

El deterioro cognitivo: una mirada previsor

Víctor T. Pérez Martínez¹

Según las proyecciones demográficas de hoy día, se estima que la proporción de personas mayores de 65 años alcanzará el 20-25 % en el año 2020.¹ En la actualidad, el segmento de la pirámide poblacional que más se expande es el correspondiente a los mayores de 75 años, mientras que la base se reduce drásticamente por la caída brutal de la natalidad. 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

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.³ 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 La población anciana en nuestra isla se ha duplicado en menos de 35 años, estimándose un aumento de un 20 % en el 2025, y se pronostica que 1 de cada 4 cubanos tendrá 60 años o más.⁵ La expectativa de vida en Cuba alcanza los 76 años, hecho que nos obliga a enfrentar cada vez con más frecuencia los problemas médicos habituales de los ancianos como : la incontinencia de esfínteres, las caídas, la inmovilidad, la depresión, el abuso o el maltrato, la polifarmacia y la demencia.⁶

La senectud deberá ser entendida como la manera natural de envejecer el ser humano y no como un proceso patológico.⁷ Sin embargo, no existe un límite perfectamente definido entre "fisiológico y patológico", dado que las capacidades en el hombre, cuyo substrato natural son las aptitudes, vienen condicionadas por aspectos genéticos, laborales, económicos y culturales.⁸

Hay que tener presente también que los problemas de memoria afectan justamente al 50 % de las personas mayores de 65 años, mientras que las demencias las padecen del 5 al 10 % de esta población.⁹ La memoria es un proceso mental complejo por medio del cual fijamos, retenemos y reproducimos todo aquello que estuvo una vez en nuestra conciencia, haciendo uso posterior de nuestra experiencia. Es pues, una condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva, pero para que la información sea adecuadamente registrada y evocada es necesario que otras funciones neuropsicológicas permanezcan indemnes.¹⁰ 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, pudiendo simular una demencia.

Desarrollo

Deterioro cognitivo o cognoscitivo: su conceptualización

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. Presupone un nivel cognitivo superior al actual, 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.¹¹

Los estudios de prevalencia de los trastornos de memoria asociados con la edad no se han intentado hasta fechas relativamente recientes, probablemente debido a la incertidumbre de no contar con criterios diagnósticos inequívocos e instrumentos validados. La frecuencia de los trastornos cognitivos varía según las clasificaciones y criterios diagnósticos utilizados en los diferentes estudios.¹²

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.

Trastornos cognitivos relacionados con el envejecimiento

La alteración cognitiva del anciano que no alcanza demencia, es decir, sin repercusión significativa en sus actividades domésticas, ocupacionales y sociales, o con una muy discreta repercusión (solo para actividades complejas) incluye 2 conceptos de gran operatividad práctica y utilidad en la clínica diaria: el deterioro cognitivo muy leve o sin demencia, y el deterioro cognitivo leve o con demencia dudosa.

En el primer caso se trata de una persona que ofrece quejas repetidas de fallos o pérdida aislada de la memoria u olvidos frecuentes, sin que se sumen afectaciones de otras áreas cognitivas. Dicho déficit aparece principalmente cuando se intenta recordar el nombre de alguna persona, lista de objetos o hechos recientes, y suele surgir de manera fluctuante en dependencia de cambios de humor, no interfiere en las actividades de la vida diaria y se constata la normalidad de los *tests* cognitivos breves (puntuaciones superiores a 24). El seguimiento clínico del paciente cada 6 meses no evidencia el empeoramiento del déficit. El aumento de la incidencia de este trastorno en el anciano con respecto a otros grupos de edades, se debe a factores sociales que limitan los estímulos vitales de estas personas y a su mayor preocupación por los problemas relacionados con su salud. Este criterio abarcaría a la definición de *alteración de la memoria asociada a la edad*, o se correspondería con los anteriores (olvido senil benigno y amnesia benigna de la vejez).

En el segundo caso existe un trastorno más pronunciado de memoria y una o más de las siguientes áreas cognitivas afectadas discretamente: atención, aprendizaje, concentración, pensamiento, lenguaje, entre otras. Condiciona problemas solo para las tareas complejas previamente bien desarrolladas, pero el

déficit no ocasionará grandes molestias ni interferirá en el funcionamiento ocupacional y social del individuo, es decir, no afectará su vida de relación, por lo que la naturaleza de los síntomas no permite el diagnóstico de demencia. Los *tests* cognitivos breves aplicados puntuarían alrededor de 24. El seguimiento clínico del paciente cada 3 ó 6 meses nos indicará si el déficit regresa, se estabiliza o progresa hacia la demencia, es decir, nos aclarará el diagnóstico. Este criterio es el más próximo a la definición de *deterioro cognitivo asociado con la edad*.

