

LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS
2016 NÚMERO 1 ISSN 1745-9990



MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) PARA LA DETECCIÓN DE LA DEMENCIA EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MAYORES SIN EVALUACIÓN CLÍNICA EN POBLACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LA COMUNIDAD

USADO CON PERMISO DE JOHN WILEY & SONS, LTD. © JOHN WILEY & SONS, LTD.

Cómo citar la revisión: Mini-Mental State Examination (MMSE) para la detección de la demencia en personas de 65 años o mayores sin evaluación clínica en poblaciones de atención primaria y de la comunidad (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2016 Issue 1. Art. No.: CD011145. DOI: 10.1002/14651858.CD011145

RESUMEN

Antecedentes

El Mini-Mental State Examination (MMSE, Miniexamen del estado mental) es una prueba cognitiva que se utiliza habitualmente como parte de la evaluación de una posible demencia.

Objetivos

Determinar la exactitud diagnóstica del Mini-Mental State Examination (MMSE) en diversos puntos de corte para la demencia en personas de 65 años de edad y mayores en contextos de la atención primaria y de la comunidad a las que no se les había realizado estudios previos de demencia.

Estrategia de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el registro especializado del Grupo Cochrane de Demencia y Trastornos Cognitivos (Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group), MEDLINE (OvidSP), EMBASE (OvidSP), PsycINFO (OvidSP), LILACS (BIREME), ALOIS,

BIOSIS previews (Thomson Reuters Web of Science), y en Web of Science Core Collection, incluyendo el Science Citation Index y el Conference Proceedings Citation Index (Thomson Reuters Web of Science). También se buscó en las fuentes especializadas de estudios y revisiones de exactitud diagnóstica de la prueba: MEDION (Universities of Maastricht y Leuven, www.mediondatabase.nl), DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects, vía the Cochrane Library), HTA Database (Health Technology Assessment Database, vía the Cochrane Library), y ARIF (University of Birmingham, UK, www.arif.bham.ac.uk). Se intentaron localizar datos posiblemente pertinentes, pero no publicados mediante contacto con los investigadores en este campo. En primer lugar, se realizaron búsquedas en noviembre de 2012 y después se actualizaron totalmente en mayo 2014. No se aplicaron restricciones de idioma o de fecha a las búsquedas electrónicas, y no se utilizaron filtros metodológicos como un método para restringir la búsqueda general.

Criterios de selección

Se incluyeron los estudios que compararon la prueba MMSE de 11 ítems (puntuación máxima 30) (en cualquier punto de corte) en personas a las que no se les había realizado la prueba previamente versus un estándar de referencia clínico habitualmente aceptado para la demencia por todas las causas y los subtipos de demencia (demencia de la enfermedad de Alzheimer, demencia de cuerpos de Lewy, demencia vascular, demencia frontotemporal). El diagnóstico clínico incluyó la demencia por todas las causas (no especificada), como se definió en cualquier versión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM); la International Classification of Diseases (ICD) y la Clinical Dementia Rating.

Obtención y análisis de los datos

Al menos tres revisores examinaron todas las citas. Dos autores de la revisión se encargaron de la extracción de datos y la evaluación de la calidad. El metanálisis se realizó mediante el método del resumen jerárquico de las curvas receptor-operador (HSROC) y el método de dos variables.

Resultados principales

Se recuperaron 24 310 citas después de extraer los duplicados. Se examinó el texto completo de 317 artículos y finalmente se incluyeron en la síntesis 70 registros referidos a 48 estudios. Fue posible realizar el metanálisis de 28 estudios en el contexto de la comunidad (44 artículos) y de seis estudios en la atención primaria (ocho artículos), pero no fue posible extraer datos 2 x 2 utilizables de los 14 estudios de la comunidad restantes, que no se incluyeron en el metanálisis. Todos los estudios en la comunidad se realizaron en personas asintomáticas, mientras que dos de los seis estudios en la atención primaria se realizaron en personas que presentaban síntomas de posible demencia. Se consideró que dos estudios tuvieron alto riesgo de sesgo en el dominio selección de las personas, tres estudios tuvieron alto riesgo de sesgo en el dominio prueba índice y nueve estudios tuvieron alto riesgo de sesgo con respecto al flujo y el momento. En su mayoría los estudios se evaluaron como aplicables a la pregunta de la revisión, aunque hubo inquietudes por la selección de los participantes en seis estudios y la enfermedad de interés en un estudio.

