Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;52(**Supl 1**):54-57

Revista Española de Geriatría y Gerontología

www.elsevier.es/regg

DETERIORO COGNITIVO LEVE

Patrones de detección del deterioro cognitivo leve en enfermería

Ana J. Sebastián Hernández y Luís Carlos Arranz Santamaría*

Unidad de Demencias, Hospital Virgen de la Poveda, Villa del Prado, Madrid

Palabras clave:
Enfermedad de Alzheimer
Demencia
Cuidados enfermeros
Test breve para la evaluación del estado cognitivo
Factores de riesgo vascular
Intervenciones no farmacológicas

RESUMEN

El deterioro cognitivo leve supone una pérdida cognitiva adquirida que sitúa a los pacientes afectados, fundamentalmente ancianos, en un estadio intermedio entre el estado cognitivo normal y la demencia. Supone además una situación de alto riesgo de progresión hacia demencia, siendo susceptible de detección precoz para una intervención más eficaz. Los profesionales de enfermería, sobre todo en un nivel primario de atención en la comunidad, juegan un papel importante en la detección, seguimiento e intervención sobre el deterioro cognitivo leve. Se debe comenzar con una buena anamnesis, en el paciente y sus cuidadores, donde se valoran los cambios que se han producido en la vida diaria, familiar y social del paciente a través de patrones funcionales. La posterior valoración de las funciones cognitivas puede apoyarse sobre diferentes test breves de detección como el Mini Mental State Examinatión u otros similares. Es necesario prestar especial atención a la presencia de síntomas afectivos o depresivos, déficits sensoriales, polifarmacia, factores de riesgo cardiovascular descompensados o un rápido deterioro funcional, dada su especial influencia sobre el cuadro de deterioro cognitivo leve. Finalmente, existen diferentes intervenciones no farmacológicas recomendables desde el profesional de enfermería, eficaces sobre el deterioro cognitivo leve, basadas en el control de factores de riesgo cardiovascular, ejercicio físico e intervenciones cognitivas y psicosociales.

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Keywords:
Mid cognitive impairment
Alzheimer disease
Dementia
Nursing care
Brief cognitive tests
Vascular risk factors
Non-pharmacological interventions

Patterns of detection of mild cognitive impairment in nursing

ABSTRACT

Mild cognitive impairment (MCI) is characterized by an acquired cognitive loss that places individuals, mainly older adults, in an intermediate stage between normal cognitive functioning and dementia. This impairment has a high risk of progression to dementia and is suitable for screening, which allows more effective early intervention. Nursing professionals, especially community-based primary care nurses, play an important role in the detection and follow-up of MCI and in interventions for this condition. The first step should be to take a thorough history from both the patient and his or her carers, which should assess the changes occurring in the patient's daily, family and social life through functional patterns. In subsequent assessment of cognitive function, brief screening tests can be used such as the Mini Mental State Examination (MMSE) or other similar tests. Special attention should be paid to the presence of affective or depressive symptoms, sensory deficits, polypharmacy, decompensated cardiovascular risk factors, and rapid functional deterioration, given their particular influence on MCI. Finally, various nurse-led, non-pharmacological interventions that are effective in MCI can be recommended, based on cardiovascular risk factor control, physical exercise, and cognitive and psychosocial interventions.

© 2017 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: luiscarlos.arranz@salud.madrid.org (L.C. Arranz Santamaría).

0211-139X/ © 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados

Introducción

En los últimos años, fundamentalmente desde la aparición de tratamientos para pacientes con demencia tipo enfermedad de Alzheimer (EA) en estadios iniciales, se ha despertado un mayor interés sobre la atención de los pacientes atendidos por enfermería con quejas cognitivas, concretadas en forma de deterioro cognitivo leve (DCL), abandonando un nihilismo propio del pasado.

