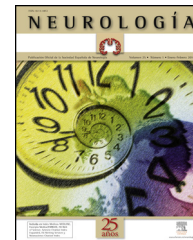




# NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



## REVISIÓN

## Aplicación práctica de los test cognitivos breves



J. Olazarán<sup>a</sup>, M.C. Hoyos-Alonso<sup>b</sup>, T. del Ser<sup>c</sup>, A. Garrido Barral<sup>d</sup>, J.L. Conde-Sala<sup>e</sup>, F. Bermejo-Pareja<sup>f</sup>, S. López-Pousa<sup>g,h</sup>, D. Pérez-Martínez<sup>i</sup>, A. Villarejo-Galende<sup>j</sup>, J. Cacho<sup>k</sup>, E. Navarro<sup>l</sup>, A. Oliveros-Cid<sup>m</sup>, J. Peña-Casanova<sup>n</sup> y C. Carnero-Pardo<sup>o,p,\*</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>b</sup> Centro de Salud Pedro Lain Entralgo, Servicio Madrileño de Salud, Alcorcón, Madrid, España

<sup>c</sup> Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía–Fundación CIEN, Madrid, España

<sup>d</sup> Centro de Salud Universitario Barrio del Pilar, Unidad Docente Norte, Madrid, España

<sup>e</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

<sup>f</sup> Servicio de Neurología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>g</sup> Departamento de Neurología, Hospital Josep Trueta, Girona, España

<sup>h</sup> Unidad de Valoración de la Memoria y Demencias, Instituto de Asistencia Sanitaria, Salt, Girona, España

<sup>i</sup> Sección de Neurología, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid, España

<sup>j</sup> Servicio de Neurología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>k</sup> Unidad de Demencia, Hospital de la Santísima Trinidad, Salamanca, España

<sup>l</sup> Sección de Neurología, Hospital Infanta Leonor, Madrid, España

<sup>m</sup> Departamento de Medicina Interna, Servicio de Neurología, Hospital Reina Sofía, Tudela, Navarra, España

<sup>n</sup> Sección de Neurología de la Conducta y Demencias, Servicio de Neurología, Hospital del Mar, Barcelona, España

<sup>o</sup> Unidad de Neurología Cognitiva y Conductual, Servicio de Neurología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

<sup>p</sup> FIDYAN Neurocenter, Granada, España

Recibido el 5 de julio de 2015; aceptado el 28 de julio de 2015

Accesible en línea el 14 de septiembre de 2015

### PALABRAS CLAVE

Test cognitivos breves;  
Deterioro cognitivo;  
Detección;  
Cribado;  
Atención primaria;  
Atención especializada

### Resumen

**Introducción:** Los test cognitivos breves (TCB) pueden ayudar a detectar el deterioro cognitivo (DC) en el ámbito asistencial. Se han desarrollado y/o validado varios TCB en nuestro país, pero no existen recomendaciones específicas para su uso.

**Desarrollo:** Revisión de estudios sobre el rendimiento diagnóstico en la detección del DC llevados a cabo en España con TCB que requieran menos de 20 min y recomendaciones de uso consensuadas por expertos, sobre la base de las características de los TCB y de los estudios disponibles.

**Conclusión:** El Fototest, el *Memory Impairment Screen* (MIS) y el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) son las opciones más recomendables para el primer nivel asistencial, pudiendo añadirse otros test (Test del Reloj [TR] y test de fluidez verbal [TFV]) en caso de resultado negativo y queja o sospecha persistente (aproximación escalonada). En el segundo nivel

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ccarnero@neurocenter.es (C. Carnero-Pardo).

asistencial es conveniente una evaluación sistemática de las distintas áreas cognitivas, que puede llevarse a cabo con instrumentos como el *Montreal Cognitive Assessment*, el MMSE, el *Rowland Universal Dementia Assessment* o el *Addenbrooke's Cognitive Examination*, o bien mediante el uso escalonado o combinado de herramientas más simples (TR, TFV, Fototest, MIS, Test de Alteración de la Memoria y Eurotest). El uso asociado de cuestionarios cumplimentados por un informador (CCI) aporta valor añadido a los TCB en la detección del DC.

