



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA "WITREMUNDO TORREALBA"
SEDE ARAGUA
AREA DE ESTUDIOS AVANZADOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
SERVICIO AUTONOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY

**DETERIORO COGNITIVO LEVE EN PACIENTES
MAYORES DE 55 AÑOS**

AUTOR (A): Dra. Campos Guialic

TUTOR ESPECIALISTA: Dra. Rodriguez Urania

Maracay, Octubre 2014.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA "WITREMUNDO TORREALBA"
SEDE ARAGUA
AREA DE ESTUDIOS AVANZADOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
SERVICIO AUTONOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY**



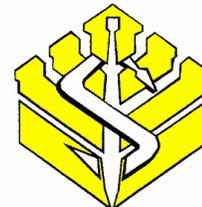
**DETERIORO COGNITIVO LEVE EN PACIENTES
MAYORES DE 55 AÑOS**

Trabajo de Grado presentado como requisito especial para optar al Grado de
Especialista en Medicina Interna.

AUTOR (A): Dra. Campos Guialic

TUTOR ESPECIALISTA: Dra. Rodriguez Urania

Maracay, Octubre 2014.



“honramos el pasado, hacemos el presente, construimos el futuro”



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA SEDE ARAGUA
DIRECCION DE ESTUDIOS AVANZADOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY**

AVAL DEL TUTOR

Yo, Urania Rodríguez, titular de la cedula de identidad N° 8.725.961 en mi carácter de Tutor del Trabajo de Especialización titulado **DETERIORO COGNITIVO LEVE EN PACIENTES MAYORES DE 55 AÑOS ENERO – AGOSTO 2014**” presentado por la ciudadana: Guialic de la Trinidad Campos Flores, titular de la cedula de identidad N° 12.857.152 para optar al título de Médico Internista. Considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Profesor(a)



“honramos el pasado, hacemos el presente, construimos el futuro”



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA SEDE ARAGUA
DIRECCION DE ESTUDIOS AVANZADOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY**

ACTA VEREDICTO

Quien suscriben, Miembros del Jurado designado por el consejo de posgrado de la Escuela de Medicina “ Witremundo Torrealba” para evaluar el trabajo de grado Titulado: **“DETERIORO COGNITIVO LEVE EN PACIENTES MAYORES DE 55 AÑOS ENERO – AGOSTO 2014”** presentado por la Medico: **GUIALIC DE LA TRINIDAD CAMPOS FLORES**, titular de la cedula de identidad N° 12.857.152 para optar al título de Especialista en **MEDICINA INTERNA**. Manifestando que a la vez analizado el trabajo y asistido a la defensa pública, decidimos APROBARLO, ya que cumple con los requisitos establecidos exigidos por la norma de la Comisión de Posgrado de la Universidad de Carabobo.

En la ciudad de Maracay a los tantos días del mes de noviembre del año dos mil catorce

Firmas de los profesores jurados

..... Luz de una tierra inmortal

*Final Av. Leonardo Ruiz Pineda, La Morita II / Sede Aragua
Teléfono: (0243)2710569-2710296 Ext. 206*

DEDICATORIA

A ti mi Dios, por darme la oportunidad de vivir y regalarme la oportunidad de haber elegido la mejor de las profesiones ser Médico y mejor aún por permitirme formarme como Medico Internista.

A mi mamá, por ser mi ejemplo a seguir, su amor incondicional hizo posible este logro.

A mi papá, mi abuela Alicia, mis tios Otto y Jaqueline por todo su amor comprensión y solidaridad

A mi esposo y a mis hijos por su amor, paciencia y comprensión en todo momento.

A mi tutora de Tesis y amiga Dra. Urania Rodríguez por brindarme afecto, confianza y seguridad cada uno de estos mil días que se concretan con este logro.

A mis amigas y hermanas de la vida Jeannena, Nahara y Grey, por su apoyo constante y estímulo en los momentos que creí que no lo lograría muchachas mil gracias.

