrumentos

● **Actividades de la vida Diaria (ADL):**
Indice de Katz (vestirse, bañarse, comer, asearse, usar el wc, acostarse)

● **Actividades Instrumentales de la vida diaria (IADL):** Lawton & Brody

● **Actividades avanzadas de la vida diaria (AADL) Limitaciones Nagi :**
agacharse, levantar 5 kg, recoger moneda



**Limitaciones en al menos 1 AVD en ≥ 60 años.
6 ciudades Latinoamericanas 2000**

Ciudad	Mujeres	Hombres	Total
Buenos Aires*	20,2	12,8	17,3
La Habana*	22,4	14,2	19,1
Méjico	16,5	16,1	16,4
Montevideo*	20,7	10,8	17,1
Santiago*	22,2	14,2	19
Sao Paulo*	22,4	14,9	19,3

*p<0.01

**Limitaciones en al menos 1 IAVD en \geq 60 años.
6 ciudades Latinoamericanas 2000**

Ciudad	Mujeres	Hombres	Total
Buenos Aires	34,3	15,3	27,0
La Habana	31,3	17,5	25,7
Méjico	25,9	17,8	23,6
Montevideo	22,3	9,0	17,4
Santiago	35,6	17,1	28,2
Sao Paulo	40,0	19,6	31,6