La elección de los instrumentos vendrá condicionada por las características del paciente, la experiencia del clínico y el tiempo disponible. Los TCB y los CCI deben reforzar —pero nunca suplantar— el juicio clínico, la comunicación con el paciente y el diálogo interprofesional.

© 2015 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Brief cognitive tests;  
Cognitive  
impairment;  
Detection;  
Screening;  
Primary care;  
Specialised care

## Practical application of brief cognitive tests

### Abstract

**Introduction:** Brief cognitive tests (BCT) may help detect cognitive impairment (CI) in the clinical setting. Several BCT have been developed and/or validated in our country, but we lack specific recommendations for use.

**Development:** Review of studies on the diagnostic accuracy of BCT for CI, using studies conducted in Spain with BCT which take less than 20 min. We provide recommendations of use based on expert consensus and established on the basis of BCT characteristics and study results.

**Conclusion:** The Fototest, the Memory Impairment Screen (MIS) and the Mini-Mental State Examination (MMSE) are the preferred options in primary care; other BCT (Clock Drawing Test [CDT], test of verbal fluency [TVF]) may also be administered in cases of negative results with persistent suspected CI or concern (stepwise approach). In the specialised care setting, a systematic assessment of the different cognitive domains should be conducted using the Montreal Cognitive Assessment, the MMSE, the Rowland Universal Dementia Assessment, the Addenbrooke's Cognitive Examination, or by means of a stepwise or combined approach involving more simple tests (CDT, TVF, Fototest, MIS, Memory Alteration Test, Eurotest). Associating an informant questionnaire (IQ) with the BCT is superior to the BCT alone for the detection of CI.

The choice of instruments will depend on the patient's characteristics, the clinician's experience, and available time. The BCT and IQ must reinforce — but never substitute — clinical judgment, patient-doctor communication, and inter-professional dialogue.

© 2015 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El envejecimiento de la población ha incrementado la prevalencia del deterioro cognitivo (DC) y de la demencia asociados a procesos neurodegenerativos, vasculares, médicos de otra índole o psiquiátricos, muchos de los cuales son modificables<sup>1,2</sup>. La existencia de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, tanto preventivos como paliativos, que reducen significativamente la carga personal, familiar y social del DC obliga a su diagnóstico temprano, tal y como han recomendado los profesionales, gobiernos y colectivos implicados<sup>3-6</sup>.

La demencia, en la mayoría de los casos, está precedida por una situación de disfunción cognitiva objetivable denominada DC ligero o alteración cognitiva leve (ACL)<sup>7-9</sup>. Esta entidad sindrómica, aunque etiológicamente heterogénea, comporta un riesgo elevado de desarrollo de demencia<sup>10</sup> y ofrece un espacio muy atractivo para evaluar las posibles intervenciones preventivas<sup>2</sup>. En la práctica clínica habitual, los pacientes acuden a la consulta en distintas fases del DC

y la separación entre la ACL y la demencia no es nítida. Parece, por tanto, oportuno dirigir los esfuerzos diagnósticos a la detección de todo el espectro del DC, tanto en sus formas incipientes (ACL) como en las más avanzadas (demencia).

En un reciente estudio poblacional realizado en mayores de 65 años en nuestro país, se obtuvo una prevalencia de casos con DC del 20%<sup>11</sup>; a pesar de la elevada prevalencia, muchos de los casos están probablemente sin diagnosticar<sup>12</sup> o sin registrar adecuadamente<sup>13</sup>, algo que contrasta con la elevada frecuencia de quejas de pérdida de memoria reportadas en las consultas médicas<sup>14</sup>. Las razones de este infradiagnóstico pueden ser: la falta de accesibilidad o de tiempo en las consultas médicas, la escasa formación, confianza o seguridad diagnóstica de los profesionales, la falta de herramientas de detección eficientes o el uso inadecuado de las mismas<sup>15</sup>.

Ante una sospecha de DC es fundamental descartar, en primer lugar, un síndrome confusional o un síndrome focal agudo o subagudo (menos de 3 meses de evolución), cuadros

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3075661>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3075661>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)