

recimundo

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento

DOI: 10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.47-59

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1541>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 47-59





Abordaje clínico del deterioro cognitivo leve en atención primaria

Clinical approach to mild cognitive impairment in primary care

Abordagem clínica do comprometimento cognitivo leve na atenção primária

Margarita Liseth Andrango Pilataxi¹; Diego Fernando López Barba²

RECIBIDO: 25/01/2022 **ACEPTADO:** 15/02/2022 **PUBLICADO:** 01/04/2022

1. Egresada del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria; Universidad Central del Ecuador; Quito, Ecuador; mldrango@uce.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-7574-013X>
2. Especialista en Medicina familiar y Comunitaria; auxiliar docente a tiempo parcial Posgrado Medicina Familiar y Comunitaria; Universidad Central del Ecuador; Quito, Ecuador; dflopezb@uce.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-5186-9844>

CORRESPONDENCIA

Margarita Liseth Andrango Pilataxi

mldrango@uce.edu.ec

Quito, Ecuador

RESUMEN

Introducción: el deterioro cognitivo leve es considerado un síndrome geriátrico moderno por su creciente incidencia, que aumenta con la edad de la población, y la relación con múltiples factores de riesgo. Se caracteriza por alteraciones en una o varias funciones cognitivas, sin repercusión funcional del paciente, y a menudo es infravalorada por el personal médico. **Objetivo:** describir el abordaje clínico del deterioro cognitivo leve en atención primaria. **Metodología:** revisión bibliográfica tipo narrativa. Las fuentes de información fueron artículos científicos publicados desde el 2011 hasta el 2021 en las diferentes bases de datos disponibles como PubMed, ScienceDirect, Scielo, Google Académico y el portal web de la Organización Mundial de la Salud. **Resultados:** se identificaron 48 artículos, de los cuales 34 cumplieron con los criterios de inclusión para la argumentación teórica relativa al diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo leve. **Conclusión:** el abordaje clínico del paciente con sospecha de deterioro cognitivo leve incluye el historial médico, la exploración física completa y las pruebas complementarias, además de la aplicación de los test neuropsicológicos básicos validados y, según estos resultados, también se incluye el seguimiento del caso o la derivación a la atención hospitalaria. Actualmente no existe un tratamiento farmacológico específico. El control de los factores de riesgo vascular, los estilos de vida saludables y el entrenamiento cognitivo se consideran como las intervenciones no farmacológicas más eficaces.

Palabras clave: Atención primaria de salud, diagnóstico, disfunción cognitiva, terapéutica.

ABSTRACT

Introduction: mild cognitive impairment is considered a modern geriatric syndrome due to its increasing incidence, which increases with the age of the population, and the relationship with multiple risk factors. It is characterized by alterations in one or several cognitive functions, without functional repercussions for the patient, and is often underestimated by medical personnel. **Objective:** to describe the clinical approach to mild cognitive impairment in primary care. **Methodology:** narrative literature review. The sources of information were scientific articles published from 2011 to 2021 in the different available databases such as PubMed, ScienceDirect, Scielo, Google Scholar and the World Health Organization web portal. **Results:** 48 articles were identified, of which 34 met the inclusion criteria for the theoretical argumentation related to the diagnosis and treatment of mild cognitive impairment. **Conclusion:** the clinical approach to patients with suspected mild cognitive impairment includes medical history, complete physical examination and complementary tests, in addition to the application of validated basic neuropsychological tests and, according to these results, case follow-up is also included or referral to hospital care. There is currently no specific pharmacological treatment. Control of vascular risk factors, healthy lifestyles and cognitive training are considered the most effective non-pharmacological interventions.

Keywords: Primary health care, diagnosis, cognitive dysfunction, therapeutics.

RESUMO

Introdução: o comprometimento cognitivo leve é considerado uma síndrome geriátrica moderna devido à sua incidência crescente, que aumenta com a idade da população, e a relação com múltiplos fatores de risco. Caracteriza-se por alterações em uma ou várias funções cognitivas, sem repercussões funcionais para o paciente, sendo muitas vezes subestimada pela equipe médica. **Objetivo:** descrever a abordagem clínica do comprometimento cognitivo leve na atenção primária. **Metodologia:** revisão narrativa da literatura. As fontes de informação foram artigos científicos publicados de 2011 a 2021 nas diferentes bases de dados disponíveis como PubMed, ScienceDirect, Scielo, Google Acadêmico e o portal da Organização Mundial da Saúde. **Resultados:** foram identificados 48 artigos, dos quais 34 atenderam aos critérios de inclusão para a argumentação teórica relacionada ao diagnóstico e tratamento do déficit cognitivo leve. **Conclusão:** a abordagem clínica aos pacientes com suspeita de comprometimento cognitivo leve inclui história clínica, exame físico completo e exames complementares, além da aplicação de testes neuropsicológicos básicos validados e, de acordo com esses resultados, inclui-se também o acompanhamento do caso ou encaminhamento para Cuidados hospitalares. Atualmente não existe tratamento farmacológico específico. O controle de fatores de risco vasculares, estilos de vida saudáveis e treinamento cognitivo são considerados as intervenções não farmacológicas mais eficazes.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, diagnóstico, disfunção cognitiva, terapêutica.

