

¿Cómo afrontar la ancianidad, el deterioro cognoscitivo y la demencia, en la población colombiana?

How to face old age, cognitive impairment and dementia in the colombian population?

Germán Enrique Pérez R, Eugenia Solano

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial que ahora preocupa a los llamados países de ingresos bajos y medios, antes denominados subdesarrollados y en vías de desarrollo; eufemismo que evitaba hacer referencia a su ingreso per cápita, a sus sistemas educativos, de salud y de comunicación, que con frecuencia cubrían porciones minúsculas de la población general; y que generaban grandes diferencias o inequidades en el acceso a la educación, la salud, los sistemas de producción, el trabajo, y a las redes sociales en general (1). Casi sin excepción, estos países han experimentado un desplazamiento de las principales causas de mortalidad de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, por un crecimiento acelerado en las enfermedades crónicas y no comunicables (como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad, etc.), la mortalidad se ha desplazado de los jóvenes a los ancianos y la morbilidad se ha tornado prevalente (2).

Colombia ha experimentado esta transición y su población adulta y anciana ha crecido de manera significativa, las enfermedades no comunicables han aumentado y con ellas ha cambiado su panorama de mortalidad y morbilidad y su repercusión en la economía. De acuerdo con la OMS las enfermedades no comunicables, en el mundo, han pasado de causar el 57% al 65% del total de la mortalidad en

1990 y 2010 respectivamente, y han ocasionado el 54% de todos los DALY en 2010 (mientras que solo causaron el 43% en 1990); aunque las enfermedades cardiovasculares representa el grupo mayoritario “las enfermedades neurológicas, mentales y del comportamiento” responden por un porcentaje significativo (3).

Estas consideraciones resaltan la pertinencia del trabajo presentado por Díaz-Cabezas y colaboradores en este número de ANC (4); ellos realizaron un estudio poblacional mediante la evaluación de algunas actividades instrumentales de la vida diaria y de pruebas de tamizaje (o cribado) para deterioro cognoscitivo en una población adulta de la ciudad de Manizales, los resultados son un tanto sorprendentes, pero sin duda interesante. Al aceptar que una prueba alterada puede significar trastorno cognoscitivo, el estudio arrojó una cifra francamente elevada de alteración cognoscitiva probable en la población general, pues al menos 39,4% de los encuestados obtuvo puntajes inferiores al punto de corte en al menos una de las pruebas utilizadas. La combinación de alteración en las tres pruebas utilizadas acercó a las cifras mundialmente aceptadas la frecuencia de deterioro cognoscitivo en esta población colombiana. Quizás más importante, aún, es el hecho de que la alteración en las tres pruebas estuvo asociada a la mayor edad,

Recibido: 06/09/13. Revisado: 09/09/13. Aceptado: 09/09/13.

Germán Enrique Pérez R MD. Especialista en Neurología. MSc. En Epidemiología y Estadística. Profesor Asociado Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. **Eugenia Solano**. Psicóloga. MSc. en Neuropsicología. Neuropsicóloga Servicios Neurológicos. Clínica de Marly. Bogotá

Correspondencia: germanenrique@gmail.com

Editorial

a la poca educación y a la mayor prevalencia de enfermedades no comunicables (4). Esta asociación parece de aceptación mundial, tal como lo parecen la mayor frecuencia de ansiedad, irritabilidad, agitación y desinhibición en quienes presentan deterioro cognoscitivo y evolucionan a demencia (5).

El estudio de Díaz-Cabezas como el de Sosa y colaboradores (6), diferencias procedimentales de por medio, establecen que en los países de ingresos medios y bajos el deterioro cognoscitivo y la demencia empujarán de manera incontrolable los ya sobrecargados sistemas de salud y ocasionarán grandes deterioros en las economías nacionales. El estudio de Sosa y colaboradores que involucró a más de 15 mil personas sin demencia en seis países latinoamericanos, China e India no comprobó la asociación entre deterioro cognoscitivo y edad o educación; pero si confirmó la presencia de las alteraciones neuropsiquiátricas entre las personas con deterioro cognoscitivo que evolucionaron a demencia. Otro interesante resultado del estudio de Sosa, fue la variación en prevalencia que se mantuvo a pesar de los ajustes (o las estandarizaciones) por edad, sexo y educación. En Latino América Venezuela presentó la menor prevalencia y entre todos los países India tuvo la mayor (4,3%).