A mi querido y recordado Juanchi sin ti jamás lo hubiera logrado, este logro es por los dos.

DETERIORO COGNITIVO LEVE EN PACIENTES MAYORES DE 55 AÑOS ENERO – AGOSTO 2014

Autor(a): Campos F, Guialic de la T correo: guía_campos@hotmail.com

RESUMEN

El Deterioro Cognitivo Leve Conceptualmente corresponde a déficits subjetivos y objetivos de la cognición, anormales para la edad, pero sin compromiso de las actividades funcionales del sujeto. Por lo que se convierte en un reto identificar este tipo de trastornos. **Objetivo:** Determinar la presencia de Deterioro Cognitivo Leve en pacientes mayores de 55 años que asistieran a la Consulta Externa de Medicina Interna entre los meses Enero – Agosto del 2014. **Materiales y Métodos:** investigación de campo, descriptiva de corte transversal. La población y muestra estuvo constituida por un total de 26 pacientes, los cuales cumplían con los criterios clínicos de Deterioro Cognitivo Leve según el DSM-IV, además de los criterios de inclusión y exclusión del estudio, el análisis estadístico se hizo con los programas Excel 2007. **Resultados:** El grupo etario predominante fue el de pacientes con edades comprendidas entre 55 y 65 años (85%) con predominio del sexo femenino (54%) y con un grado de instrucción que solo alcanzaba la primaria (69%) , la Hipertensión arterial fue el factor de riesgo más frecuente(43%) siendo el área cognitiva más afectada la memoria (20%) clasificando la mayoría de los pacientes para un DCL tipo amnésico (20%) se realizó imágenes de resonancia Magnética cerebral encontrándose la Leucoencefalopatía el hallazgo más frecuente (39%).**Discusión:** La evidencia sugiere que la población joven está sujeta a presentar a futuro Demencia vascular o Alzheimer, tomando en cuenta la presencia de factores de riesgo que una vez identificados se pueden controlar para retardar la aparición de este tipo de trastornos.

Palabras Claves: Deterioro cognitivo leve

COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS OLDER THAN 55 YEARS

Autor(a): Campos F, Guialic de la T correo: guía_campos@hotmail.com

ABSTRACT

Mild cognitive impairment conceptually corresponds to subjective and objective deficit of cognition, unusual for age, but without compromise in subject's functional activities. This is why it becomes a challenge to identify this kind of disorders. **OBJECTIVE:** To determine the presence of mild cognitive impairment in patients older than 55 years that assisted to the external practice of internal medicine from January to August 2014. **MATERIALS AND METHODS:** Fieldwork study, descriptive, transversal . Population and sample were constituted by a total of 26 patients whom met the inclusion clinical criteria of mild cognitive impairment according to DSM-IV, for the statistical analysis was used Excel 2007 program. **RESULTS:** The predominant age group was patients between 55 and 65 years old (85%) with predominance of female sex (54%) and a level of education that just approached primary school (69%), high blood pressure was the most frequent risk factor (43%) and the most affected cognitive area was memory (20%), classifying the great amount of patients for a mild cognitive impairment amnesia kind. Magnetic resonance imaging of the brain was performed resulting Leucoencephalopathy as the most frequent finding (39%). **DISCUSSION:** Evidence suggests that young population is subject to develop in the future vascular dementia or Alzheimer disease, taking into account risk factors that once identified can be controlled to delay the appearance of this kind of disorders.