Introducción

Los síndromes geriátricos modernos representan un reto para la medicina mundial, que conlleva, en muchos casos, situaciones de prediscapacidad. Por ese motivo, estos constituyen un foco en el cual centrar las medidas de prevención. Uno de los síndromes es el deterioro cognitivo leve (DCL), caracterizado por una creciente incidencia, que aumenta con la edad de la población y la relación con múltiples factores de riesgo.(Arriola et al., 2017; Morley, 2017)

El DCL o trastorno neurocognitivo menor es una etapa intermedia entre el deterioro cognitivo fisiológico, ocasionado por el envejecimiento y la demencia. Los criterios diagnósticos más utilizados son los del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5). Este incluye la presencia de déficits cognitivos en, al menos, un dominio cognitivo (la memoria, el lenguaje, la atención, el pensamiento o el juicio); y que esta alteración no interfiera con la independencia del paciente.(Asociación Americana de Psiquiatría, 2018)

Las personas afectadas con este trastorno presentan un mayor riesgo de desarrollar demencia, aunque no es determinante, ya que algunos pacientes con DCL nunca empeoran y otros mejoran a través del tiempo. Referente a las cifras de prevalencia e incidencia, existe un amplio rango a nivel mundial. Custodio et al. (2012) expresan lo siguiente:

En general, se presenta entre el 12-18% de los adultos mayores, alcanzando hasta el 25% en aquellos individuos de 80 a 89 años. La tasa de conversión anual estimada hacia la enfermedad de Alzheimer (EA) u otro tipo de demencia es del 10 al 15%. La información sobre la incidencia oscila entre 5,1 y 13,7 por 1.000 personas-año. Varios estudios han demostrado que los sujetos con DCL presentan una mortalidad más elevada en comparación con aque-

llos sujetos cognitivamente normales. Por lo que consideramos que es probable que con la progresiva mayor supervivencia de la población geriátrica la proporción de afectados con DCL se incremente. (p. 322)

Las investigaciones sobre la epidemiología del DCL en Latinoamérica son escasas. Un estudio domiciliario en Córdoba-Argentina detectó una prevalencia del 13,6% en los mayores de 50 años. Otro estudio basado en la población de la ciudad colombiana de Medellín detectó un predominio del DCL amnésico del 9,7%. En Ecuador solo se han realizado pequeños estudios observacionales en Cuenca y Riobamba. En ellos se obtuvo una prevalencia del DCL del 30 al 60% en pacientes geriátricos ambulatorios.(León Samaniego & Leon Tumbaco, 2018).

Sin embargo, el DCL es una patología que continúa siendo infravalorada por el personal de salud e incluso por los familiares. El papel del médico de atención primaria (AP) es primordial en la detección precoz de un posible deterioro cognitivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021) define a la atención primaria de la siguiente manera:

La atención primaria (AP) es un subconjunto de la atención primaria de la salud (APS) y se refiere a la atención esencial de primer contacto que se brinda en un entorno comunitario. Se encarga de la coordinación, integración y promoción asistencial en el sistema de salud. El equipo de AP está, generalmente, conformado por médicos familiares, pediatras, personal de enfermería y agentes de salud de la comunidad.

En vista de su accesibilidad, proximidad y visión longitudinal, la AP es el escenario propicio para la detección y el manejo inicial del paciente con alteraciones en la cognición. Lo anterior resalta la necesidad de que los médicos de AP utilicen estrategias de cribado rápidas y sencillas (test neurocognitivos breves), que en poco tiempo les permitan reconocer objetivamente a

los pacientes propensos a presentar DCL. (Freire Pérez, 2017)

A pesar de la escasa probabilidad actual de curación del DCL, un diagnóstico temprano permite organizar el cuidado, con el paciente y la familia, y así evitar los riesgos innecesarios y establecer opciones sobre el futuro próximo. Entre ellas están el testamento vital, la seguridad al conducir, las finanzas y la planificación patrimonial. Además, la identificación anticipada ayuda a disminuir la falta de información, la vulnerabilidad y el estrés al que se ven sometidos los familiares y tutores de los pacientes. (Chen et al., 2021; De-Hoyos et al., 2018)

El objetivo de esta investigación es describir el abordaje clínico del paciente con deterioro cognitivo leve (DCL) en atención primaria (AP), a través de una revisión bibliográfica teórica de información actualizada y de calidad sobre la temática. El presente documento puede ser utilizado como herramienta de consulta por los profesionales de la salud que atienden a este grupo de pacientes y a sus familias.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica, tipo narrativa, de la literatura científica actualizada. Se requirió el uso de ordenadores con conexión a Internet. A través de este recurso fue ubicado el material bibliográfico que sirvió de base para la investigación. Entre las bases de datos médicas consultadas destacan: PubMed, ScienceDirect, Scielo, Google Académico y el portal web de la OMS. Se seleccionaron artículos de revisiones sistemáticas, metaanálisis, guías de práctica clínica y revisiones bibliográficas, con el uso de los siguientes términos Mesh: "Primary Health Care", "Cognitive Dysfunction", "Diagnosis", "Therapeutics", con la combinación de booleanos "AND" y "OR".

Los artículos que fueron incluidos en la revisión tuvieron los siguientes criterios de selección: artículos científicos de revistas indexadas, sin límite de idioma, cuyo año de publicación estuvo comprendido entre el 2011 y el 2021. Se excluyeron textos con conflictos de interés, estudios experimentales, cartas al editor, editoriales, investigaciones con más de 10 años de publicación y todo documento carente de sustento científico.

Resultados

Al utilizar los filtros de las palabras, con base en los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron 48 artículos. Una vez ejecutada la búsqueda se efectuó una revisión completa y un análisis de estos, de forma detallada y con énfasis en los resultados y las conclusiones. De este modo se descartaron aquellos que no cumplían con los parámetros de selección y al final se incluyeron 34 publicaciones en esta investigación.