El DCL se corresponde con un estadio intermedio situado entre el estado cognitivo normal y la demencia[1]. Se caracteriza por presentar una alteración mensurable en una o más funciones cognitivas superiores. En su forma más frecuente se presenta con afectación aislada de la memoria episódica —ME— (DCL amnésico) frente a otras formas, en que no se afecta la memoria, pero sí otros dominios cognitivos como el lenguaje, funciones ejecutivas, funciones visuespaciales o praxias (DCL no amnésico). La afectación puede ser aislada en una sola de estas funciones o presentarse con déficits en varios dominios simultáneamente (DCL multidominio).

La afectación cognitiva supone un declinar respecto a rendimientos previos, no tiene la gravedad suficiente como para cumplir los criterios diagnósticos de demencia y los pacientes mantienen un funcionamiento mental global conservado. Además, el declinar cognitivo no interfiere significativamente en las capacidades funcionales, la independencia, ni en el desempeño social habitual ni de la vida diaria de los individuos afectados, siendo este último rasgo otro aspecto diferencial con el síndrome de demencia. Finalmente, se acompaña normalmente de una preocupación por parte del paciente y la familia por el cambio cognitivo producido[2].

Este concepto de DCL o afectación cognitiva leve, entre otras muchas denominaciones, constituye un lugar común patológico de muchas condiciones clínicas, siendo muy heterogéneo en su origen. Muchas de estas causas de afectación cognitiva son extraordinariamente frecuentes en el anciano[3] (tabla 1).

Bases de la intervención del profesional de enfermería

Son varias las circunstancias que, desde el punto de vista de los cuidados de enfermería, hacen del DCL una entidad clínica susceptible de valoración, seguimiento e intervención:

- Como consecuencia del alargamiento de la esperanza de vida y de una mejor atención médica y social, comienza a aumentar la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, entre las que se encuentran las demencias. La presencia de DCL en pacientes predominantemente ancianos puede predecir la aparición de demencia posterior, con una tasa de conversión de un 10-15% al año de seguimiento. Este riesgo se eleva, a más largo plazo, a cifras superiores al 50% a los 5 años, con un mayor riesgo muerte, siendo por tanto esta entidad un dato fundamental de alarma en nuestra población[4].

Tabla 1
Condiciones asociadas a déficit cognitivo en ancianos

• Alcohol y otros tóxicos
• Fase inicial del síndrome de demencia en enfermedades neurodegenerativas: EA prodrómica, demencia frontotemporal, demencia por cuerpos de Lewy, etc.
• Enfermedad cerebrovascular, demencia vascular
• Disfunción tiroidea. Hiper- e hipotiroidismo
• Trastornos metabólicos
• Déficits vitamínicos y nutricionales
• Hipoxemia, síndrome de apnea del sueño, EPOC
• Enfermedades médicas avanzadas: ICC, insuficiencia hepática, insuficiencia renal
• Fármacos con efecto negativo sobre la cognición: anticolinérgicos, cardiovasculares, etc.
• Depresión y otros trastornos psiquiátricos

EA: enfermedad de Alzheimer; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva.

- La mayor parte de los individuos aquejados de DCL se encuentra viviendo en la comunidad y es allí, dentro de los equipos de atención primaria, donde enfermería puede jugar un papel primordial en la detección y asesoramiento en los mejores cuidados que se pueden proporcionar a estos pacientes.
- Como ya se ha comentado, la presencia de quejas cognitivas puede corresponder a situaciones muy heterogéneas, fundamentalmente entre la población de cierta edad. Muchas de ellas se pueden detectar y mejorar por los profesionales de enfermería, como es el caso de los trastornos afectivos, los déficits sensoriales intercurrentes o el seguimiento de factores de riesgo vascular.
- En otras ocasiones, las alteraciones cognitivas leves pueden asociarse con las fases iniciales o preclínicas de una demencia, como ocurre con la EA y otras demencias degenerativas o vasculares. Además de detectar el DCL, debemos considerar otras particularidades asociadas, que parecen predecir una mayor predisposición a evolucionar hacia demencia en el seguimiento. En este sentido, la presencia de la alteración de memoria (DCL amnésico) es en muchas ocasiones precursora de una EA pudiendo corresponder a una fase prodrómica de dicha enfermedad. La presencia de afectación de múltiples dominios cognitivos o la aparición de déficits en las actividades instrumentales de la vida diaria también parecen marcar un futuro más próximo hacia la demencia[5].
- Los pacientes cuya situación sea ya compatible con un cuadro de demencia en la evaluación por parte del profesional de enfermería deberían ser derivados con precocidad para estudio clínico y tratamiento si procede. La eficacia de los diferentes tratamientos farmacológicos antidemencia es mayor cuanto más precoz sea el diagnóstico y cuanto mayor tiempo de tratamiento eficaz reciban.
- En otros casos, la situación de DCL puede evolucionar hacia la estabilización e incluso la reversibilidad. Por este motivo, además de los esfuerzos de detección y la orientación hacia una valoración clínica completa de los casos confirmados, será útil un seguimiento estrecho desde enfermería, con las mejores estrategias de intervención que favorezcan la estabilización y recuperación.