Diferencias por sexo $p < 0.001$ para todas las ciudades

Reunión Regional en Envejecimiento y Salud. Panamá, 7 - 9 de abril 2003

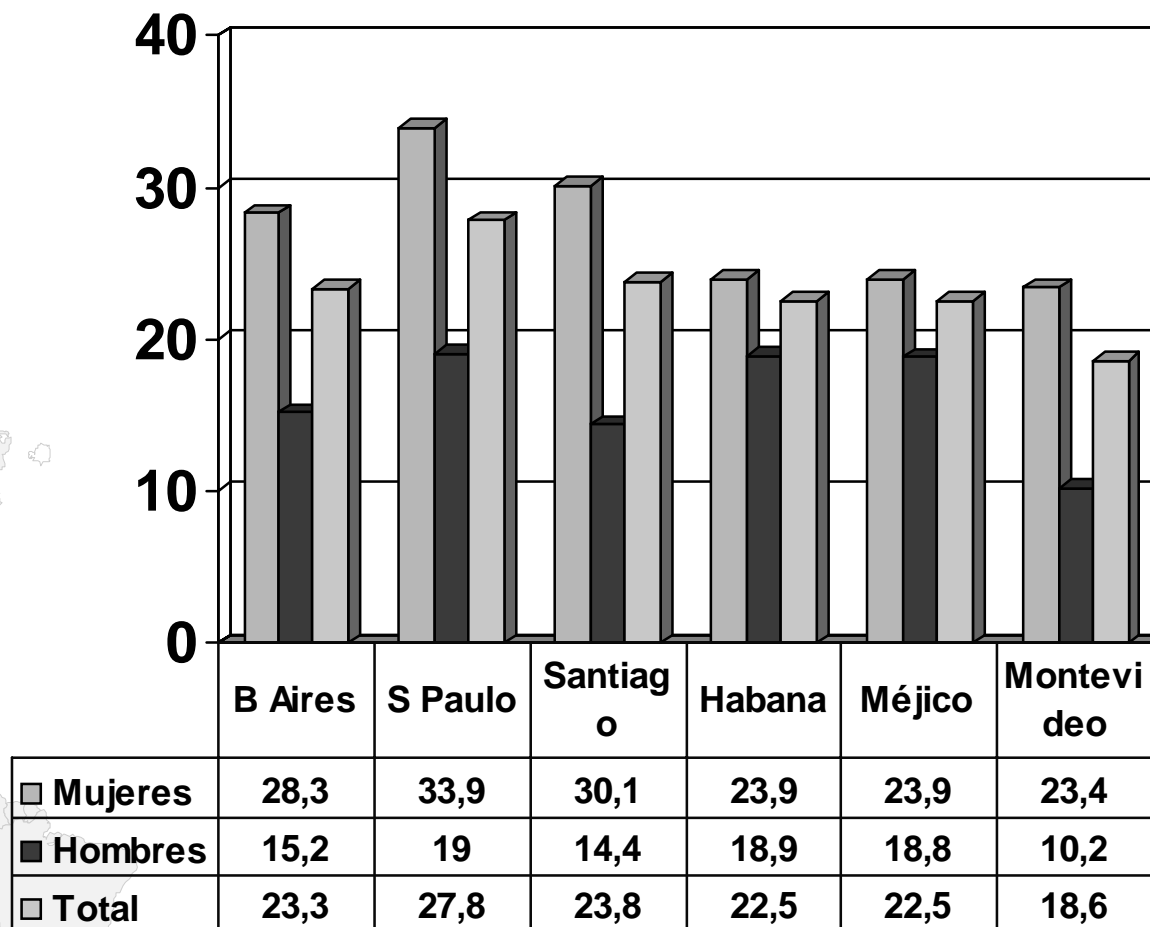
Proyecto SABE
C Albala/U CHILE

**Limitaciones en al menos 1 Nagi en ≥ 60 años.
6 ciudades Latinoamericanas 2000**

Ciudad	Mujeres	Hombres	Total
Buenos Aires	57,9	40,8	51,4
La Habana	66,1	38,1	54,6
Méjico	55,5	48,0	53,4
Montevideo	52,6	34,4	46,0
Santiago	69,9	43,1	59,1
Sao Paulo	61,8	40,0	52,8

Diferencias por sexo $p < 0.01$ para todas las ciudades

Proporción de ancianos con limitación* funcional. 6 ciudades Latinoamericanas. Proyecto SABE 2000.



* 1 ADL y/o 2 IADL y/o 3 Nagi con limitación

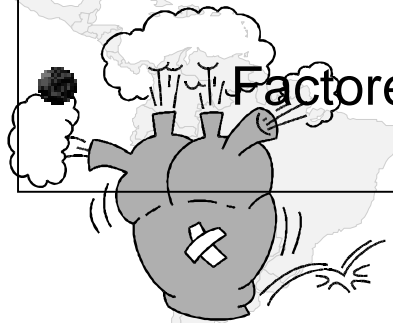
Conclusiones

- **Las limitaciones funcionales afectan a una alta proporción de ancianos en las ciudades estudiadas, alcanzando a la cuarta parte de la población de este grupo de edad.**
- **Afectan en forma especial en las mujeres, quienes presentan una significativa mayor frecuencia en todas las jerarquías de las limitaciones funcionales**

Factores de riesgo cardiovascular

El problema

- Primera causa de muerte en este grupo en latinoamerica
- E Isquémica y ECV causan la mayor parte de las muertes
- Primera causa de pérdida de AVISA
- Discapacidad
- Factores de riesgo en aumento



Prevalencia de F.R. Cardiovascular.SABE CHILE

	HOMBRES		MUJERES		Total
	60-74	≥75	60-74	≥75	
Hipertensión	42,9	51,6	54,6	58,3	53,2
Sobrepeso IMC 28,1 - 33	15,8	11,29	16,3	11,0	14,7
Obesidad IMC >33	24,2	19,1	39,0	25,3	30,2
Circ Cintura M≥88 H≥103cm	29,9	28,7	70,7	66,8	
Sedentarismo	70,7	77,4	72,5	79,4	77,2
Fuma	21,3	7,3	12,4	4,1	12,1

Conclusiones

- **Existen importantes diferencias de género en la frecuencia de factores de riesgo cardiovascular.**
- **A excepción del cigarrillo, los F.R. cardiovascular estudiados son significativamente mas frecuentes en mujeres especialmente para obesidad y distribución de grasa corporal.**
- **Si persiste esta situación, se espera una creciente morbi mortalidad por esta causa, en el sexo femenino mayor de 60 años.**
- **La actividad física y no fumar se asocian con mayor longevidad y menor riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias, osteoporosis, fracturas, discapacidad y mortalidad.**

Comentarios finales

Los resultados evidencian serios problemas de salud y una profunda inequidad de género lo que plantea a la sociedad múltiples desafíos que deben ser enfrentados a la brevedad

- La vulnerabilidad de los ancianos evidenciada, es mas grave si se considera que las mujeres viven mas, pero en peores condiciones de salud que los hombres.**
- Se debiera considerar la atencion preferencial de las mujeres ancianas**
- Los resultados revelan la necesidad de mantener las acciones de prevención y promoción de la salud en este grupo etáreo**