Evaluación clínica del paciente con sospecha de deterioro cognitivo

La evaluación inicial del paciente con sospecha de deterioro cognitivo se debe proceder a un abordaje integral. En este proceso se encuentran 4 ejes fundamentales, que se enmarcan en el uso de la historia médica dirigida; la exploración física y neurológica básica; pruebas paraclínicas específicas, según los hallazgos y la aplicación de test neuropsicológicos. Esto permite un seguimiento adecuado de los casos o la derivación especializada (ver Figura 1). (Garrido et al., 2018)

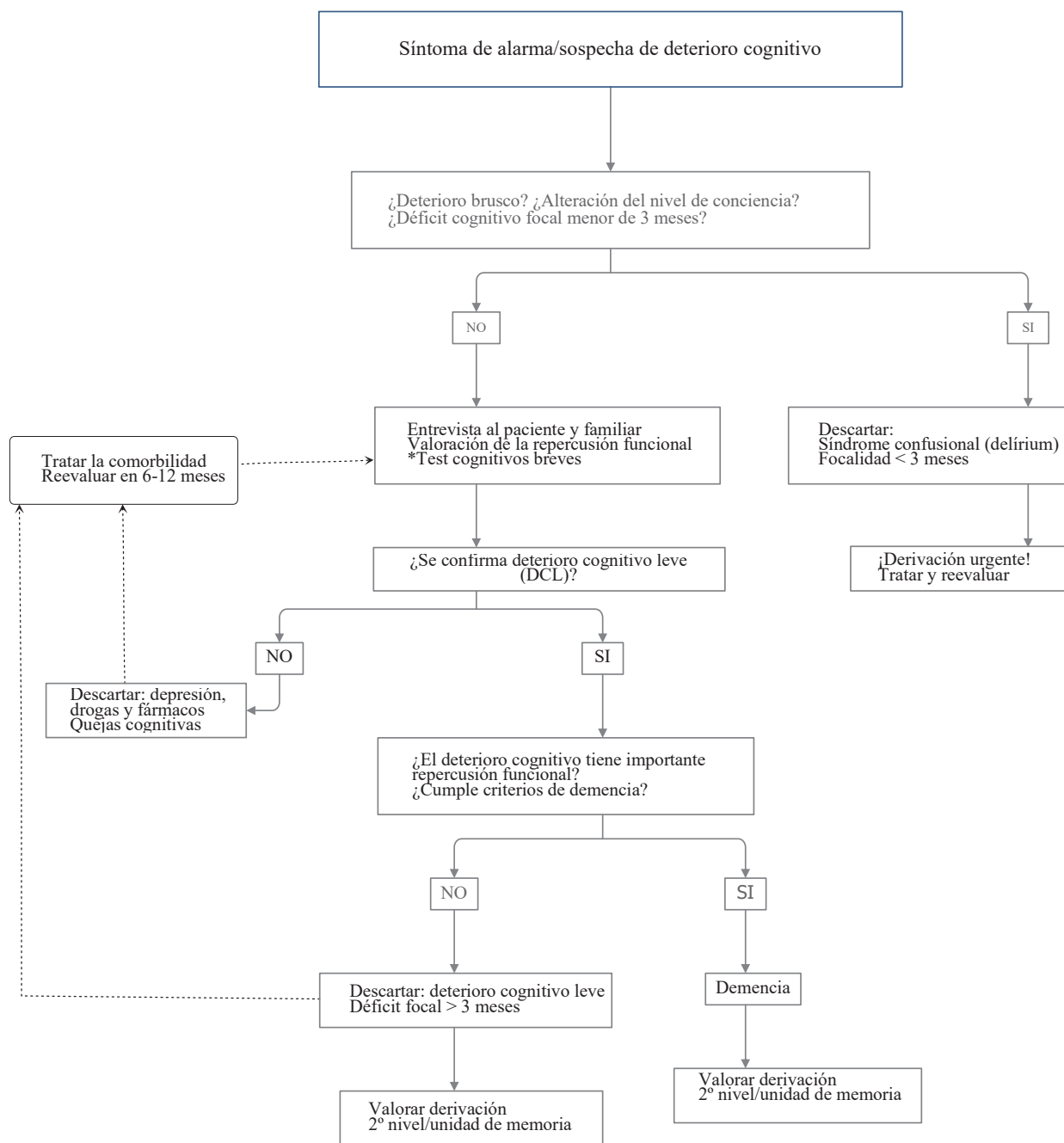


Figura 1. Abordaje clínico del equipo de atención primaria ante una sospecha de deterioro cognitivo.

Nota. Algoritmo del abordaje clínico por parte del equipo de atención primaria ante una sospecha de deterioro cognitivo. Garrido, A., De-Hoyos, M., & Viñas, A. (2018). "Protocolo de diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo". Formación Médica Continuada En Atención Primaria, 25, 13. <https://doi.org/10.1016/J.FMC.2018.06.002>

Anamnesis

Para el diagnóstico del DCL es importante que la información se obtenga del paciente y de un familiar fiable, en espacios separados. La enfermedad actual debe incluir una descripción del inicio, curso y naturaleza de los síntomas cognitivos. Los hallazgos asociados más relevantes comprenden los cambios en la memoria, el uso del lenguaje, la función visuoespacial y la atención. El médico debe determinar el grado de afectación sobre las actividades habituales en el trabajo y en la casa. La anamnesis debe contener los antecedentes médicos, los cuales deben incluir los trastornos conocidos, los fármacos y las sustancias tóxicas que consume o ha consumido, además de los síntomas psiquiátricos o neurológicos acompañantes. Igualmente, los antecedentes sociales como la educación, el empleo y el funcionamiento social del paciente. Se investigan la historia familiar de demencia o DCL. (Levin, 2019)