Valoración global de enfermería en el anciano con deterioro cognitivo leve

En la consulta de enfermería en un nivel ambulatorio, se valora al paciente de forma íntegra e individualizada para establecer un plan de cuidados que mejore su calidad de vida, así como la de su familia. La atención se realiza a través de patrones funcionales, donde se valorarán:

- La percepción que tiene sobre su propia salud o bienestar, su estilo de vida y el conocimiento sobre la enfermedad y sobre la medicación.
- Metabolismo y nutrición: se valorará si tiene una dieta equilibrada o si se han modificado sus hábitos alimenticios, es decir, si presenta alteración en el peso, inapetencia o come de forma compulsiva por la ansiedad.
- Eliminación: se valorará si presenta alguna alteración en la función excretora. En los pacientes con DCL suele estar intacta, a no ser que ya de base tengan algún problema de eliminación.
- Actividad-ejercicio: el paciente describirá las actividades que realiza en la vida diaria, si ha sufrido algún tipo de alteración y si realiza algún deporte o actividad recreativa.
- Sueño-descanso: este patrón suele estar alterado, ya que se presentan problemas en la conciliación del sueño o aparece insomnio como consecuencia de la ansiedad, la angustia o la preocupación que conlleva ser consciente del cambio cognitivo o funcional sobrevenido.

- Cognitivo-perceptivo: el paciente describirá sus problemas con la memoria, con el lenguaje o si presenta dificultad para la toma de decisiones.
- Autopercepción-autoconcepto: en este patrón, el paciente describe cómo se siente, qué concepto tiene de sí mismo. Se valora si presenta ira, irritabilidad, miedos, angustia, ansiedad, depresión o baja autoestima, situaciones que con mucha frecuencia aparecen con el DCL.
- Rol-relaciones: el paciente puede presentar este patrón alterado, ya que la relación que tiene con su familia, amigos o compañeros puede verse afectada. Puede pasar de ser el "ama de casa" o ser el "cuidador principal" a tener que ser supervisado por otro miembro de su familia o comunidad.
- Sexualidad-reproducción: en este patrón se valorará si como consecuencia de tener alterados otros patrones, como el patrón de autopercepción-autoconcepto o el de rol-relaciones, tiene problemas para mantener relaciones sexuales con su pareja.
- Tolerancia al estrés: este patrón es muy posible que esté alterado, ya que el paciente puede tener dificultades para afrontar la situación nueva a la que se enfrenta.
- Valores y creencias: el paciente puede presentar alteración del patrón por presentar conflictos con sus valores y creencias. Si es religioso puede perder la fe o cambiar su concepto de vida y muerte.

Patrones de detección y quejas cognitivas en consulta

El escenario más habitual al que nos enfrentamos supone que los pacientes y/o sus familias, ante la preocupación del cambio cognitivo producido, acudan a las consultas de atención primaria, y en ellas a los profesionales de enfermería, donde se hace necesario aumentar el esfuerzo y la sensibilización hacia este problema. No obstante, aunque esta es la situación más frecuente, no se puede desestimar la posibilidad de detectar la presencia de deterioro cognitivo por parte de enfermería en otros escenarios (medio residencial y hospitalario), donde pueden tener además un papel esencial en la prevención y manejo de algunas condiciones que pueden presentarse asociadas, como el delirium.