Cuando el deterioro cognitivo repercute significativamente en las actividades funcionales de la vida cotidiana, probablemente estemos ante un síndrome demencial (deterioro cognitivo orgánico o patológico o con demencia establecida). Solo una correcta valoración clínica nos indicará en qué lugar del *continuum* cognitivo- funcional: normalidad - deterioro o trastorno cognitivo leve - demencia se sitúa un paciente.¹³ A menudo, solo el seguimiento clínico confirmará si estamos frente a una situación estable o, por el contrario, progresa a demencia.

Problemas de memoria o cognitivos no relacionados necesariamente con el proceso del envejecimiento

1. Síndromes amnésicos estables y/o transitorios: Se presentan problemas de atención reducida por estados de ansiedad o depresión, como sucede en las "lagunas" mentales de los alcohólicos, el estado poscrisis epiléptica, con el uso de benzodicepinas (especialmente de vida media corta), las que además de favorecer los fenómenos de tolerancia y dependencia producen una amnesia anterógrada, y en la amnesia global transitoria, que es un cuadro benigno que puede ser recurrente, de probable origen vascular, epiléptico o formando parte de una cefalea migrañosa, Clínicamente hay pérdida brusca de la memoria anterógrada y retrógrada con frecuente ansiedad reactiva. El cuadro se autorresuelve en menos de 24 h sin precisar tratamiento específico.
2. Síndrome confusional agudo o *delirium*: Es un síndrome cerebral orgánico que carece de etiología específica, de comienzo rápido, caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de la conciencia y atención, constante desorientación, que puede ser total en los casos graves, con deterioro del pensamiento abstracto, de la capacidad de comprensión, de la memoria, la presencia de alucinaciones e ilusiones visuales, la alteración del ritmo sueño-vigilia y los trastornos psicomotores. En su curso deben presentarse fluctuaciones diurnas de los síntomas, y la duración total del trastorno debe ser inferior a los 6 meses.
3. La afasia: Es un síndrome neurofisiológico focal caracterizado por alteraciones en la nominación (disnomias) y/o comprensión, de presentación habitualmente brusca. La preservación de otras funciones, así como el mayor grado de funcionalidad laboral, familiar y social evidenciarán la afectación lesiva focal del cerebro.

Además del envejecimiento, otras causas frecuentes de deterioro cognitivo son las enfermedades psiquiátricas, los eventos o enfermedades cerebrovasculares, y las enfermedades sistémicas y degenerativas como la demencia y el Parkinson. Entre los síntomas y/o signos de sospecha de deterioro cognitivo podemos citar las pérdidas de memoria (se olvidan citas, nombres, números telefónicos, etc.), la desorientación en tiempo y lugar (se olvidan fechas y ocurren pérdidas en sitios perfectamente conocidos), aparecen problemas de pensamiento abstracto (la persona olvida el significado del dinero, muestra dificultades en evaluar semejanzas y en interpretar refranes),

son notorios los problemas de lenguaje (se olvidan y sustituyen palabras, hay dificultades para encontrar la palabra apropiada en una conversaci3n), la pobreza de juicio es característica (vestidos inadecuados), con frecuencia se pierden cosas o se colocan en lugares inapropiados, se producen cambios inesperados y frecuentes del estado de ánimo y de conducta (desinhibici3n, repetic3n de preguntas y actos, reacciones agresivas y violentas, manifestaciones sexuales inapropiadas, familiaridad con extraños, etc.), son comunes los cambios de personalidad (hay acentuaci3n de rasgos previos, se vuelven suspicaces, temerosos, parecen como "ausentes", "raros", "extraños", etc.), se evidencia la p3rdida de la iniciativa (se muestran pasivos y necesitan ser estimulados constantemente), así como también se acentúan las dificultades en la realizaci3n de las tareas familiares.

Estaremos en disposici3n de poder diagnosticarlo tras la integraci3n de los datos obtenidos en la entrevista clínica (incluye la anamnesis + la aplicaci3n de *test* psicométrico breve). Durante la entrevista clínica de orientaci3n diagn3stica debemos observar el nivel de atenci3n, concentraci3n y el estado de conciencia, el grado de interés, participaci3n y colaboraci3n con el interrogatorio, pues respuestas como *no lo sé* o *no puedo* sugieren depresi3n. Igualmente debe prestarse especial interés a la capacidad para relatar las quejas, la percepci3n de la enfermedad, la comunicaci3n verbal y no verbal (expresi3n facial, postura, gestos, movimientos corporales, contacto visual), así como la imagen global del paciente, su apariencia y conducta.