Examen físico y exploración neurológica

Choreño et al. (2020) acerca del examen físico y la exploración neurológica manifiestan lo siguiente:

El examen físico general debe ser ordenado, evaluando cada uno de los órganos y estructuras, con el objetivo de encontrar datos importantes que puedan sugerir algún trastorno reversible o sistémico como causa de la disfunción cognitiva. La evaluación debe incluir una amplia valoración de la piel para detectar manchas de vasculitis, mesenquimopatías. El examen neurológico debe ser completo, evaluando la integridad de los nervios craneales, la función sensitiva y motora de las extremidades, la marcha y la función cerebelosa. El daño de los nervios craneales, asociado a datos focales sensitivos o motores de las extremidades, sugiere una causa no neurodegenerativa y descarta la probabilidad de algún tipo de demencia. (p. 817)

Exámenes de laboratorio

Las pruebas de laboratorio incluyen: hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, calcio, función hepática y tiroidea, perfil lipídico, vitamina B12, uroanálisis, urocultivo, VDRL y VIH. El objetivo es identificar formas potencialmente reversibles del DCL, entre ellas las infecciones (sífilis y VIH), la insuficiencia renal, los trastornos hidroelectrolíticos, la enfermedad tiroidea, las alteraciones en la glucosa y la deficiencia de vitamina B12 o folatos. (Glasinovic et al., 2020)

Aplicación de Tests Neuropsicológicos

Los test neuropsicológicos son instrumentos que aportan objetividad, facilitan la comunicación entre los diversos profesionales y permiten cuantificar los cambios en el tiempo y la respuesta al tratamiento. En la actualidad existen varios instrumentos para que el personal médico evalúe al paciente con sospecha de DCL en AP. A la hora de elegir qué test psicométrico utilizar es vital conocer qué capacidades mentales se evalúan, sus pautas de uso y el significado de la puntuación, ya que esto aumenta su rentabilidad. Pueden ser aplicados por médicos y personal de enfermería entrenado. (Carnero-Pardo et al., 2019)

En el 2018, el Instituto de la Academia Estadounidense de Neurología (AANI) actualizó su guía práctica del 2001 sobre la prevalencia, el pronóstico y el tratamiento del DCL. Recomendó utilizar un instrumento de evaluación cognitiva breve y validado, además de obtener el historial del paciente y del informante con respecto a las preocupaciones cognitivas. Estos instrumentos o herramientas varían de un país a otro. (Petersen et al., 2018)

La revisión sistemática más reciente sobre la validez diagnóstica de los test cognitivos breves para la detección temprana de la demencia en América Latina (bases de datos buscadas hasta 2018) informó que las herramientas de evaluación cognitiva

son limitadas y están sujetas a sesgos culturales y educativos. Además, mostró la necesidad de estudios adicionales sobre la validez diagnóstica de las herramientas para detectar diversas etapas de deterioro cognitivo y diferentes tipos de demencia en esta población. (Custodio et al., 2020)

En el primer nivel de atención, Olazarán et al. (2016) recomendaron la utilización de algún test cognitivo breve que dé soporte objetivo a la sospecha clínica y propicie una derivación eficiente al segundo nivel para la realización del diagnóstico preciso. A continuación, se describen los principales test cognitivos y de salud mental, recomendados para el equipo de salud de AP. Se especifica el rango de puntajes posibles, el puntaje de corte alterado promedio y el tiempo de administración promedio de cada prueba. (Glasinovic et al., 2020)

Mini Mental State Examination (MMSE)

Es uno de los test más utilizados a nivel mundial, que fue introducido en 1975 por Folstein. Freire Pérez (2017) expresa las características de esta herramienta a continuación:

- El puntaje máximo es 30; el punto de corte para detectar DCL es 22 a 23.
- Evalúa orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, lenguaje y construcción, con un tiempo de aplicación mayor a 10 minutos.
- Ventajas: es el punto de partida para la evaluación inicial y la comunicación entre investigadores y médicos. Valora más dominios cognitivos, en relación con otros test similares.
- Inconvenientes: presenta baja sensibilidad para determinar DCL y está muy influido por variables sociodemográficas como la escolaridad y la edad. (p. 17)

Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo

Es la versión española modificada y vali-

ada del MMSE. Se han publicado varias versiones de la prueba, pero según el trabajo publicado por López Miquel & Martí Agust (2011), el instrumento de 30 ítems es más útil para comparaciones internacionales. Al igual que la versión original el MEC está influenciado por la edad y nivel cultural de los sujetos, por lo que se necesita reajustar las puntuaciones de acuerdo a las características sociodemográficas de los pacientes. El punto de corte es 23; un puntaje igual o menor a este número indica un déficit cognitivo.

Memory Impairment Screen (MIS)

Esta prueba examina el aprendizaje verbal mediante la lectura y el posterior recuerdo libre y facilitado de cuatro palabras. El puntaje es de 0 a 8 puntos, con un punto de corte < 6 y el tiempo de aplicación es de 3 minutos. Varios estudios de validación muestran resultados aceptables para el deterioro cognitivo. El MIS utiliza el aprendizaje controlado para garantizar la atención, inducir un procesamiento semántico específico y optimizar la especificidad de la codificación para mejorar la detección de DCL y la demencia, tipo EA. (Arriola et al., 2017; Ramos et al., 2021)

Test de Alteración de la Memoria (T@M)

Para Freire Pérez (2017), el Test de Alteración de la Memoria (T@M) se ha creado y validado para diferenciar entre el DCL amnésico y la EA en su etapa inicial. Por esta razón se recomienda el uso en AP para la identificación del DCL amnésico en ese nivel de atención. Las principales características son:

- Tiempo de administración: 4 a 7 min.
- Evalúa: memoria episódica verbal y semántica; y orientación espacial y temporal.
- Puntaje máximo: 50.
- Punto de corte: 36 a 37 (según el nivel de instrucción).