El personal de enfermería dentro del equipo de atención primaria de salud puede ser el primer eslabón en la confirmación del diagnóstico del DCL. Si esto ocurre, se debe orientar al paciente hacia una consulta específica de memoria o proporcionar un seguimiento apropiado, con una actitud expectante, en caso de no objetivarse déficits significativos.

El primer paso necesario es una buena anamnesis del paciente, centrada en los antecedentes familiares de demencia, la forma de inicio, el consumo de fármacos y la presencia o no de factores de riesgo o de enfermedades sistémicas, que pueden asociarse al deterioro cognitivo. Será aconsejable, además de realizar una entrevista con el paciente, tener contacto y corroboración con el familiar o cuidador. Así se verificará la presencia o no de un cambio significativo en el rendimiento cognitivo y funcional. En este sentido, podrá ser útil cerciorarnos de ese cambio y de la presencia de deterioro cognitivo con escalas como el test del informador (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE).

Junto con los aspectos cognitivos se indagarán cambios en las capacidades funcionales, de forma no estructurada o bien con el uso de instrumentos estandarizados (Barthel, Lawton-Brody, FAQ), referidos tanto a las actividades básicas e instrumentales como a las avanzadas, teniendo en cuenta que déficits en actividades complejas, con escaso impacto global en la independencia del paciente, son posibles y que su deterioro en el seguimiento es un dato de progresión del DCL.

En la consulta de enfermería se explorarían las siguientes áreas cognitivas, que pueden ser la base de las quejas subjetivas de los individuos afectados:

- Memoria: alteración de la que más se quejan los pacientes y su familia. Se manifiesta con olvidos de conversaciones telefónicas, citas, planes o detalles de películas vistas recientemente. Sin embargo, a diferencia de los pacientes con demencia, suelen mantener la independencia en las habilidades funcionales complejas, como comprar, hacer la comida, pagar las cuentas o recibos.
- Función ejecutiva: los pacientes pueden presentar dificultad para ordenar, iniciar acciones, así como crear alternativas ante situaciones nuevas y generar estrategias para resolver los problemas que surjan.
- Habilidades visuespaciales: pueden manifestarse con dificultad para realizar una actividad donde se tenga que coordinar con las manos, como coser, usar un teclado o un teléfono móvil.
- Habilidades en el comportamiento social: a veces, los pacientes presentan alteración de la conducta o cambios en su personalidad previa, como se comentará específicamente a continuación.
- Lenguaje: pueden presentar dificultades para identificar o nombrar objetos o personas, alteraciones de la construcción de frases o en las formas gramaticales. Se debe observar si presentan fluidez o enlentecimiento verbal, se acortan las frases o aparece afasia.

Finalmente, debemos considerar la alta prevalencia de manifestaciones neuropsiquiátricas en los pacientes con DCL, sin necesidad de que hayan desarrollado una demencia. En porcentajes significativos se detectan síntomas de irritabilidad, ansiedad, insomnio, disforia, agresividad, apatía y fundamentalmente depresión. La asociación de depresión y DCL es compleja y bidireccional, ya que la depresión puede estar asociada a DCL siendo causa de merma cognitiva (memoria, atención, funciones ejecutivas). Por otra parte, la depresión puede ser un síntoma temprano de un cuadro de demencia progresiva como puede ocurrir en la EA. Detectar este gigante oculto de la geriatría en los pacientes ancianos con DCL será otro de los puntos clave de la intervención primaria de enfermería, indagando en la entrevista sobre síntomas afectivos o usando una escala breve de cribado[6].

