

Deterioro cognitivo: ¿dónde estamos?

Xavier Albert i Ros

Centro de Salud de Montcada. València. España.

Hoy día se hace hincapié en la presencia de un *continuum* cognitivo-funcional que abarca desde la estricta normalidad hasta la demencia, pasando por un espacio intermedio, con gran dificultad para definir los límites entre ellos^{1,2}. Quizá por ello diversos estudios muestran un infradiagnóstico claro de la demencia, sobre todo en las primeras fases de la enfermedad^{1,3,4}. Por ejemplo, en un estudio realizado en Finlandia³, en menos de la mitad de los pacientes con demencia se habían documentado sus diagnósticos en los registros médicos de atención primaria (AP), y las evaluaciones diagnósticas para causas reversibles fueron insu-

ficientes; en el estudio de Cahill et al⁴ se concluye que los médicos de familia (MF) irlandeses experimentan dificultad en el diagnóstico de demencia y en la comunicación al paciente de este diagnóstico. El infradiagnóstico se ha relacionado con diversas causas¹: con factores del paciente, del contexto sociofamiliar, del propio diagnóstico y del sistema sanitario. Por ello, es importante conocer cómo se está abordando el deterioro cognitivo (DC) desde la AP en nuestro país. Se conoce poco al respecto. El trabajo presentado en este número de la revista, «Tratamiento inicial de los pacientes con quejas subjetivas de memoria y/o de-

Puntos clave

- Hay un infradiagnóstico de la demencia y el deterioro cognitivo en general. Es importante conocer cómo se está abordando en nuestro medio, así como los conocimientos y las actitudes de los médicos de familia españoles.
- Se necesitan estudios dirigidos a conocer la prevalencia y la incidencia del deterioro cognitivo, el pronóstico y los factores potencialmente reversibles, las razones de la baja detección, así como las estrategias para mejorarla y su tratamiento en atención primaria.
- El deterioro cognitivo leve es un síndrome heterogéneo, sin criterios estandarizados, en constante evolución. Es necesaria una conceptualización de los distintos subtipos.
- El abordaje del deterioro cognitivo requiere una aproximación sistemática y estructurada, con seguimiento evolutivo.

terio cognitivo en atención primaria: estudio ISSEA» (con al menos 6 meses de evolución de los síntomas), es por ello de una gran oportunidad y relevancia. Lo primero que llama la atención es «el tiempo medio de evolución de los síntomas al inicio del estudio, que fue de $14,3 \pm 10,4$ meses». Este tiempo podría ser debido a que los pacientes no hubieran consultado antes, lo cual reflejaría que las causas del infradiagnóstico serían los pacientes o el contexto sociofamiliar, o que lo hubieran hecho pero permanecieran con diagnóstico sindrómico, lo cual reflejaría factores del propio diagnóstico y el sistema sanitario.

En el diagnóstico de sospecha inicial del estudio ISSEA, hay un 30% de diagnóstico de demencia (sindrómico más etiológico), casi un 50% de lo que se podría denominar espacios intermedios: un 17% de alteración de la memoria asociada a la edad (AMAE), un 17% de deterioro cognitivo (DC) (sin especificar que sea leve) y un 5% de DC leve; un 15% de trastornos psicopatológicos y un 3% de otros, más un 14% en que no consta. Además, hay un 22% de cambios en diagnósticos durante el año de seguimiento (un 7% en dos ocasiones). Todo ello refleja la dificultad diagnóstica, la necesidad de un control evolutivo para ello, así como la importancia del diagnóstico diferencial. En todos los supuestos diagnósticos, la combinación más empleada por el MF fue la exploración básica junto con los tests de cribado y las pruebas de laboratorio, en unas cifras aceptables. Aunque esto pueda deberse, al menos en parte, al efecto de sentirse observado, es indicativo de que los MF tienen una buena formación en este aspecto. No obstante, el porcentaje de tests realizado a los informadores es bajo. En relación con los tratamientos, el hecho de que la mitad

recibiera tratamientos de dudosa eficacia debería alertar sobre la necesidad de formación en este campo.

Son necesarios más estudios como el presentado en este número para profundizar en el abordaje y el tratamiento del DC en nuestro medio, así como estudios dirigidos a encontrar razones de la baja detección de demencias en AP y de los conocimientos y actitudes de los MF españoles sobre demencia y DC en general. También sería necesario realizar estudios poblacionales para valorar la prevalencia y la incidencia de DC, su pronóstico y los factores potencialmente reversibles. Es crucial promover la mejora en la detección y el abordaje de la demencia en AP e investigar estrategias para ello⁵, la disponibilidad de tiempo asistencial y la coordinación entre la AP y la atención especializada.

Espacio intermedio: ¿de qué hablamos? Deterioro cognitivo leve. Viaje de ida y vuelta

Se han utilizado diferentes términos para designar este «espacio intermedio»^{1,2}: olvido senil benigno, alteración de memoria asociada a la edad, DC asociado a la edad, DC sin demencia o demencia dudosa, términos muy discutidos y actualmente en desuso¹. El deterioro cognitivo leve o ligero (DCL) o *mild cognitive impairment* (MCI) es el término más aceptado actualmente, aunque sigue siendo un concepto en discusión y sin unos criterios estandarizados. Según Gauthier et al², el DCL es un «síndrome», definido como un declinar cognitivo mayor que el esperado para la edad y el nivel educacional del individuo, pero que no interfiere notablemente con las actividades de la vida diaria, definición similar a la realizada por el grupo de demencias de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)¹.

