



## DETERIORO COGNITIVO LEVE

# La farmacia comunitaria en la detección del deterioro cognitivo leve. Signos de alerta

María Teresa Climent<sup>a,b</sup> y Ana Molinero<sup>c,d,e,\*</sup>

<sup>a</sup> Farmacia comunitaria, Ollería, Valencia, España

<sup>b</sup> Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC)

<sup>c</sup> Farmacia comunitaria, Fuenlabrada, Madrid, España

<sup>d</sup> Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC)

<sup>e</sup> Facultad de Farmacia, Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, España

## RESUMEN

### Palabras clave:

Envejecimiento  
Deterioro cognitivo  
Deterioro cognitivo leve  
Farmacia comunitaria  
Cribado  
Diagnóstico precoz

El deterioro cognitivo y la demencia en la población anciana constituyen un problema de salud importante por su magnitud y gravedad. Los pacientes que sufren deterioro cognitivo leve tienen un riesgo mayor de desarrollar algún tipo de demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer. Estudios epidemiológicos apoyan la existencia de factores de riesgo de deterioro cognitivo prevenibles: factores vasculares y factores relacionados con el estilo de vida. El objetivo es detectar posibles casos de deterioro cognitivo en mayores de 55 años del entorno de la farmacia comunitaria. El farmacéutico comunitario es un profesional sanitario cercano a la población, muy ligado a los enfermos crónicos que retiran periódicamente su medicación en las farmacias comunitarias. Esto hace que pueda ser utilizado, previo entrenamiento, para detectar los signos y síntomas de alarma más frecuentes y derivar al médico a estos pacientes, para que este realice un diagnóstico precoz del deterioro cognitivo leve.

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

## The Community Pharmacy in the Early Detection of Mild Cognitive Impairment. Warning Signs

### ABSTRACT

### Keywords:

Ageing  
Cognitive dysfunction  
Mild cognitive impairment  
Community pharmacy  
Screening  
Early diagnosis

Cognitive dysfunction and dementia in the elderly population constitute a significant health problem due to their magnitude and seriousness. Patients with mild cognitive impairment (MCI) are at increased risk of developing some form of dementia, including Alzheimer disease. Epidemiological studies support the existence of preventable risks for cognitive impairment: vascular factors and lifestyle-related factors. The aim is to detect possible cases of cognitive impairment in people aged over 55 years in the community pharmacy area. Community pharmacists work in close contact with the population, especially chronic patients who periodically collect their medication in community pharmacies. Consequently, these health professionals can be trained to detect the most frequent warning signs and symptoms and to refer these individuals to the doctor for an early diagnosis of MCI.

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

\*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [anamolinero@sefac.org](mailto:anamolinero@sefac.org) (A. Molinero).

**Tabla 1**  
Diferencias entre normalidad y demencia (Modificada de la referencia 2)

	Envejecimiento normal	DCL	Demencia
Quejas del paciente	Frecuentes	Pueden no existir	Pueden no existir
Quejas del informador	Ausentes	Frecuentes	Frecuentes
Alteraciones de memoria	Alteraciones de la memoria episódica Evocación espontánea Memoria del trabajo	Alteración de la memoria episódica	Alteración de la memoria episódica con suficiente intensidad como para interferir en la actividad normal
Otras alteraciones cognitivas	Disminución de la velocidad de procesamiento	Disfunción ejecutiva	Con suficiente intensidad como para interferir en la actividad normal
	Alteraciones en la atención Alteración función visuoespacial Actividades de la vida diaria conservadas	Grados de afasia y agnosia	
Deterioro funcional	No	Leve, si está presente	Presente
Trastornos del comportamiento	No	Frecuentes (depresión, ansiedad, apatía)	Frecuentes (depresión, ansiedad, apatía)

DCL: deterioro cognitivo leve.

La edad es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de muchas enfermedades neurodegenerativas. Por ello, el progresivo envejecimiento de la población en los países desarrollados supone un aumento de la prevalencia de estas patologías. En el caso de la enfermedad de Alzheimer (EA) y otras demencias, se estima que actualmente en España hay unos 800.000 enfermos, pero las previsiones apuntan a que esta cifra podría llegar a 1.800.000 en el año 2050<sup>1</sup>. Este aumento en el número de afectados podría tener graves consecuencias, tanto para los enfermos y sus familiares como para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

El envejecimiento puede definirse, desde el punto de vista médico, como el proceso degenerativo multiorgánico de naturaleza multifactorial que antecede a la muerte. Esto implica que el patrón de envejecimiento, entendido como el grado de alteración de cada uno de los órganos y sistemas de un individuo dado y en un momento determinado, es el resultado de la combinación de factores genéticos y no genéticos muy diversos y todavía poco conocidos. En el ser humano sin enfermedad específica se aprecia una disminución de las funciones cognitivas en edades avanzadas de 3 tipos<sup>2</sup>: alteraciones de la memoria, alteraciones de la capacidad ejecutiva y alteraciones de la rapidez de razonamiento y pensamiento<sup>3</sup> (tabla 1).

