

---

---

## TRABAJOS ORIGINALES

---

---

### *ESTUDIO CLÍNICO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE TRASTORNOS COGNOSCITIVOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA*

*Pedro Casanova Carrillo<sup>1</sup>*

**RESUMEN:** Se estudiaron 234 pacientes aparentemente sanos, de 2 consultorios del Médico de Familia pertenecientes al policlínico "Héroes del Moncada" para detectar la presencia de deterioro cognoscitivo en la población mayor de 60 años de esos consultorios. El elevado número de consultas por trastornos de memoria y pérdida de la capacidad cognoscitiva en general fue lo que motivó este trabajo. A todos los pacientes se les realizó un examen neurológico completo y se les aplicaron pruebas en forma de encuestas para medir el tipo y el grado de deterioro, además de su relación con la edad. Se detectó que un 19,66 % de ellos presentaban alguna forma de deterioro cognoscitivo, correspondiendo los mayores porcentajes a la memoria (36,9 %), seguido de la orientación, las formas mixtas, el pensamiento y el juicio respectivamente. De los 46 pacientes con deterioro, 36 se encontraban por encima de los 70 años. El mayor número de casos correspondió a las formas comenzantes o ligeras (50 %), mientras que a diferencia de otros trabajos similares presentamos mayores cifras de deterioro severo (28,2 %) sobre el deterioro moderado (21,7 %), probablemente dependiendo de las características de nuestra muestra. En nuestro país se señalan cifras similares de prevalencia a las presentadas en este trabajo (16,5 y 19,3 %). Los resultados obtenidos demuestran la tendencia creciente del síndrome y el papel de la edad como factor de riesgo para la aparición de estos síndromes.

**DeCS:** DEMENCIA/diagnóstico; PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD; TRASTORNOS COGNITIVOS/diagnóstico; MEDICOS DE FAMILIA; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; SALUD DEL ANCIANO.

A partir del surgimiento del programa del Médico de Familia en nuestro país se ha realizado una intensa labor en aras de determinar las principales enfermedades que afectan a nuestras comunidades. Promoción y prevención son 2 aspectos que han adquirido mayor relevancia desde

entonces y nuestro sistema de salud dedica numerosos esfuerzos humanos y recursos materiales para garantizar la satisfacción de la población, así como una mejor calidad de vida.

Hace algunos años, el programa del adulto mayor era solo una idea que debía

---

<sup>1</sup> Residente de Medicina General Integral. Policlínico "Héroes del Moncada".

ponerse en práctica; hoy es una realidad en la cual participan muchos médicos, investigadores y especialistas. Este trabajo intenta determinar el comportamiento del deterioro cognoscitivo en una de nuestras áreas de salud porque ello constituye el inicio de una de las enfermedades que hoy también es una realidad no solo para los médicos e investigadores cubanos, sino también para el resto del mundo: las demencias.

Las demencias tienen 2 características que las distinguen:

1. Su diagnóstico descansa sobre bases esencialmente clínicas.
2. Requieren un enfoque multidisciplinario para su definición y su terapéutica.<sup>1</sup>

Su origen se remonta a 1906 cuando un neuropatólogo de la Clínica de Psiquiatría de Munich, *Lois Alzheimer*, refirió la existencia de "una enfermedad peculiar de la corteza cerebral", al presentar una paciente de 56 años que falleció por una disminución crónica y progresiva de sus facultades mentales.<sup>2</sup>

Se bautizó desde entonces como demencia presenil o enfermedad de Alzheimer toda enfermedad degenerativa de la corteza cerebral, que se manifiesta en edades relativamente tempranas (a partir de la 5ta década de la vida); considerando que la demencia senil se presenta normalmente en individuos mayores de 70 años.<sup>3</sup>