Diversos estudios que utilizan definiciones distintas de DCL han mostrado una prevalencia en la población general anciana entre el 3 y el 19%, con una incidencia de 8-58/1.000 personas/año y un riesgo de desarrollar demencia del 11-33% a los 2 años. A la inversa, hallazgos de estudios de base poblacional han mostrado que hasta un 44% de los pacientes con DCL en su primera visita retornó a la normalidad un año después². Se pone de manifiesto que hay muchos factores que pueden afectar a la función cognitiva en la población anciana, además de las enfermedades neurodegenerativas, y que algunos de ellos son reversibles. El pronóstico en términos de progresión hacia demencia es más heterogéneo en estudios poblacionales que en estudios realizados en clínicas especializadas². No obstante, hay bastante acuerdo en que más de la mitad de pacientes con DCL progresa a demencia en 5 años, y que el subtipo amnésico de DCL tiene un alto riesgo de progresión a enfermedad de Alzheimer (EA)^{1,2}.

Los síntomas y tests cognitivos han sido el núcleo del DCL hasta el momento. Inicialmente se especificaron criterios para valorar el déficit en la memoria. Con posterioridad se fueron ampliando. Un grupo internacional de tra-

bajo sobre DCL formuló en 2004 criterios que sirven para expandir el constructo de DCL, para englobar otros dominios cognitivos además de la memoria y hacerlo así un posible pródromo de múltiples tipos de demencia. Es probable que formulaciones futuras de la definición de DCL incluyan síntomas no cognitivos, lo cual podría ser importante en los pródromos de enfermedades como demencia frontotemporal o demencia de cuerpos de Levy². En términos de criterios diagnósticos para la investigación, hay una incerteza acerca de si es preferible una aproximación al DCL como un todo o una aproximación desintegrada, con varias categorías de éste².

Vemos que es necesaria una conceptualización de distintos subtipos de DCL. Estudios de cohorte prospectivos, con correlaciones clinicopatológicas, ayudarán a clarificar si algunos de los subtipos de DCL son etapas de pródromos de demencias específicas y prepararán el terreno para realizar intervenciones terapéuticas tempranas². Asimismo, se necesita evaluar el riesgo de conversión a EA u otras demencias en subtipos de DCL e identificar las medidas neuropsicológicas más predictivas del tiempo de conversión⁶. Por ejemplo, los pacientes con DCL con déficit de memoria más otros dominios cognitivos tuvieron más riesgo que los que tenían DCL amnésico puro. La presencia de déficit de memoria verbal y de velocidad psicomotora/habilidades en funciones ejecutivas fue un fuerte predictor de conversión a EA⁶.

Deterioro cognitivo leve. ¿Y en la clínica?

Se trata de un síndrome con altas incidencia y prevalencia, sin criterios estandarizados, con múltiples causas posibles, algunas potencialmente reversibles, probable pródromo de múltiples demencias, con un alto riesgo de evolucionar a demencia, infradiagnosticado, donde el control evolutivo suele ser necesario para un correcto diagnóstico, y el diagnóstico y el abordaje precoz son fundamentales, así como la presencia de un informador fiable, etc. Debido a esta heterogeneidad, actualmente hay un debate acerca de si el término DCL debería ser usado como un todo en la práctica clínica², y en cualquier caso, debemos ser cautos al presentar prematuramente el DCL como un diagnóstico de incipiente demencia^{1,2}.

Ante esta compleja situación, se hace necesaria una aproximación sistemática y estructurada, tanto para establecer el

diagnóstico como para distinguir las causas subyacentes, y controlar los cambios en el tiempo y la respuesta a los tratamientos. La reciente publicación del grupo de trabajo de demencias de la semFYC¹, así como publicaciones en las que se definen las actividades y las características de calidad, como el «Proceso asistencial integrado: demencia» de la junta de Andalucía (<http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos>), nos ofrece una ayuda inestimable acerca de cómo realizar esta aproximación, iniciándola con la detección de síntomas de sospecha.

Para mejorar esta aproximación, hay una necesidad de tests cognitivos para clínicos, específicos para DCL, sensibles pero «de uso amigable»², como podría ser The Montreal Cognitive Assessment (disponible en <http://www.moca-test.org>).

Podría ser tiempo de revisar las clasificaciones actuales de enfermedades para incluir criterios específicos de diagnóstico para DCL o sus diferentes subtipos².

Guías y recomendaciones se deben desarrollar para asistir al médico en el diagnóstico de DCL, y en ellas se deben identificar subtipos y etiologías, que ayudan a comprender el riesgo de conversión a demencia y a manejar la progresión de la enfermedad.

Bibliografía

1. Las demencias desde atención primaria. 1.^a ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2005.
2. Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M, Petersen RC, Ritchie K, Broich K, et al. Mild cognitive impairment. *Lancet*. 2006;367:1262-9.
3. Loponen M, Raiha I, Isoaho R, Vahlberg T, Kivela SL. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care: more active approach is needed. *Age Ageing*. 2003;32:606-12.
4. Cahill S, Clark M, Walsh C, O'Connell H, Lawlor B. Dementia in primary care: the first survey of Irish general practitioners. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:319-24.
5. Downs M, Turner S, Bryans M, Wilcock J, Keady J, Levin E, et al. Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomised controlled study. *BMJ*. 2006;332:692-6.
6. Tabert MH, Manly JJ, Liu X, Pelton GH, Rosenblum S, Jacobs M, et al. Neuropsychological prediction of conversion to Alzheimer disease in patients with mild cognitive impairment. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:916-24.