Cómo establecer la presencia de deterioro cognoscitivo y cómo confirmar el diagnóstico varía según se trate de estudios poblacionales o de grupos referidos a centros especializados de diagnóstico. En éstos será indispensable una evaluación neuropsicológica completa y en aquellos serán útiles pruebas que con buena sensibilidad y especificidad permitan identificar adecuadamente los casos, sin aumentar los falsos positivos, pero que mantengan un adecuado valor predictivo positivo.

El uso de pruebas de cribado, tamización o rastreo es de gran importancia en el contexto de deterioro cognoscitivo; es decir, la utilización de pruebas destinadas a la evaluación breve de las funciones cognitivas en pacientes que presentan quejas subjetivas u objetivas o síntomas de riesgo para desarrollar deterioro cognoscitivo y demencia es de capital importancia en los estadios poblacionales (7-11). Básicamente, los test de rastreo cognoscitivo pueden dividirse en generales (evalúan diferentes funciones cognitivas y producen una puntuación global) y específicos (evalúan una función cognitiva particular). La elección

de unas u otras pruebas de cribado no es tarea fácil, se deben considerar varios aspectos, y entre ellos, sobresalen las características psicométricas adecuadas, la(s) etiología(s) probables (o de interés) del deterioro cognoscitivo y las características sociodemográficas y culturales de la población (12).

Díaz-Cabezas y colaboradores escogieron tres pruebas de rastreo que presentan características muy favorables para un estudio poblacional, en especial porque son de fácil y rápida aplicación y tienen escasa influencia de las variables socioculturales; elementos muy destacables en el cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire) y en la prueba de las fotos. Se debe resaltar que aun cuando son pruebas de cribado diseñadas para evaluar dominios específicos, cada una de ellas a su vez evalúa diferentes procesos cognoscitivos a saber: la prueba de reloj originalmente diseñada para evaluar las habilidades visoconstruccionales, puede evaluar mediante este sencillo procedimiento las habilidades cognoscitivas: la comprensión auditiva; el planeamiento; la memoria visual y la reconstrucción de una imagen gráfica; las habilidades visoespaciales; la programación motora y la ejecución, el conocimiento numérico; e incluso el pensamiento abstracto (instrucción semántica); la inhibición de la tendencia a colocar por características perceptuales del estímulo (ante la orden de poner las agujas a las 11 y 10, impulso de colocar erróneamente encima del número 11 y 10); y concentración y tolerancia de la frustración (13, 14). En forma similar el cuestionario de Pfeiffer mide procesos de orientación en tiempo y en espacio y procesos de atención y memoria reciente y remota (11) y la prueba de fotos que arroja información de procesos como denominación y fluidez verbal. Por esta razón estas pruebas son instrumentos sensibles en la detección de cambios en los dominios cognoscitivos.

Un elemento adicional, para resaltar, del estudio presentado en este número de Acta Neurológica Colombiana es la evaluación de la funcionalidad de los sujetos participantes mediante la valoración de las actividades diarias instrumentales, pilar del diagnóstico de demencia; elemento que por lo general se omite en los estudios de este tipo por lo complejo y dispendioso de su abordaje.

Un aspecto, en realidad novedoso, es el de haber contado con un familiar o con un cuidador para confirmar la información obtenida de las personas

evaluadas; este hecho es fundamental pues refuerza la confiabilidad de la información y hace aún más robustos los resultados; pero que además, dirige la atención del interesado hacia la vulnerabilidad de los ancianos y en especial de las personas con deterioro cognoscitivo; a su pérdida de autonomía y de independencia (a veces llamada fragilidad), sin dejar pasar inadvertido el papel fundamental del cuidador, personaje inevitable cuando se aborda el problema del deterioro cognoscitivo y en especial de la demencia (15,16).

La diversidad en la comprensión y en la aplicabilidad han acompañado al concepto “deterioro cognoscitivo” desde su introducción por Reisberg en 1988, las sucesivas reelaboraciones de Petersen y otros han variado desde un aspecto inicial de la Enfermedad de Alzheimer (EA) caracterizado por alteraciones en la memoria, hasta una entidad clínica independiente y no siempre previa ni evolutiva hacia la EA, con dos fenotipos clínicos bien diferenciado el amnésico y el no amnésico (que a su vez puede dividirse en uni o multidominio cognoscitivo), tal diversidad se ha reflejado en la evaluación clínica y poblacional de la entidad; ello es fuente de variabilidad en los resultados y sin duda dificulta la comparación, la extrapolación y la aplicabilidad de los estudios, no escapa de ello el estudio realizado en Manizales, pero es una fehaciente muestra de como afrontar esta alteración en la población, adulta y de como unas pruebas sencillas (no siempre rápidas) pueden valorar procesos y funciones, que de otra manera requieren el concurso de especialista en neuropsicología (17).