- Ventajas: test rápido y simple de aplicar.
- Inconvenientes: solo evalúa la memoria. (p. 16, 17)

Montreal Cognitive Assesment (MoCA)

Con respecto a la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA), Sebastián & Arraz (2017), expresan que es una prueba breve y fácil de administrar, desarrollada para evaluar el DCL. Es más completo y global que el MMSE. Asimismo, los autores manifiestan que este test tiene buena sensibilidad y especificidad en situaciones próximas a la normalidad. Evalúa las funciones ejecutivas, la capacidad visuoespacial, la memoria, la atención, la concentración y la memoria de trabajo, además del lenguaje y la orientación, y tiene una duración aproximada de 10 minutos. La mayor puntuación es 30 y el punto de corte para determinar DCL es menor a 26 puntos. (Loureiro et al., 2018)

Abd Razak et al. (2019) desarrollaron la investigación sobre la validez de las herramientas de detección de demencia y DCL en atención primaria. Fueron incluidos 19 artículos, en los cuales se utilizaron 14 instrumentos diferentes. La Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) fue la herramienta más común y preferida para la detección del deterioro cognitivo leve, con una sensibilidad combinada de 81 a 97% y una especificidad de 60 a 86%. Los resultados obtenidos en el metaanálisis de Tsoi et al. (2017) respalda el uso del MoCA como herramienta de detección del DCL en entornos de atención primaria.

Loureiro et al. (2018) realizaron una revisión sistemática sobre todos los estudios desarrollados en América Latina, con referencia al uso del MoCA como instrumento de cribado cognitivo. Se identificaron pocos estudios, lo que refleja, posiblemente, un inicio tardío de la utilización del MoCA en la región. Además, hay una tendencia a usar los instrumentos sin hacer una adap-

tación transcultural del original y sin recurrir a normas internacionales para el diagnóstico.

Montreal Cognitive Assesment Versión Corta (s-MoCA)

Esta variante corta consta de 8 elementos. Representa un tercio de la longitud del MoCA original y el tiempo utilizado en cada paciente es de menos de 5 minutos. Se presenta como una alternativa viable cuando el MoCA original no se puede administrar en la práctica clínica y puede ser especialmente útil en centros de atención de primer nivel. Roalf et al. (2016) refieren que el s-MoCa es una herramienta eficiente para evaluar de forma rutinaria a los pacientes y que permite identificar mejor a aquellos que necesitan atención especializada o una evaluación neuropsicológica más completa.

Test de las Fotos o Fototest

Según Arriola et al. (2017), es un test cognitivo breve desarrollado para la detección del deterioro cognitivo leve y demencia. Este consta de varias tareas como: la denominación de 6 fotos, de fluidez verbal y de recuerdo libre y facilitado; y puede ser administrado a personas analfabetas. El punto de corte es 25/26 para demencia y 28/29 para DCL, aplicable en 3 minutos. Las ventajas del test son: el corto tiempo de aplicación, la facilidad de uso y de interpretación por parte del médico; y la aceptabilidad por parte del paciente. Estas características lo convierten en uno de los más recomendables y útiles en AP.

Test del Informador

Por otra parte, para Olazarán et al. (2016), el informador fiable es un elemento esencial en la evaluación del deterioro cognitivo, ya que, en muchas ocasiones, es el origen de las sospechas o, en su defecto, quien las puede corroborar o refrendar. Asimismo, agregan:

La entrevista al informador también puede facilitarse o completarse con el uso de cuestionarios específicos. Uno de los instrumentos más conocidos es el Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) o Test del Informador, un instrumento que, incluso en su versión corta (17 ítems), tiene mayor sensibilidad que el MMSE para la detección de formas leves de deterioro cognitivo (S: 86%, E: 91%). Sobre los 57 puntos indica deterioro cognitivo. Además, este cuestionario no se ve influido por la edad, el sexo, la salud mental o el nivel intelectual previo (p. 89).

Cuestionario de Actividad Funcional (FAQ)

Los pacientes con deterioro cognitivo deben someterse a una evaluación funcional, con el uso de instrumentos estandarizados como el cuestionario de actividad funcional (FAQ). Es fundamental para diferenciar entre el DCL y la demencia. El FAQ es un test subjetivo, aplicado a un informante fiable, que consta de 10 preguntas que evalúan las actividades instrumentales de la vida diaria. El rango de puntuación es de 0 a 30; el punto de corte es ≥ 6 , con un tiempo de administración de 8 a 10 minutos. Con respecto a la demencia, un estudio de Cruz-Orduña et al. (2012), mostró una sensibilidad del 87% y una especificidad del 82%. La conclusión del artículo fue que el FAQ es una prueba fiable para detectar el deterioro cognitivo en fases iniciales y puede ser usado en AP. (González et al., 2021; Ismail et al., 2020)

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS, versión corta)