En la anamnesis debemos interrogar exhaustivamente sobre los antecedentes familiares de demencia, enfermedades psiquiátricas, epilepsia o eventos cerebrovasculares; así como también sobre los antecedentes personales, es decir, de traumatismo craneal, neoplasias, gastrectomía, trastornos endocrinometab3licos, psiquiátricos, conducta sexual desprotegida, exposici3n a t3xicos laborales, consumo de fármacos anticoagulantes y con toxicidad cognitiva, que nos hagan pensar en posibles demencias secundarias.

Igualmente indagaremos sobre factores de riesgo de demencia vascular, es decir, la presencia de HTA, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, cardiopatías, hipercolesterolemia, poliglobulia, tabaquismo y alcoholismo. Se precisará el nivel educativo y las capacidades funcionales y sociales previas, referidas a la situaci3n sociofamiliar (estructura y cooperaci3n familiar, cuidadores, red social, vivienda, situaci3n económica, laboral, de ocio y tiempo libre), y también sobre alguna enfermedad actual, con la fecha aproximada de inicio de los síntomas, su modo de instauraci3n, el curso evolutivo, los síntomas asociados (cefalea reciente, parkinsonismos, incontinencia, depresi3n, alucinaciones, caídas, constipaci3n), y la conciencia que se tiene de la enfermedad.

Consideraciones generales a cerca de los *tests* neuropsicol3gicos o psicométricos.

La demostraci3n del deterioro cognoscitivo, una vez establecida su sospecha, a trav3s de los diferentes *tests* psicométricos es muy necesaria, pues complementan la exploraci3n del estado mental y funcional del paciente y apoyan o hacen dudoso el diagn3stico. Ningún *test* psicométrico diagnostica por sí solo una demencia. Los que se emplean para valorar deterioro cognitivo pueden considerarse una exploraci3n neuropsicol3gica sistematizada, contienen preguntas para evaluar las praxias, el lenguaje, la

concentración, etc. A algunas de estas pruebas se les señala el inconveniente de enfatizar en el lenguaje y la memoria, así como poseer una intensa orientación verbal, por lo que las personas analfabetas, con déficit sensoriales o con trastornos psiquiátricos (depresión, etc.), puedan presentar falsos positivos.¹⁰ Así, los más recientes avances en este campo ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar instrumentos más específicos y sensibles para evaluar los diversos componentes de los procesos involucrados en la adquisición, almacenamiento y evocación de la información, y el reconocimiento de que los perfiles cognitivos resultantes son útiles en la predicción de la evolución. No obstante, recordamos que existe un número variable de pacientes con perfiles neuropsicológicos y psicoafectivos mixtos, que reducen el valor predictivo de estos exámenes.

Condiciones indispensables para el diagnóstico etiológico y diferencial sindrómico del deterioro cognitivo que alcanza demencia

Es indispensable realizar la exploración física general y neurológica de los pacientes más las pruebas complementarias, orientadas preferentemente a descartar causas secundarias. En la exploración general se evaluará la talla, el peso corporal y los signos vitales, el estado de la piel y las mucosas, la palpación de los pulsos periféricos, del tiroides y del abdomen, así como la auscultación cardíaca (soplos y arritmia) y carotídea (soplos).

En el examen neurológico se explorará minuciosamente el nivel de conciencia y los signos meníngeos, la presencia de signos de liberación frontal (reflejos de succión, prensión, hociqueo, glabellar, palmomentoniano) que denotan un deterioro significativo, de signos focales motores (paresias, signo de Babinski, déficit sensorial, defectos del campo visual, falta de coordinación de los movimientos, etc.); y signos extrapiramidales (temblor, rigidez, alteración de los reflejos de actitud y postura, mioclonías, etc.). Se buscarán igualmente alteraciones de la marcha, trastornos del lenguaje (afasia, disnomias, estereotipia, neologismos, etc.), de pares craneales y del fondo de ojo.

Los estudios o exámenes complementarios que se recomiendan realizar a los pacientes con evidencia de deterioro cognitivo dudoso y/o significativo, con el objetivo de identificar su causa son: hemograma completo, velocidad de sedimentación globular (VSG), bioquímica (creatinina, glicemia, colesterol, pruebas de función hepática, calcio, sodio y potasio, hormona estimulante del tiroides [TSH] y vitamina B12), serología, VIH y parcial de orina (proteinuria y leucocituria). Si la historia clínica lo aconseja se indicará también un electrocardiograma (ECG) y una radiografía de tórax.