Agradecimientos al colectivo ratacionpisos7s@gmail.com de la Facultad de Medicina UN por su apoyo en la revisión bibliográfica

REFERENCIAS

1. PELLEGRINI FILHO A. Inequidades de acceso a la información e inequidades en salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2002;11:409-12 409.
2. FRENK J, FREJKA T, BOBADILLA JL, STERN C, LOZANO R, SEPÚLVEDA J, MARCO J. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*. 1991;111:485-96.
3. HUNTER DJ, REDDY KS. Noncommunicable Diseases. *New Engl J Med*. 2013; 369:1336-1346.
4. DÍAZ-CABEZAS R, MARULANDA MEJÍA F, MARTÍNEZ-ARIAS MH. Prevalencia de deterioro cognoscitivo y demencia en población mayor de 65 años en una población urbana colombiana. *Acta Neurol Colomb* 2013;29:??-??.
5. FORLENZA OV, DINIZ BS, STELLA F, TEIXEIRA RAAL, GATAZ WF. Mild Cognitive impairment (Part 1): Clinical characteristics and predictors of dementia. *Rev Bras Psiquiatr* 2013;35:178-85.
6. SOSA AL, ALBANESE E, STEPHAN BMC, DEWEY M, ACOSTA D, FERRI CP, ET AL. Prevalence, Distribution, and Impact of Mild Cognitive Impairment in Latin America, China, and India: A 10/66 Population Based Study. *PLoS Medicine* 2012;9:
7. REISBERG B, GAUTHIER S. Current evidence for subjective cognitive impairment (SCI) as the pre-mild cognitive impairment (MCI) stage of subsequently manifest Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 2008; 20: 1-16.
8. SHULMAN KI. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 548-61.
9. CACHO J, GARCIA-GARCIA R, ARAYA J, GAY J, GUERRERO-PERAL AL, GOMEZ-SANCHEZ JC, ET AL. El test del reloj en ancianos sanos. *Rev Neurol* 1996; 24: 1525-8.
10. CACHO J, GARCIA-GARCIA R, FERNANDEZ-CALVO B, GAMAZO S, RODRIGUEZ-PEREZ R, ALMEIDA A, ET AL. Improvement pattern in the Clock Drawing Test in early Alzheimer's disease. *Eur Neurol* 2005; 53: 140-5.
11. MARTINEZ DE LA IGLESIA J, DUENAS R, ONIS MC, AGUADO C, ALBERT C, LUQUE R. Adaptacion y validacion al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 129-34.
12. BERMEJO-PAREJA F, GOMEZ-ISLA T, MORALES-GONZALEZ JM. El 'miniexamen del estado mental' en la evaluación del deterioro cognitivo y la demencia. En Del Ser Quijano T, Pena-Casanova J, eds. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous; 1994:93-10.
13. AGRELL A, DEHLIN O. The clock-drawing test. *Age and Aging* 1998; 27: 399-403.
14. SHULMAN KI. Clock-drawing: Is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 548-7.
15. CHAVARRO D, HEREDIA R, CANO C. Aspectos Geriátricos de las Demencias. En Ruiz de Sánchez C, Pérez-R GE; Medina JM eds. *Diagnóstico y Tratamiento Integral de las Demencias*. Bogotá: Ediciones *Acta Neurológica Colombiana* 2013:193-206.
16. VARÓN D, FRANCO C, GIRALDO CI. Familias, Cuidadores y Grupos de Apoyo. En Ruiz de Sánchez C, Pérez-R GE; Medina JM eds. *Diagnóstico y Tratamiento Integral de las Demencias*. Bogotá: Ediciones *Acta Neurológica Colombiana* 2013:239-46.
17. PETERSEN RC, ROBERTS R, KNOPMAN DS, BOEVE B, GEDA Y, IVNIK RJ, ET AL. Mild Cognitive Impairment: Ten Years Later. *Arch Neurol* 2009;66:1447-55.