Key Words: Cognitive Impairment

INTRODUCCION

El estudio de las funciones cognitivas está ganando importancia dada la elevada prevalencia del deterioro cognitivo leve (DCL) y de la demencia en las personas mayores ⁽¹⁾, debido, entre otras causas, a la longevidad de las personas ⁽²⁾. La mayoría de las personas presentan un deterioro cognitivo gradual, con respecto a la memoria, durante toda su vida; la declinación es usualmente leve, y aunque puede ser una molestia, no pone en peligro su funcionamiento ⁽³⁾. Clásicamente, se ha considerado el DCL como un síndrome caracterizado por la presencia de un déficit en el rendimiento de la memoria más acentuado al que cabría esperar como consecuencia de la edad, no repercutiendo en las actividades de la vida diaria ⁽⁴⁾.

Desde que se comenzó a estudiar el DCL, ha habido consensos tanto nacionales como internacionales que han creado tendencias para homogeneizar el concepto ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾, y se han propuesto varias clasificaciones que pretenden facilitar el diagnóstico clínico; sin embargo; Aún se mantiene con una gran aceptación la clasificación propuesta por Peterson et al ⁽⁹⁾ que distingue cuatro tipos de DCL: DCL amnésico (afectación exclusiva de la memoria); DCL amnésico multidominio (alteración de otras funciones, además de la memoria, como, por ejemplo, lenguaje, funciones ejecutivas, función práxica, función gnósica, etc.); DCL no amnésico (afectación exclusivamente de una función que no sea la memoria) que pudiera ser el precursor de las demencias que no están relacionados con la enfermedad de Alzheimer, como la degeneración del lóbulo frontotemporal o la demencia con cuerpos de Lewy. ; y DCL no amnésico multidominio (alteración de más de una función que no sea la memoria).Sin embargo pese a las

clasificaciones y criterios, el DCL no deja de ser un síndrome, con alteración del nivel cognitivo, que se sitúa entre un envejecimiento normal y la demencia, y cuyos límites, así como niveles de gravedad, siguen sin estar totalmente claros ⁽¹⁴⁾.

En los ensayos clínicos con pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico, más del 90% de las personas con progresión de la demencia presentaban signos clínicos de enfermedad de Alzheimer. La prevalencia estimada de deterioro cognitivo leve en estudios de base poblacional varía de 10 a 20% en las personas mayores de 65 años. En el Mayo Clinic Study or Aging (Estudio de Envejecimiento de la Clínica Mayo), un estudio prospectivo de base poblacional de personas sin demencia, de 70 a 89 años en el momento del reclutamiento, la prevalencia del deterioro cognitivo leve amnésico fue del 11,1% y del deterioro cognitivo no amnésico leve fue de 4,9%.

Dado que una parte importante de las personas que presentan DCL tienen la posibilidad de desarrollar una posterior enfermedad neurodegenerativa, como es la enfermedad de Alzheimer, se están realizando numerosos estudios para su detección precoz ^{(8) (16) (18)} y así poder facilitar el tratamiento paliativo de sus síntomas. Es frecuente que su diagnóstico se realice cuando se presentan fallos en la memoria o se desorientan en la calle, y estas manifestaciones son observadas por las personas del entorno del paciente o por los propios familiares, varios estudios longitudinales han demostrado que la mayoría de las personas con deterioro cognitivo leve tienen mayor riesgo de desarrollar demencia.

En comparación con la incidencia de la demencia en la población general de EE.UU., que es de 1 a 2% por año, la incidencia en los pacientes con deterioro cognitivo leve es significativamente mayor, con una tasa anual de 5-10% en los pacientes reclutados de la comunidad, y de 10-15% en los

pacientes atendidos en clínicas especializadas Aunque algunos datos sugieren que la tasa de reversión a la cognición normal puede alcanzar el 25-30%, los estudios prospectivos recientes han demostrado tasas menores. Por otra parte, la reversión a la cognición normal en los seguimientos a corto plazo no descarta la progresión posterior.