La depresión es una patología muy frecuente en los adultos mayores y presenta síntomas comunes con el deterioro cognitivo, lo cual dificulta el diagnóstico. Existen algunas escalas para evaluar la depresión, por ejemplo, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Esta ha sido traducida y validada en varios idiomas, tiene varias versiones con 30, 15, 10, 5 y 4 preguntas. La

versión abreviada de 15 preguntas puede aplicarse en 5 a 7 minutos. Una puntuación superior a 5 sugiere posible depresión, con una sensibilidad y especificidad entre el 80 al 95%. La GDS es una herramienta útil en el diagnóstico diferencial inicial del deterioro cognitivo. (Erazo et al., 2020)

El abordaje diagnóstico de DCL se basa en una evaluación clínica, con énfasis en la función cognitiva y el estado funcional, y no únicamente en una puntuación de prueba específica. Diversos autores han realizado estudios comparativos de la validez diagnóstica de los test cognitivos usados actualmente en la práctica médica. Concluyeron que los instrumentos de cribado cognitivo más utilizados a nivel mundial son el MMSE y el MoCA, con traducción y validación en varios idiomas. Sus principales desventajas son el tiempo destinado a su realización, que es mayor a 10 minutos y el no poder ser usado en personas iletradas. Estos aspectos dificultan su aplicación de forma rutinaria en la consulta. (Patnode et al., 2020)

Por ello se han estudiado otros instrumentos como: Fototest, Memory Impairment Screen (MIS) y Test de Alteración de la Memoria (T@M). Estas son herramientas de evaluación simples, con un tiempo aplicación inferior a 7 minutos y se pueden emplear en personas con bajo nivel de escolaridad. La versión corta de la Evaluación cognitiva de Montreal (s-MoCA) es una alternativa viable para la detección del DCL en el primer nivel de atención, con un tiempo de administración inferior a 5 minutos. (Roalf et al., 2016)

Fuentes et al. (2019) sugieren aplicar una herramienta cognitiva que mida la capacidad cognitiva global (MMSE, MoCA). Esto, sumado a las evaluaciones de capacidades específicas como la memoria (MIS), las habilidades viso constructivas (test del reloj) y las funciones cognitivas (test del reloj). Todo esto, complementado con información sobre el deterioro cognitivo de

la persona en los últimos años (test del informador). En caso de deterioro cognitivo se recomienda valorar el estado funcional (FAQ).

Varios de los test cognitivos que se usan actualmente en el primer nivel de atención no se encuentran validados en el país. Además, tienen bajos indicadores de sensibilidad y especificidad cuando se aplican de manera individual, lo que hace que su administración e interpretación deba ser efectuada con precaución. En consecuencia, varios autores concluyen que no existe el test ideal, ya que la utilización de uno u otro depende de las características de los pacientes, la disponibilidad de tiempo, la experiencia del administrador y la validación en la población diana.

Tratamiento

Las estrategias adecuadas para el manejo del DCL se fundamentan en el monitoreo periódico, que se recomienda realizar cada 6 a 12 meses. También en la promoción de la independencia, el control de los factores de riesgo vascular (hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes mellitus, obesidad), el estilo de vida saludable (ejercicio aeróbico, dieta saludable, dormir lo suficiente, limitar el consumo de alcohol y dejar de fumar) y el entrenamiento cognitivo (resolver acertijos y adivinanzas, leer minuciosamente, estudiar otros idiomas, tocar instrumentos musicales, hacer crucigramas, sudoku). (Eshkoo et al., 2015; Livingston et al., 2020)

Evidencia sustancial vincula el aislamiento social y la soledad con un deterioro cognitivo más rápido en adultos mayores y un mayor riesgo de desarrollar demencia. Por lo tanto, es importante preservar y promocionar la actividad social, incluida la interacción familiar y comunitaria. Las relaciones sociales mejoran el rendimiento cognitivo al activar y mantener la eficacia de las redes cerebrales. La familia es la red de apoyo social más cercana y accesible

que tiene el paciente. Un entorno familiar estimulante es necesario para mantener la independencia y el funcionamiento del sujeto. (Felix et al., 2021; National Academies of Sciences, Engineering, 2020)

Con respecto al tratamiento farmacológico, no existen medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento del DCL. Además, no hay estudios a largo plazo de alta calidad que identifiquen agentes farmacológicos o dietéticos que mejoren la cognición o retrasen la progresión en pacientes con DCL. Los medicamentos disponibles para la EA (inhibidores de la acetilcolinesterasa. memantina) se han utilizado en muchos ensayos, pero no han mostrado ningún beneficio claro para los pacientes con DCL. Asimismo, los médicos deben evaluar y tratar otros síntomas neuropsiquiátricos (agitación, ira, ansiedad, depresión, delirio, trastornos de sueño y movimientos aberrantes), que interfieran con la calidad de vida del paciente. (Patnode et al., 2020; Petersen et al., 2018)

El tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) ha sugerido la posibilidad de mejorar la función cognitiva en pacientes con DCL y EA; sin embargo, solo hay unos pocos estudios que han examinado el potencial del tratamiento con ISRS para reducir la progresión del estado cognitivo normal a DCL o EA. Hasta que las investigaciones adicionales aclaren el beneficio, se debe considerar cuidadosamente la prescripción de estos antidepresivos. (Tetsuka, 2021)

Criterios de derivación

Garrido et al. (2018) recomienda referir al segundo nivel asistencial (neurología, geriatría o psiquiatría) en los siguientes casos:

- Paciente con sospecha diagnóstica de demencia para confirmación diagnóstica, realización de prueba de neuroima-

gen e inicio de tratamiento farmacológico específico.