La tomografía axial computarizada (TAC) no es una prueba concluyente en el diagnóstico de las demencias primarias, y su objetivo es descartar causas secundarias como el hematoma subdural crónico, las lesiones isquémicas, la hidrocefalia y los tumores. No obstante, se plantea su indicación¹⁰ en los casos de demencia dudosa o establecida y se realizará obligatoriamente a pacientes con antecedentes de trauma craneal reciente o de neoplasias; o en aquellos que hayan hecho uso de anticoagulantes o tengan historia de trastornos de la hemostasia; cuando la clínica neurológica focal no sea explicable; cuando el deterioro cognitivo sea de rápida evolución (1 ó 2 meses), o de una intensidad leve a moderada; cuando son precoces las alteraciones de la marcha y la incontinencia urinaria, así como también en los casos de una edad inferior a 65 años.

Otras pruebas al alcance de unidades especializadas y que pueden ser útiles ante sospechas concretas son la resonancia nuclear magnética (RNM), más sensible para detectar cambios vasculares y lesiones desmielinizantes, y la tomografía de emisión de fotones simples (SPECT), que ayuda en el diagnóstico diferencial de las demencias. Ante un cuadro clínico muy complejo, el electroencefalograma (EEG) y la punción lumbar son también útiles en pacientes dementes jóvenes.

Conducta ante la sospecha de deterioro cognitivo

Ante la sospecha o historia clínica individual de deterioro cognitivo es necesario:

1. Su confirmación, auxiliándonos de un familiar o persona allegada (informador fidedigno), pues se debe intentar discernir hasta qué punto el aparente problema cognitivo-funcional no se debe a una limitación física del paciente (problemas de visión, audición, etc.), a un nivel cultural bajo (retraso mental, analfabetismo), o a una falta de atención e interés en el contexto de un trastorno depresivo o ansioso. El tratamiento del informador a solas puede facilitarnos la información necesaria en los casos que detectemos negación de los síntomas, hostilidad o suspicacia en el paciente, o queden datos por esclarecer.

En la mayoría de los pacientes con deterioro cognitivo patológico la demanda de atención especializada inicial suele establecerse a través del familiar o persona allegada que se ha percatado del déficit, debido a la escasa percepción de enfermedad del paciente. Por tanto, si el motivo de consulta está relacionado con dicho déficit, el enfermo suele acudir acompañado. En los casos en que la demanda sea expresada por el paciente, es más probable que se trate de un trastorno depresivo o ansioso, pues si fuera una demencia, sería muy incipiente, que es cuando puede existir cierta conciencia de enfermedad. En cualquier caso se hace necesario un seguimiento clínico.

2. Resultará además obligatorio realizar una correcta valoración del estado mental del paciente, que incluirá la evaluación de las capacidades cognitivas (memoria, orientación, lenguaje, etc.) y de la función ejecutiva (capacidad de juicio y abstracción), así como la valoración de su estado emocional o afectivo. Se valorará conjuntamente el estado funcional del paciente, que abarcará la personalidad y su conducta.
3. Tener en cuenta si ha habido pérdida parcial o global de capacidades previamente adquiridas, y valorar su repercusión en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), estas últimas suele estar preservadas en las fases iniciales de demencia.

Actuación de la APS en el deterioro cognitivo confirmado

Ante una pérdida parcial de capacidades sin repercusión o discreta (solo para actividades complejas), estaríamos ante un deterioro cognitivo sin demencia o con demencia dudosa. La información al paciente, su dispensarización y el seguimiento clínico/3-6 meses, será la conducta que nos aclarará el diagnóstico. Si la pérdida de capacidades es global y su repercusión en las actividades domésticas, ocupacionales y sociales es significativa, probablemente estemos ante un síndrome demencial, y el proceder consistirá

básicamente en prevenir las crisis familiares, los procesos intercurrentes y favorecer la conservación de las capacidades residuales y relaciones sociales.

En ambos casos se recomienda establecer el diagnóstico sindrómico y etiológico, la evaluación periódica del paciente, así como mantener las medidas no farmacológicas de tratamiento siempre que la situación clínica lo permita. Se mantendrá una colaboración estrecha con el equipo de atención interdisciplinario.