Valoración específica del paciente con deterioro cognitivo leve

Si bien la anamnesis es muy orientativa, en las consultas de atención primaria y de enfermería, de forma coordinada y con el entrenamiento necesario, se hace recomendable una valoración objetiva mensurable con una prueba psicométrica que permita un estudio básico con test cognitivos específicos para esta alteración. El profesional de enfermería es uno de los actores implicados en este primer escalón de una estrategia asistencial progresiva, que comienza con la detección del DCL mediante un examen mental breve en atención primaria. En general, los test breves de detección como el Mini Mental son accesibles y útiles en la consulta de enfermería con un mínimo entrenamiento. Con una exploración básica podemos reconocer que no existen déficits cognitivos globales graves que orienten ya a una demencia establecida, y la puntuación del paciente en puntos de corte que orientan al deterioro cognitivo nos debe poner en alerta para llevar a cabo en el paciente una evaluación neuropsicológica más completa.

El test más empleado para la valoración inicial del deterioro cognitivo es el Mini Mental State Examination (MMSE), en diferentes formatos y versiones. Aunque no es el que presenta una mayor especificidad y sensibilidad (dependiendo de la variabilidad en el punto de corte), es el que sigue siendo más usado en nuestro medio. Sin ánimo de ser exhaustivos, ya que no es objeto de este apartado, se han propuesto otros test breves de detección, útiles y accesibles en un primer escalón de atención, como son:

- Fototest o test de las fotos: útil en la detección del deterioro cognitivo y testado en nuestro medio. Mediante fotos de objetos, combina tareas de ME (recuerdo libre y facilitado), lenguaje y fluidez verbal.
- Memory Impairment Screen (MIS). Evalúa fundamentalmente el aprendizaje verbal de 4 palabras (es decir ME) y es útil en la detección de DCL y en demencia tipo EA.

- Montreal Cognitive Assesment (MoCA): validado también en nuestro medio. Más completo y global que el MMSE y por tanto más complejo y largo. Muy buena sensibilidad y especificidad para el DCL en situaciones próximas a la normalidad.

Intervenciones desde enfermería en paciente y familiares

Desde el primer momento, en la atención primaria del paciente con DCL, el profesional de enfermería puede proponer algunas intervenciones para aminorar la progresión hacia demencia o incluso revertir la situación de deterioro cognitivo. Dado que no existen medidas farmacológicas eficaces globales sobre el DCL, adquieren mayor relevancia algunas opciones no farmacológicas, si bien sobre estas existe un mayor o menor grado de evidencia y eficacia. Pueden ser implementadas desde la consulta, sin esperar efectos secundarios significativos[7,8]:

- *Control de factores de riesgo cardiovascular.* Un control adecuado de factores de riesgo vascular, especialmente de la hipertensión arterial (HTA), ha demostrado reducir la incidencia de demencia en la población general. La presencia de diabetes o HTA pueden empeorar o hacer progresar el DCL, independientemente de la presencia de enfermedad cerebrovascular, por lo que su control y seguimiento es primordial en estos pacientes[9].
- *Ejercicio físico.* A pesar de las limitaciones de los estudios de intervención, parece recomendable, mientras sea posible, practicar actividad física aeróbica moderada y adaptada al paciente. Pueden ser recomendables actividades como caminar, pilates o thai chi[10], ya que pueden mejorar las funciones cognitivas (funciones ejecutivas, memoria, atención) y regular el sueño. Además es recomendable la realización de actividades de ocio y tiempo libre para reducir la ansiedad y la irritabilidad y mejorar el estado de ánimo, con probable influencia en el mantenimiento cognitivo.
- *Intervenciones cognitivas.* Bajo este epígrafe se incluyen terapias de tipo cognitivo muy heterogéneas entre sí, por lo que es difícil hacer recomendaciones globales y estudios sobre su eficacia. Están basadas en el modelo teórico de neuroplasticidad, que se mantendría aún en la edad avanzada. Con las limitaciones metodológicas expuestas, parecen ayudar a mejorar la cognición de forma global y fundamentalmente en los dominios cognitivos específicos que son diana de su entrenamiento compensatorio. Además, parecen influir positivamente sobre el humor, la calidad de vida y, menos consistentemente, en el mantenimiento de actividades instrumentales y avanzadas, por lo que serían en todo caso recomendables[7,11,12].
- *Intervenciones psicosociales.* Finalmente, diferentes tipos de intervenciones psicológicas y psicosociales, en forma de psicoterapia, grupos de apoyo y programas psicoeducativos, presentan beneficio añadido sobre el bienestar de pacientes y familiares. Contribuyen a mejorar el contexto de incertidumbre y estrés que subyace al diagnóstico de DCL y pueden ser útiles para los síntomas no cognitivos como ansiedad y depresión. Proporcionar claves en este contexto de información, asesoramiento y educación a pacientes y cuidadores forma parte del papel fundamental de enfermería en el seguimiento del DCL.