La diferenciación por edades fue objeto de discusión durante mucho tiempo. No se tenía certeza del papel que jugaba el envejecimiento con la esclerosis de las arterias cerebrales como responsables de la pérdida de capacidad cognoscitiva. A lo largo del tiempo se ha descubierto que los cambios histológicos encontrados (neurofibrillas de *Alzheimer*, placas seniles, abiotrofia cerebral difusa, degeneración

granovacuolar de las neuronas, cuerpos de *Lewi*), coincidían en ambas enfermedades, hasta que *Terry y Kid* demostraron que la demencia senil y la demencia presenil son la misma enfermedad.<sup>4</sup> Algunos autores de la Escuela de Psiquiatría Europea mantienen el criterio de que se trata de 2 enfermedades distintas, no así nuestro trabajo que apoya la teoría de que estamos en presencia de una sola.<sup>5</sup>

Las transformaciones que ha sufrido la demencia en estos años ha cambiado muchas viejas ideas, los nuevos descubrimientos han modificado incluso conceptos de la propia neurología y de las enfermedades infecciosas.<sup>6</sup> En países desarrollados la enfermedad de Alzheimer constituye la principal manifestación de demencia. En países como Estados Unidos se registra además como la 4ta causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes mellitus. Cuba no presenta datos de mortalidad similares, pero investigadores consideran que existen subregistros si atendemos a que las enfermedades de las arterias, arteriolas y capilares ocupan la 5ta causa de muerte después de los 65 años de edad.

Las demencias constituyen una patología que cada vez es más frecuente en nuestra práctica médica, deseamos por esta razón atraer el interés de los Médicos de Familia sobre los deterioros cognoscitivos y los signos de aparición de estos síndromes; cuyo cuadro clínico se modifica poco a pesar de obedecer a múltiples causas. Esto facilita su diagnóstico clínico hasta con más de un 80 % de seguridad haciéndolo accesible y asequible. Ello, sin duda alguna, mejoraría la calidad de vida de nuestra población mayor de 60 años además reduciría los costos humanos y materiales que representan para nuestro país la atención de estos pacientes, que en ocasiones son diagnosticados tardíamente dificultándose así la solución terapéutica, su rehabilitación y llega a pro-

vocar la desestabilización en la familia, la comunidad y la sociedad en general.

## **Métodos**

Para la realización de este trabajo se seleccionaron al azar 2 consultorios del Médico de Familia pertenecientes a un área del Policlínico "Héroes del Moncada" del municipio Plaza de la Revolución. Se realizó un estudio longitudinal, observacional y prospectivo. Se utilizó como universo el total de pacientes mayores de 60 años de estos consultorios. Para la confección de la muestra se excluyeron pacientes conocidos con diagnóstico y síndrome demencial o enfermedades psiquiátricas del tipo psicosis o retraso mental. Para la exclusión se utilizó la historia clínica ambulatoria y la ficha familiar. Además se les realizó a todos los pacientes una entrevista previa.

A los pacientes previamente seleccionados se les realizó un examen neurológico completo y una evaluación del estado mental mediante el *Miniexamen del Estado Mental de Folstein*. Del mismo resultó que solo 39 tuvieron deterioro cognoscitivo para una prevalencia de un 19,66 %.

A estos se les aplicó la *Escala de Deterioro Global* propuesta por el profesor *Rodríguez Rivera* para determinar el grado y el tipo de deterioro cognoscitivo. Dicho grado se clasificó en ligero, moderado o severo según los resultados obtenidos, y de acuerdo con el tipo de deterioro se clasificaron en pacientes con afecciones de memoria, afección de la orientación, afección del pensamiento, afección del juicio y mixtos, encontrándose que los mayores porcentajes correspondieron a la memoria (36,9 %) y a la orientación (21,8 %), seguido de las formas mixtas (17,3 %), el pensamiento (15,2 %) y el juicio (8,6 %) respectivamente. Todos los datos obteni-

dos fueron evaluados y corregidos mediante métodos de computación.

## **Resultados**

Del total de 234 pacientes mayores de 60 años, 46 presentaron deterioro cognoscitivo, lo cual representa una prevalencia de un 19,66 % (tabla 1). El número de pacientes con deterioro se incrementó con la edad; después de los 70 años, 36 del total de 46 pacientes presentaron deterioro cognoscitivo. Además se detecta que después de los 70 años disminuye el número de pacientes aparentemente sanos hasta invertirse los porcentajes en los grupos de 80 - 84 años.