Habitualmente, la evaluación de un paciente del que se sospecha que tenga afectación cognitiva se realiza mediante pruebas de rastreo cognitivo, o tests de cribado, que, en la medida de lo posible, estén poco influidas por factores de tipo sociocultural ⁽¹⁹⁾ ⁽²¹⁾. La finalidad de estas pruebas es facilitar la detección de manifestaciones provocadas por la alteración de alguna función superior mediante escalas de fácil y rápida aplicación (5-10 minutos) y corrección, y, por lo tanto, poder aplicarse como medio de cribado ⁽²²⁾. Estos instrumentos pueden objetivar esta sospecha, pero, para ello, es necesario estar familiarizado con su aplicación e interpretación.

Estas pruebas pueden permitir realizar una detección precoz, que va a resultar de beneficio clínico para el paciente, puesto que se inicia más temprano su tratamiento, y de beneficio económico para la comunidad ⁽²²⁾. No obstante, los tests de rastreo son pruebas orientativas, pero no de diagnóstico clínico, el cual debe basarse en un estudio pormenorizado de las funciones cognitivas por parte de especialistas.

Dada la importancia que tiene la detección temprana de síntomas que indiquen un posible deterioro cognitivo, es importante elegir adecuadamente qué prueba o conjuntos de pruebas debemos utilizar. Las pruebas neuropsicológicas pueden ayudar a distinguir sobre todo los casos de deterioro cognitivo leve del envejecimiento normal, pero para el diagnóstico clínico no suele ser necesario recurrir a las pruebas en forma sistemática. Al comienzo del deterioro, el examen del estado mental habitualmente hecho en el consultorio (como el Mini-Mental State Examination) es frecuentemente

insensible por lo que habría que recurrir a otras pruebas como el Test Mental Status y el Montreal Cognitive Assessment. A veces, éstos también pueden proporcionar una historia convincente de pérdida de memoria, pero las pruebas neuropsicológicas revelan un rendimiento normal. ⁽⁷⁾

En lo referente a los tests de rastreo generales, los niveles de sensibilidad y especificidad varían en función del test. Cabe destacar la notable variación de puntuaciones cuando se usa el MMSE en el cribado del DCL: los niveles de sensibilidad oscilan entre el 18-85,5%, y los de especificidad entre el 48-100%; mientras que en el *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) es una prueba breve, +/- 10-15 min. Mide los 6 dominios cognitivos básicos, además de incluir una prueba de memoria más exigente que el MMSE, ya que exige recordar mayor cantidad de palabras (5 contra 3) con mayor tiempo de espera entre la repetición y la evocación. Fue validado en Montreal y tiene una sensibilidad de un 100% y 90% para el diagnóstico SD y DCL respectivamente, usando un punto de corte de 26/30 puntos (Revista chilena). Es más sensible que el MMSE para detección de deterioro vascular, siendo recomendada para su evaluación.

Actualmente se cuenta con la validación de la versión en castellano de el *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) la cual fue realizado con pacientes con Deterioro Cognitivo, pacientes sin Deterioro Cognitivo y pacientes con Demencia en este estudio se incluyeron 103 pacientes de los cuales 51 tenían DCL, 31 con Demencia y 21 sin Deterioro los resultados preliminares determinaron que la versión castellana del test resulto ser eficaz para la demencia y que a su vez pudiera ser un instrumento eficaz para la detección del DCL sin embargo sugieren continuar con estudios posteriores con el fin de mejorar rendimientos psicométricos, a través de una mejor adaptación a nuestro medio en algunos Items.

El MoCA es un test diseñado especialmente para el cribado del DCL y que presenta buenos niveles de sensibilidad y especificidad, pero, al igual que los demás tests, fue creado bajo los criterios de Petersen de 1999 [5]. En un estudio posterior [34] se ha aplicado usando los criterios actualizados en 2004, lo que ha llevado a una disminución de dichos niveles en la detección del DCL. Por tanto, y considerando la reciente actualización del National Institute on Aging y la Alzheimer's Association, actualmente no hemos encontrado ningún test que realmente se adapte a las nuevas tendencias de investigación y que permita cribar eficazmente el DCL siendo este el de más sensibilidad especificidad (Revista de Neurología del 2012)

Varios signos en las imágenes y pruebas de biomarcadores pueden identificar a las personas en riesgo de una progresión más rápida. A pesar de que estas medidas de la demencia son prometedoras, aún no deben ser utilizadas de rutina en la atención clínica, dada la actual falta de estandarización entre las técnicas y la incertidumbre respecto de los puntos de corte óptimos para la identificación de los grupos de alto riesgo.