- Paciente menor de 65 años con deterioro cognitivo e historial familiar de demencia de inicio temprano.
- Paciente con deterioro cognitivo que presente signos o síntomas de focalidad neurológica, formas de presentación atípica o evolución rápida inexplicada
- Cuando el paciente o los familiares soliciten una segunda opinión médica. (p. 12)

Conclusiones

El DCL es uno de los síndromes geriátricos que tiene impacto en el sistema de salud, dada su gran prevalencia, su creciente incidencia, morbilidad y su impacto en la familia. El abordaje de este trastorno cognitivo es clínico y a menudo se requieren exámenes complementarios para descartar causas reversibles y hacer un diagnóstico diferencial adecuado. En AP, la anamnesis, la valoración física y neurológica, así como la aplicación de test neurocognitivos básicos validados pueden ayudar a orientar el diagnóstico temprano del DCL y derivar al paciente a tiempo. Hasta el momento no existe el test cognitivo ideal, ya que la utilización depende de las características del paciente, la disponibilidad de tiempo, la experiencia del administrador y la validación de la herramienta en la población diana.

En relación con el tratamiento, este se fundamenta en tratar las causas reversibles del DCL, controlar los factores de riesgo vascular, los estilos de vida saludable y el entrenamiento cognitivo, además de preservar y promocionar la actividad social, incluida la interacción familiar y comunitaria. Se recomienda una reevaluación neuropsicológica cada 6 a 12 meses, en aquellos pacientes que cumplen los criterios de DCL o tienen quejas cognitivas persistentes,

para detectar empeoramiento respecto a la situación basal.

Como limitación de esta revisión cabe destacar que, debido a la falta de evidencia sobre la validación de los test cognitivos aplicados en la población local, se convierte en imperiosa la necesidad de investigaciones complementarias, enfocadas en este punto, para recomendar a futuro las mejores herramientas de detección precoz del DCL.

Bibliografía

- Abd Razak, M. A., Ahmad, N. A., Chan, Y. Y., Mohamad Kasim, N., Yusof, M., Abdul Ghani, M. K. A., Omar, M., Abd Aziz, F. A., & Jamaluddin, R. (2019). Validity of screening tools for dementia and mild cognitive impairment among the elderly in primary health care: a systematic review. *Public Health*, 169, 84–92. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.01.001>
- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López-Mogil, R., López-Trigo, J., Manzano, S., & Olazarán, J. (2017). Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Documento de consenso. In Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. https://www.segg.es/media/descargas/Consenso_deteriorocognitivoleve.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2018). Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta Edición. http://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
- Carnero-Pardo, C., Rego-García, I., Mené Llorente, M., Alonso Ródenas, M., & Vílchez Carrillo, R. (2019). Diagnostic performance of brief cognitive tests in cognitive impairment screening. *Neurologia*. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.05.007>
- Chen, Y. X., Liang, N., Li, X. L., Yang, S. H., Wang, Y. P., & Shi, N. N. (2021). Diagnosis and Treatment for Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines and Consensus Statements. *Frontiers in Neurology*, 12(October). <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.719849>
- Choreño, J., Arredondo, T., & Guadarrama, P. (2020). Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. *Med Int Mex*, 36(6), 807–824. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96466&id2=>

- Cruz-Orduña, I., Bellón, J. M., Torrero, P., Aparicio, E., Sanz, A., Mula, N., Marzana, G., Begué, C., Cabezón, D., & Olazarán, J. (2012). Detecting MCI and dementia in primary care: Efficiency of the MMS, the FAQ and the IQCODE. *Family Practice*, 29(4), 401–406. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr114>
- Custodio, N., Duque, L., Montesinos, R., Alva-Díaz, C., Mellado, M., & Slachevsky, A. (2020). Systematic Review of the Diagnostic Validity of Brief Cognitive Screenings for Early Dementia Detection in Spanish-Speaking Adults in Latin America. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 12(September), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.00270>
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., & Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de La Facultad de Medicina*, 73(4), 321. <https://doi.org/10.15381/anales.v73i4.1032>
- De-Hoyos, M., Iturbe, A., Lesende, I., Baena, J., & Torres, J. (2018). Actividades preventivas en los mayores. Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*, 50(Supl 1), 109–124.
- Erazo, M., Fors, M., Mullo, S., González, P., & Viada, C. (2020). Internal Consistency of Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS 15-Item Version) in Ecuadorian Older Adults. *Inquiry (United States)*, 57. <https://doi.org/10.1177/0046958020971184>
- Eshkoo, S. A., Hamid, T. A., Mun, C. Y., & Ng, C. K. (2015). Mild cognitive impairment and its management in older people. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 687–693. <https://doi.org/10.2147/CIA.S73922>
- Felix, C., Rosano, C., Zhu, X., Flatt, J. D., & Rosso, A. L. (2021). Greater Social Engagement and Greater Gray Matter Microstructural Integrity in Brain Regions Relevant to Dementia. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(6), 1027–1035. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa173>
- Freire Pérez, A. (2017). Métodos de cribaje del deterioro cognitivo leve en atención primaria. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(Supl 1), 15–19. [https://doi.org/10.1016/s0211-139x\(18\)30074-x](https://doi.org/10.1016/s0211-139x(18)30074-x)
- Fuentes, P., Caballero, J., Navarrete, G., Crispí, F., & Brizzolara, A. (2019). Deterioro Cognitivo Leve. In *Actualización Manual de Geriatria para Médicos* (Vol. 29, Issue 1, pp. 229–237).
- Garrido, A., de Hoyos, M., & Viñas, A. (2018). Protocolo de diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo. *FMC Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 25, 1–44. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2018.06.002>
- Glasinovic, A., Troncoso, J., & Tiznado, J. (2020). Enfrentamiento del deterioro cognitivo para médicos de Atención Primaria de Salud. *Revista Chilena Medicina Familiar*, 14, 30–37.
- González, D. A., Gonzales, M. M., Resch, Z. J., Sullivan, A. C., & Soble, J. R. (2021). Comprehensive Evaluation of the Functional Activities Questionnaire (FAQ) and Its Reliability and Validity. *Assessment*. <https://doi.org/10.1177/1073191121991215>
- Ismail, Z., Black, S. E., Camicioli, R., Chertkow, H., Herrmann, N., Laforce, R., Montero-Odasso, M., Rockwood, K., Rosa-Neto, P., Seitz, D., Sivananthan, S., Smith, E. E., Soucy, J. P., Vedel, I., Gauthier, S., Gauthier, S., Menard, M. C., Lacombe, G., Chayer, C., ... Watt, J. (2020). Recommendations of the 5th Canadian Consensus Conference on the diagnosis and treatment of dementia. *Alzheimer's and Dementia*, 16(8), 1182–1195. <https://doi.org/10.1002/alz.12105>
- León Samaniego, G. F., & Leon Tumbaco, E. D. (2018). Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto – Babahoyo (Ecuador). *Cumbres*, 4(1), 75–87. <https://doi.org/10.48190/cumbres.v4n1a7>
- Levin, M. (2019). Pérdida de memoria - Trastornos neurológicos. Manual MSD Versión Para Profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurológicos/síntomas-de-los-problemas-neurológicos/pérdida-de-memoria>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- López Miquel, J., & Martí Agustí, G. (2011). Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). *Revista Española de Medicina Legal*, 37(3), 122–127. [https://doi.org/10.1016/S0377-4732\(11\)70075-X](https://doi.org/10.1016/S0377-4732(11)70075-X)
- Loureiro, C. C. de S., García, C., Adana, L., Yacelga, T., Rodríguez Lorenzana, A., & Maruta, C. (2018). Uso del test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) en América Latina: revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 66(12), 397. <https://doi.org/10.33588/rn.6612.2017508>