La exactitud del MMSE para diagnosticar la demencia se informó en 18 puntos de corte en la comunidad (puntuación del MMSE 10, 14 a 30 inclusive) y en 10 puntos de corte en la atención primaria (puntuación de MMSE 17 a 26 inclusive). El número de participantes en los estudios incluidos en los metanálisis varió de 37 a 2727, mediana 314 (rango intercuartil [IQR]: 160 a 647). En la comunidad, la exactitud agrupada en un punto de corte de 24 (15 estudios) fue sensibilidad 0,85 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,74 a 0,92) y especificidad 0,90 (IC del 95%: 0,82 a 0,95); a un punto de corte de

25 (diez estudios), sensibilidad 0,87 (IC del 95%: 0,78 a 0,93) y especificidad 0,82 (IC del 95%: 0,65 a 0,92); y en siete estudios que ajustaron las estimaciones de la exactitud por el nivel educacional, sensibilidad 0,97 (IC del 95%: 0,83 a 1,00) y especificidad 0,70 (IC del 95%: 0,50 a 0,85). No hubo datos suficientes para evaluar la exactitud del MMSE para diagnosticar los subtipos de demencia. No fue posible calcular la exactitud diagnóstica global en la atención primaria debido a que no hubo datos suficientes.

Conclusiones de los autores

El MMSE contribuye al diagnóstico de la demencia en contextos de prevalencia baja, pero no se debe utilizar por sí solo para confirmar o excluir la enfermedad. Se recomienda que los trabajos futuros evalúen la exactitud diagnóstica de las pruebas en el contexto de la vía de diagnóstico experimentada por el paciente y que los investigadores informen cómo la realización del MMSE cambia resultados relevantes para el paciente.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Mini-Mental State Examination (MMSE) para la detección de la demencia en las personas de 65 años o mayores

El término "demencia" incluye un grupo de problemas cerebrales que causan el deterioro gradual de la función cerebral, las habilidades del pensamiento y la capacidad para cumplir tareas cotidianas (p.ej. lavar y vestirse). Los pacientes con demencia también pueden desarrollar problemas de salud mental (estado de ánimo y emociones) y comportamientos que son difíciles de controlar o tratar por las otras personas. El proceso que causa demencia en el cerebro a menudo es degenerativo (debido a daño cerebral con el transcurso del tiempo). Los subtipos de demencia incluyen la demencia de la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia de cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal.

El objetivo fue evaluar la exactitud del Mini-Mental State Examination (MMSE), que se utiliza habitualmente como parte del proceso cuando se considera un diagnóstico de demencia, según la definición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). El MMSE es una prueba escrita con una puntuación máxima de 30, en la que las puntuaciones inferiores indican problemas cognitivos más graves. El punto de corte establecido para el MMSE define la función cognitiva "normal" y generalmente se fija en 24, aunque teóricamente podría estar en cualquier lugar entre 1 y 30. Se buscó una gama amplia de recursos y se encontraron 24 310 citas únicas (hits). Se examinó el texto completo de 317 artículos académicos y finalmente se incluyeron en la revisión 70 artículos, que se refieren a 48 estudios. Se incluyeron estudios en la comunidad (por lo que

se entiende personas que viven en la comunidad) y estudios en la atención primaria (por lo que se entiende estudios que tuvieron un primer contacto de atención en el consultorio con un médico no especialista, a menudo un MG).

Dos de los estudios tuvieron defectos graves en el diseño con respecto a los métodos para seleccionar los participantes, tres con respecto a la aplicación de la prueba (MMSE) y nueve con respecto a la presentación del flujo y el momento. Fue posible hacer un análisis estadístico combinado (metanálisis) de 28 estudios en el contexto de la comunidad (44 artículos) y de seis estudios en la atención primaria (ocho artículos), pero no fue posible extraer datos utilizables de los 14 estudios restantes en la comunidad. Dos de los seis estudios en la atención primaria se realizaron en personas que tenían síntomas de posible demencia. Se pudo calcular la exactitud diagnóstica global del MMSE en tres puntos de corte en los estudios comunitarios, pero no hubo datos suficientes para hacerlo en los estudios de atención primaria. Una prueba perfecta tendría una sensibilidad (capacidad para identificar a alguien con demencia) de 1,0 (100%) y una especificidad (capacidad para identificar las personas sin demencia) de 1,0 (100%). Para el MMSE, la exactitud global a un punto de corte de 25 (diez estudios) fue sensibilidad 0,87 y especificidad 0,82. En siete estudios que ajustaron las estimaciones de la exactitud por el nivel educacional, se encontró que la prueba tuvo una sensibilidad de 0,97 y una especificidad de 0,70. La exactitud global a un punto de corte de 24 (15 estudios) fue sensibilidad 0,85 y especificidad 0,90. Según estos resultados, se esperaría que el 85% de las personas sin demencia se identificara correctamente con el MMSE, mientras que el 15% se clasificaría equivocadamente como con demencia; el 90% de los sujetos sometidos a la prueba se identificarían correctamente como con demencia, mientras que 10% serían falsos positivos y podrían no ser derivados para una prueba adicional.

Estos resultados apoyan el uso del MMSE como parte del proceso para decidir si una persona tiene demencia, pero los resultados de la prueba se deben interpretar en el contexto más amplio del paciente individual, como su personalidad, su comportamiento y cómo se controlan en el domicilio y en la vida cotidiana.