A nuestro juicio aún es insuficiente el conocimiento de esta afección, lo que dificulta su diagnóstico precoz, muy a pesar de que en la actualidad no exista todavía un acuerdo unánime en la utilización de los términos que hacen referencia a los problemas de memoria y cognitivos, ni en las exploraciones e instrumentos que se han de utilizar para evaluarlos.

De acuerdo con nuestra experiencia sobre este importante tema consideramos que en nuestro medio la exploración del estado mental no constituye una práctica sistemática, y prevalece la visión simplista de que la gran mayoría de los cambios mentales en los pacientes mayores de 65 años son causados por la arteriosclerosis, entendiéndose a la *psiquis* como un elemento aislado de los problemas biológicos, en vez de considerarla como parte indisoluble de la compleja unidad biopsicosocioespiritual que es el hombre.

Creemos que existe un grado no despreciable de subregistro para dicho diagnóstico, sin embargo, la detección temprana de la declinación mental patológica resulta de importancia capital para identificar los tipos de asistencia que se requieren en la vida cotidiana, y para ayudar al ser humano, en especial en la edad geriátrica, a mantenerse tan independientes como les sea posible, así como, nos conduce a la consideración de las condiciones que pueden imitar una enfermedad demencial, la cual pudiera ser reversible o potencialmente tratable.

El déficit cognitivo y la depresión suelen ser las afecciones que con más frecuencia transcurren sin diagnóstico en los ancianos. Ello demuestra que la implicación real de la APS en la detección y tratamiento de los problemas cognitivos es escasa, pero es evidente que las crecientes necesidades de la población que envejece le otorgan un papel preponderante a este nivel de atención.

Nuestros equipos de salud en ocasiones descuidan la detección, dispensarización y el seguimiento clínico adecuado de los pacientes que sufren deterioro cognitivo leve (antesala de un probable síndrome demencial), sin embargo, hacia ellos deberán dirigir el esfuerzo de sus acciones. En las fichas familiares, habitualmente, solo se registra el diagnóstico de demencia que coincide con el grado más severo de deterioro cognitivo, y no se dispensarizan a los pacientes que sufren grados menos acentuados de deterioro mental. El conocimiento de nuestros médicos y enfermeras sobre los diferentes *tests* psicométricos que pueden aplicar de forma sencilla en sus consultorios para demostrar el deterioro cognitivo de sus pacientes es todavía pobre, como insuficiente resulta también la capacitación de este personal en el tratamiento y evaluación de estos *tests*.

La disparidad de las cifras de prevalencia de los trastornos de memoria, así como la variada terminología, sujeta a debate y controversia, que ha recibido esta realidad clínica (olvidos seniles, alteración mnésica edad-dependiente, deterioro cognitivo leve, síndrome amnésico del anciano, entre

otras) refleja la incertidumbre etiopatogénica y nosológica que rodea a estos trastornos, además de su naturaleza heterogénea, tanto en términos clínicos como etiológicos, y sugieren que dichos trastornos en la tercera edad necesitan de más estudio y una mayor precisión y universalidad en la definición de los casos.

Referencias bibliográficas

1. López- Pousa S, Vilalta J, Llinás J. Manual de demencias. Barcelona : Prous Science; 1996.
2. Selmes J, Antonie M. Vivir con la enfermedad de Alzheimer. Madrid: Meditor; 1996.
3. Ortín A. Conducta a seguir ante una demencia. Med Pract Clin 1997; 2: 151-9.
4. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (sem FYC). Atención al anciano. Madrid : Eurobook; 1997.
5. Sellers MA, Pérez L, Cacabelos R. Evaluación neuropsicológica de la demencia senil en atención primaria. FMC 1997; 4: 150-73.
6. Geldmacher DS, Whitehouse PS. Evaluation of dementia. N Engl J Med 1996; 335 : 330-6.
7. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 ed. Atención Primaria (DSM-IV-AP) Barcelona : Masson; 1997.
8. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona : Masson; 1995.
9. First MB, Frances A, Alan H. Manual de diagnóstico diferencial del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1996.
10. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (sem FYC). Demencias. Barcelona: Casanova; 1999.
11. Ser T del, Peña J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: J.R. Prous; 1994.
12. Barry PP. Medical evaluation of demented patient. Med Clin North Am 1995; 78: 779-93.
13. Costa M. Trastornos cognitivos en psicopatología. Barcelona: J.R. Prous; 1995.

Recibido: 26 de noviembre de 2004. Aprobado: 14 de enero de 2005.

Dr. *Víctor T. Pérez Martínez*. Calle H # 360 apto 14 entre 15 y 17, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹ **Especialista de I Grado de Medicina General Integral y en Psiquiatría. Profesor Instructor.**