TABLA 1. Resultados del minexamen de Folstein en la población estudiada

Pacientes	No.	Porcentaje
Con deterioro cognoscitivo	46	19,66
Sin deterioro cognoscitivo	188	80,34

El número de pacientes con deterioro ligero fue de un 50 %, contrastando con los pacientes con deterioro moderado y severo que tuvieron porcentajes de 21,7 y 28,2 respectivamente. Aunque nos llamó la atención el hecho de que los pacientes con deterioro moderado fueron menos que los que presentaron deterioro severo, consideramos que se debe a las características de la muestra empleada. El número de pacientes por encima de los 75 años sobrepasa el de otros trabajos revisados.<sup>1,7</sup> (Bonet de la Nuez M, Vega García E, Libre Rodríguez J. Procedimiento para el diagnóstico del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el

ámbito comunitario. III Encuentro Latinoamericano y Caribeño de Asociaciones del Alzheimer. Palacio de Convenciones, 28-31 de marzo del 2000) (Guerra Hernández M, Llibre Rodríguez J. Prevalencia de la demencia en la población mayor de 65 años. Estudios en el área de salud del policlínico "Carlos J. Finlay". Tesis de Grado. Ciudad de La Habana, 1990) (Suárez Canejero A.M, Llibre Rodríguez J. Estudio clínico y etiológico de las demencias. Hospital "Carlos J Finlay". Tesis de Grado. Ciudad de La Habana, 1991.).

En la tabla 2 se muestran los resultados del deterioro cognoscitivo por grupo etáreo. De los 46 pacientes con deterioro, 36 se encontraban por encima de los 70 años. Es importante señalar que mientras en el grupo de 60-64 años el deterioro era de solo un 6,9 %, a los 90 años el 100 % de la muestra era positiva. Las cifras aumentan según se avanza en edad hasta incluso invertirse los porcentajes en los grupos de 80-85 años, lo cual corrobora el papel de la variable edad como factor de riesgo para la aparición de este síndrome.

**TABLA 2. Resultados del deterioro cognoscitivo según el grupo etáreo**

Grupo etáreo (años)	Sin deterioro		Con deterioro		Total
	cognoscitivo	%	cognoscitivo	%	
60-64	54	93,1	4	6,9	58
65-69	58	90,6	6	9,3	64
70-74	39	88,6	5	11,3	44
75-79	22	64,7	12	35,2	34
80-84	11	73,3	4	26,6	15
85-89	4	36,3	7	63,6	11
+ 90	-	-	8	100	8
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>63,81</b>	<b>46</b>	<b>36,19</b>	<b>234</b>

Al aplicar la Escala de Deterioro Global propuesta por el profesor *Rodríguez Rivera* se observó que el 50 % de los pacientes presentaron deterioro ligero, un 21,7 (10 pacientes) deterioro moderado y (13 pacien-

tes) un 28,2 % deterioro severo (tabla 3). Pueden atribuirse estas cifras al deterioro vascular que presentan estos ancianos en estas edades de la vida. El tiempo de evolución del deterioro pudiera explicar el aumento de pacientes con deterioro severo por encima de los pacientes con deterioro moderado. Un diagnóstico etiológico del síndrome pudiera explicar estas cifras; por ejemplo, valdría recordar las diferencias que presentan la demencia de Alzheimer y la demencia de Alzheimer con cuerpos de Lewi, ya que esta última influye en la severidad del deterioro, la afectividad y aumentan el riesgo de extrapiramidalismo y enfermedad cerebrovascular, además de modificar la propia severidad del cuadro. Significa que estos pacientes se deteriorarían mucho más rápidamente que otros.<sup>8-12</sup>

**TABLA 3. Resultados de la aplicación de la escala de deterioro global para la clasificación del deterioro**

	No.	%
Ligero (20 - 23 ptos)	23	50
Moderado (12 - 20 ptos)	10	21,7
Severo (menos de 5 ptos)	13	28,2

Al estudiar el comportamiento de los diferentes tipos de deterioro se encontró que las cifras mayores correspondieron a la memoria con un 36,9 %, la orientación con un 21,7 %, las formas mixtas con un 17,3 % y por último se ubicaron el pensamiento (15,2 %) y el juicio (8,6 %) (tabla 4).