- Morley, J. E. (2017). Geriatricians: The Super Specialists. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(4), 866–868. <https://doi.org/10.1111/jgs.14702>
- National Academies of Sciences, Engineering, and M. (2020). Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System. In *Social Isolation and Loneliness in Older Adults*. <https://doi.org/10.17226/25663>
- Olazarán, J., Hoyos-Alonso, M. C., del Ser, T., Garrido Barral, A., Conde-Sala, J. L., Bermejo-Pareja, F., López-Pousa, S., Pérez-Martínez, D., Villarejo-Galende, A., Cacho, J., Navarro, E., Oliveros-Cid, A., Peña-Casanova, J., & Carnero-Pardo, C. (2016). Aplicación práctica de los test cognitivos breves. *Neurología*, 31(3), 183–194. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.07.009>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Atención primaria de salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Patnode, C. D., Perdue, L. A., Rossom, R. C., Rushkin, M. C., Redmond, N., Thomas, R. G., & Lin, J. S. (2020). Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. In *JAMA - Journal of the American Medical Association* (Vol. 323, Issue 8). <https://doi.org/10.1001/jama.2019.22258>
- Petersen, R. C., Lopez, O., Armstrong, M. J., Getchius, T. S. D., Ganguli, M., Gloss, D., Gronseth, G. S., Marson, D., Pringsheim, T., Day, G. S., Sager, M., Stevens, J., & Rae-Grant, A. (2018). Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment report of the guideline development, dissemination, and implementation. *Neurology*, 90(3), 126–135. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004826>
- Ramos, H., Pardo, J., Sánchez, R., Puchades, E., Pérez-Tur, J., Navarro, A., & Moreno, L. (2021). Pharmacist-Physician Interprofessional Collaboration to Promote Early Detection of Cognitive Impairment: Increasing Diagnosis Rate. *Frontiers in Pharmacology*, 12(April), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.579489>
- Roalf, D. R., Moore, T. M., Wolk, D. A., Arnold, S. E., Mechanic-Hamilton, D., Rick, J., Kabadi, S., Ruparel, K., Chen-Plotkin, A. S., Chahine, L. M., Dahodwala, N. A., Duda, J. E., Weintraub, D. A., & Moberg, P. J. (2016). Defining and validating a short form Montreal Cognitive Assessment (s-MoCA) for use in neurodegenerative disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 87(12), 1303–1310. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2015-312723>
- Sebastián, A., & Arraz, L. (2017). Revista Española de Geriatria y Gerontología. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(Supl 1), 54–57.
- Tetsuka, S. (2021). Depression and Dementia in Older Adults: A Neuropsychological Review. *Aging and Disease*, 12(8), 1920–1934. <https://doi.org/10.14336/AD.2021.0526>
- Tsoi, K. K. F., Chan, J. Y. C., Hirai, H. W., Wong, A., Mok, V. C. T., Lam, L. C. W., Kwok, T. C. Y., & Wong, S. Y. S. (2017). Recall Tests Are Effective to Detect Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis of 108 Diagnostic Studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(9), 807.e17-807.e29. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.05.016>

CITAR ESTE ARTICULO:

Andrango Pilataxi, M. L., & López Barba, D. F. (2022). Abordaje clínico del deterioro cognitivo leve en atención primaria. *RECIMUNDO*, 6(2), 47-59. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.47-59](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.47-59)