A partir de los 60 años existe un deterioro de las funciones cognitivas, aunque este proceso afecta de manera diferente a los individuos. En un principio se habló de olvidos seniles, para denominarlos luego trastornos de memoria asociados a la edad, diferenciados entre benignos y malignos (los que desencadenaban en una demencia). Alrededor del 50% de las personas que envejecen creen perder la memoria sin tener ninguna pérdida funcional. Estas personas presentan la denominada "queja subjetiva de memoria" y, a pesar de que el déficit no se confirme en la exploración y que la queja sea aparentemente banal, debería evaluarse en la consulta médica para descartar otras enfermedades o evitar ser atribuida al envejecimiento<sup>4</sup>.

El deterioro cognitivo leve (DCL) fue definido originalmente por Petersen y colaboradores de la Clínica Mayo<sup>5</sup> como un estado transitorio entre el envejecimiento normal y la EA. Actualmente, se define según criterios de la NIA-AA (National Institute of Aging y Alzheimer's Association), como un cuadro que presentarían individuos no demenciados, que pueden presentar déficits cognitivos pero que mantienen su independencia funcional, con preocupación propia o ajena por los cambios cognitivos que presenta (tabla 2). En estos pacientes se objetivan déficits en uno o más dominios cognitivos mediante test formales, aplicados de forma repetida en el tiempo, que afectan no solo a la memoria sino a otros dominios cognitivos, permitiendo el reconocimiento del DCL. Los pacientes con DCL presentan una mayor

conversión a demencia, normalmente a EA, de un 10% en comparación con el 1-2% que acontece en los adultos cognitivamente normales a esa edad.

El riesgo de sufrir deterioro cognitivo se asocia tanto a factores genéticos como ambientales. Los *factores genéticos* no son modificables en estos momentos. Dentro de los *factores ambientales* que influyen sobre la función cognitiva, existen factores demográficos no modificables como es la edad (la demencia se duplica cada 5 años entre los 65 y 85 años de edad), el sexo (su incidencia es más elevada en mujeres que en varones) y el bajo nivel de formación. Sin embargo existen estudios epidemiológicos que apoyan la existencia de factores de riesgo de deterioro cognitivo prevenibles. Se trata de factores de riesgo vascular (obesidad, sedentarismo, hipercolesterolemia, hipertensión y diabetes), cuyo control en la edad media de la vida podría enlentecer o disminuir el DCL en la vejez, ya que los datos sugieren una relación no lineal (en forma de U o de J), en la que unos niveles altos en la adultez y unos niveles bajos en la vejez se asocian a una elevada probabilidad de sufrir demencia<sup>6</sup>, control de enfermedades como la depresión y el hipotiroidismo que llevan asociada una pérdida de memoria y podrían confundirse con DCL, fármacos como anticolinérgicos, benzodiazepinas, cuyo uso en edades medias y avanzadas de la vida pueden ayudar al establecimiento del DCL.

En cuanto a los *factores protectores*, se trata de factores relacionados con el estilo de vida, como la práctica de ejercicio físico<sup>7</sup>, el entrenamiento cognitivo<sup>8</sup>, las horas de sueño<sup>9</sup>, los factores modificables y, por tanto, susceptibles de educación e intervención. Las últimas

**Tabla 2**

Revisión actual de los criterios diagnósticos de deterioro cognitivo leve (DCL) según criterios de la NIA-AA (National Institute of Aging y Alzheimer's Association)

Criterios diagnósticos de DCL
<ul style="list-style-type: none"> <li>Referir evidencia de preocupación respecto a un cambio en la cognición, en comparación con el estado previo del paciente, referido por el propio paciente o cuidador</li> <li>Presentar alteración en una o más funciones cognitivas (incluyendo memoria, función ejecutiva, atención, lenguaje y habilidades visuoespaciales). Esta alteración debe ser adquirida, de meses o años de evolución y objetivable mediante test psicométricos (rendimiento &lt; 1 o 1,5 DE) respecto del grupo de la misma edad y nivel cultural</li> <li>Preservar la independencia en las habilidades funcionales, aunque presente errores o le cueste más tiempo realizar las tareas más complejas (p. ej., pagar cuentas, comprar, etc.)</li> <li>No presentar evidencia de demencia</li> </ul>

DE: desviación estándar.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7304955>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7304955>

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