**TABLA 4. Resultados de la aplicación de la escala de deterioro global para clasificar la esfera cognoscitiva afectada**

	No.	%
Memoria	17	36,9
Orientación	10	21,7
Pensamiento	7	15,2
Juicio	4	8,6
Mixto	8	17,3

## ***Discusión***

De los 234 pacientes mayores de 60 años estudiados, 46 presentaron deterioro cognoscitivo, lo cual representa una prevalencia de un 19,66 %. En estudios revisados con anterioridad sobre la prevalencia de estos síndromes, esta oscilaba entre un 4 y un 5 % para las personas mayores de 65 años. Según la literatura revisada en estos trabajos la mayoría de los casos presentaba una marcada incapacidad, no obstante al incluirse las formas comenzadas o ligeras dicha prevalencia ascendía hasta un 10 %. En nuestro país las cifras señalan prevalencias mucho más elevadas (16,5 % y 19,3 %).

Creemos importante señalar que existen diferencias entre los trabajos; los primeros han sido realizados con pacientes hospitalizados y en el segundo caso se trata de estudios comunitarios, donde el diagnóstico es probabilístico, basado en métodos clínicos sin confirmación histológica, ni apoyo en métodos auxiliares. No obstante, reafirmamos que el método clínico se acerca hasta en un 80 % al diagnóstico. Este trabajo presenta cifras similares a los trabajos anteriores, así como a las cifras que recoge la literatura, y nuestro mayor porcentaje probablemente esté relacionado con el número de la serie estudiada.<sup>1,8</sup>

Los resultados emitidos demuestran la tendencia creciente de este síndrome, hallazgo de por sí esperado, si tenemos en cuenta que la edad es un factor de riesgo, y quizás el factor de riesgo aceptado por todos, para todos los tipos de demencias.

Tanto en el envejecimiento normal como en el patológico la función cognoscitiva que más alteraciones sufre es la memoria, deteriorando la calidad de vida, la capacidad de nuevos aprendizajes y la evocación de información valiosa para el adulto mayor. Es sabido que el sistema

colinérgico sigue siendo la diana principal. Se cree que en el envejecimiento normal las principales manifestaciones tienen que ver con la atrofia cortical, no en áreas predeterminadas ni con debilidad del intercambio sináptico; así sus efectos están dados por un retardo progresivo del procesamiento de información, dificultades para la distribución de la atención y ausencia de estrategias para codificar la información, afectando mayoritariamente la memoria a corto plazo, el olvido de los propósitos y su rendimiento en general. Estos pacientes presentan un significativo deterioro de esta esfera (*Della Sala S. Executive deficits in Alzheimer's disease neuropsychology UK. II foro iberoamericano sobre el envejecimiento cerebral. Resumen. Palacio de las Convenciones 28-31 de marzo del 2000*) (Bringas Vega ML. Memoria en el envejecimiento normal y patológico. Cuba. II foro iberoamericano sobre el envejecimiento cerebral. Resumen. Palacio de las Convenciones, 28-31 de marzo del 2000.).

Los pacientes con afectación de la esfera de orientación se ajustan a patrones similares. Se plantea que en estos pacientes se afecta fundamentalmente la orientación en tiempo, lugar y finalmente con su propia persona cuando el trastorno evoluciona a moderado o severo, por lo general se asocia con trastornos de memoria dando lugar a formas mixtas (Bonet de la Nuez M, Vega García E, Llibre Rodríguez J. Procedimiento para el diagnóstico del deterioro cognitivo en el adulto mayor en el ámbito comunitario. Cuba. II Foro Iberoamericano sobre el envejecimiento cerebral. Resumen. Palacio de las Convenciones. 28-31 de marzo). Estos datos reafirman la importancia que reviste la detección precoz de los trastornos de memoria y orientación como signos frecuentes e iniciales de los síndromes demenciales, y la relativa facilidad de su

diagnóstico hace que pueda ser una herramienta eficaz en manos de los Médicos de Familia, para el control y dispensarización del adulto mayor en sus comunidades.