Puntos clave

- Los profesionales de enfermería, y de forma principal la enfermera, juegan un papel esencial en la comunidad al asistir a pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) dentro de un primer momento de su atención. Así ocurre con otras situaciones de riesgo o enfermedades crónicas, potencialmente discapacitantes, que afectan sobre todo a la población envejecida.
- Valorar aspectos cognitivos y proporcionar seguimiento a ancianos con DCL puede influir en la detección precoz del problema y en mantener la independencia del paciente el mayor tiempo posible.
- Junto con la valoración de aspectos cognitivos, la detección de depresión u otros síntomas afectivos, déficits sensoriales o polifarmacia, etc. pueden ser aspectos mejorables y reversibles del cuadro. La valoración de aspectos funcionales en el momento basal de presentación del DCL o en su seguimiento puede alertarnos de la progresión a demencia.
- Desde el primer momento, en el paciente con DCL existen posibilidades de intervenir, por parte del profesional de enfermería, orientando a pacientes y familiares hacia programas de estimulación cognitiva, ejercicio físico adaptado y actividades de ocio y tiempo libre.
- Entre otras intervenciones, un control periódico de factores de riesgo vascular, especialmente presión arterial y diabetes, con demostrada influencia sobre la cognición, se hace imprescindible dentro del seguimiento del DCL.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Petersen RC. Mild cognitive impairment. N Engl J Med. 2011;364:2227-34.
2. Petersen RC, Caracciolo B, Brayne C, Gauthier S, Jelic V, Fratiglioni L. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. J Intern Med. 2014;275:214-28.
3. Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M, Petersen RC, Ritchie K, Broich K, et al; International Psychogeriatric Association Expert Conference on mild cognitive impairment. Mild cognitive impairment. Lancet. 2006;367:1262-70.
4. Tuokko H, Frerichs R, Graham J, Rockwood K, Kristjansson B, Fisk J, et al. Five-year follow-up of cognitive impairment with no dementia. Arch Neurol. 2003;60: 577-82.
5. Rodríguez Salazar J, Gil Gregorio P. Deterioro cognitivo leve. En: Gil Gregorio P, editor. Tratado de neuropsicogeriatría. Madrid: Ergón; 2010. p. 167-84.
6. Ismail Z, Elbayoumi H, Fischer CE, Hogan DB, Millikin CP, Schweizer T, et al. Prevalence of depression in patients with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2017;74:58-67.
7. Lin F, Vance DE, Gleason CE, Heidrich SM. Taking care of older adults with mild cognitive impairment: an update for nurses. J Gerontol Nurs. 2012;38:22-35.
8. Teixeira CV, Gobbi LT, Corazza DI, Stella F, Costa JL, Gobbi S. Non-pharmacological interventions on cognitive functions in older people with mild cognitive impairment (MCI). Arch Gerontol Geriatr. 2012;54:175-80.
9. Tadic M, Cuspidi C, Hering D. Hypertension and cognitive dysfunction in elderly: blood pressure management for this global burden. BMC Cardiovascular Disorders. 2016;16:208.
10. Wayne PM, Walsh JN, Taylor-Piliae RE, Wells RE, Papp KV, Donovan NJ, et al. Effect of tai chi on cognitive performance in older adults: systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc. 2014;62:25-39.
11. Langa KM, Levine DA. The diagnosis and management of mild cognitive impairment: a clinical review. JAMA. 2014;312:2551-61.
12. Jean L, Bergeron ME, Thivierge S, Simard M. Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: Systematic review of the literature. Am J Geriatr Psychiatry. 2010;18:281-96.