### **Conclusiones**

1. La tasa de prevalencia de deterioro cognoscitivo coincide con la de los trabajos anteriores realizados.
2. De los pacientes con deterioro cognoscitivo el mayor número correspondió a los grados ligero y severo.
3. El grado de deterioro cognoscitivo aumentó a medida que se avanzó en edad de los pacientes.
4. Existe una relación entre la presencia de deterioro cognoscitivo y la existencia de un síndrome demencial.
5. De los trastornos cognoscitivos la que mayor afectación presenta y uno de los primeros signos de aparición es la memoria.

**SUMMARY:** 234 apparently sound patients, who receive medical attention at 2 family physician's offices of the "Héroes del Moncada" Polyclinic were studied to detect the presence of cognition deterioration in the population over 60 from these places. The high number of consultations due to memory disorders and to the lost of the cognition capacity in general led the authors to write this paper. A complete neurological examination was made to all patients and some tests were applied in the form of surveys to measure the time and degree of deterioration and their relation to age. It was observed that 19.66 % of them had some form of cognition deterioration. The highest percentages corresponded to memory (36.9 %), followed by orientation, mixed forms, thought and judgement, respectively. Of the 46 patients with deterioration, 36 were over 70. Most of the cases were in an initial or mild stage (50 %), but unlike other similar papers the figures of severe deterioration (28.2 %) were higher than those of moderate deterioration (21.7 %), probably depending on the characteristics of our sample. Figures of prevalence similar to those presented in this paper (16.5 and 19.3 %) have been registered in our country. The results attained showed the increasing trend of the syndrome and the role of age as a risk factor for the appearance of these syndromes.

Subject headings: **DEMENTIA/diagnosis; NATIONAL HEALTH PROGRAMS; COGNITION DISORDERS/diagnosis; PHYSICIANS, FAMILY; PRIMARY HEALTH CARE; AGING HEALTH.**

### **Referencias bibliográficas**

1. Rodríguez Rivera L. Las demencias en la práctica médica. 1ra. ed. 1997:2-56.
2. Alzheimer A. Uber eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde Aug Zischr Psychiatrics 1907;64(2):146-8.
3. López Espinosa JA. La enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Med Gen Integr 1994;10(4):415-6.
4. Mesa Castillo S. Las demencias seniles y los virus lentos. Rev Hosp Psiquiatr Habana 1986;27(2):191.
5. Katzman R. Alzheimer disease. N Engl J Med 1986;314(15):964-73.
6. Larragoiti Alonso R. Las demencias en las edades avanzadas. Rev Hosp Psiquiatr Habana 1987;28(3):31.
7. Li G, Shen YC. A three year old follow up study of age related dementia in an urban area of Beijing. Acta Psychiatr Scand 1991;85(2):773-6.
8. Bowler JV, Hadar U, Wade JP. Cognition in stroke. Acta Neurol Scand 1994;90(6):424-429.
9. Roth M, Pratt RTC, Thomas JE. The relationship between quantitative measures of dementia and cognitive disturbances in elderly subjects. London: Sherwood J and A Churchill, 1997.

10. Hoshi M, Takashima A, Murayama M, Yasutake K, Yoshida N, Ishiguro K, et al. Nontoxic amyloid beta peptide 1-42 suppresses acetylcholine synthesis. Possible role in cholinergic dysfunction in Alzheimer's disease. *J Biol Chem* 1997;272(4):2038-2841.
11. Petersen RC. Mild cognitive impairment or questionable dementia? *Arch Neurol* 2000; 57(5):643-4.
12. López OL, Hamilton RL, Becker JT, Wisniewski S, Kaufer DT, Dekosky ST.

Severity of cognitive impairment and the clinical diagnosis of Alzheimer Dementia with Lewy bodies. *Neurology* 2000;54(9):1780-7.

Recibido: 26 de junio del 2000. Aprobado: 15 de septiembre del 2000.

*Dr. Pedro Casanova Carrillo*. Calle B No. 607 entre 25 y 27, El Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.