El medio de predicción de la progresión a la demencia del deterioro cognitivo leve más estudiado es la imagen por resonancia magnética estructural. Un estudio reciente basado en la comunidad mostró que entre las personas con deterioro cognitivo leve amnésico, aquellas que experimentan una disminución volumétrica del hipocampo que llegó al percentil 25 para la edad y el sexo o cayó por debajo de él tienen un riesgo de progresión a la demencia más allá de los año 2 años, 2-3 veces más elevado que el riesgo de las personas cuyas mediciones del hipocampo son iguales o superiores al percentilo 75.

Siendo la distinción entre el deterioro cognitivo leve y el envejecimiento normal un desafío para el médico y mucho más para el médico Internista en cuya patología se ven integrados factores de riesgo que

forman parte de la labor diaria de nuestra consulta se plantea la imperiosa necesidad de realizar un estudio de corte transversal con los pacientes que día a día acuden a nuestra institución aplicando uno de los test de mayor controversia en vista de los resultados demostrados y con grupo etario no incluido hasta ahora en ningún estudio, bajo los siguientes objetivos específicos: 1. Determinar la distribución por edad y sexo de la muestra estudiada, 2. Conocer cuáles son los factores de riesgo más frecuentes presentes en nuestra población y que pudieran a su vez ser controlados así como 3. clasificar a la población de acuerdo al tipo de DCL y 4. Correlacionar los hallazgos imagenológicos de nuestra población con DCL .

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de campo, descriptiva de corte transversal. La población y muestra estuvo constituida por un total de 26 pacientes, los cuales cumplían con los criterios clínicos de Deterioro Cognitivo Leve según el DSM-IV y que cumplieran con los criterios de Inclusión (mayores de 55 años y puntuación menor a 26 puntos en el Test de Moca que asistieran a la Consulta de Medicina Interna en los meses comprendidos de Enero a Agosto del 2014. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con Enfermedad Cerebrovascular secuelar (déficit motor y/o sensitivo), y de igual modo pacientes con diagnóstico previo de Demencia o Depresión. Para la recolección de datos se aplicó el Test de Moca previo al consentimiento informado por parte de los pacientes seleccionados y posteriormente se realizó neuroimagen para correlacionar diagnóstico clínico y hallazgo en la Resonancia Magnética Cerebral, cuyo costo fue cancelado por el

equipo investigador. El análisis estadístico se hizo basado en estadística descriptiva con los programas Excel 2007 Y Statistix 8 for Windows mediante porcentajes. Los datos fueron presentados en cuadros de distribución por frecuencia y graficados con diagramas sectoriales, columnas simples, compuestas y barras.

RESULTADOS

Cuadro 1:

Distribución por edad.

Deterioro Cognitivo Leve en pacientes mayores de 55 años.

Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay.

Enero – Agosto 2014

EDAD	FRECUENCIA	%
55 – 65	22	85
66 - 75	3	11
76 – 85	1	4

Fuente: Dra. Guialic Campos

En el cuadro N° 1 se observa la distribución por edad, siendo el grupo etario más frecuente las edades comprendidas entre 55 a 65 años lo cual se corresponde con el 85% del total de la muestra.

Cuadro 2:

Distribución por género.
Deterioro Cognitivo Leve en pacientes mayores de 55 años.
Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay.
Enero – Agosto 2014

SEXO	FRECUENCIA	%
MASC	12	46
FEM	14	54

Fuente: Dra. Guialic Campos.

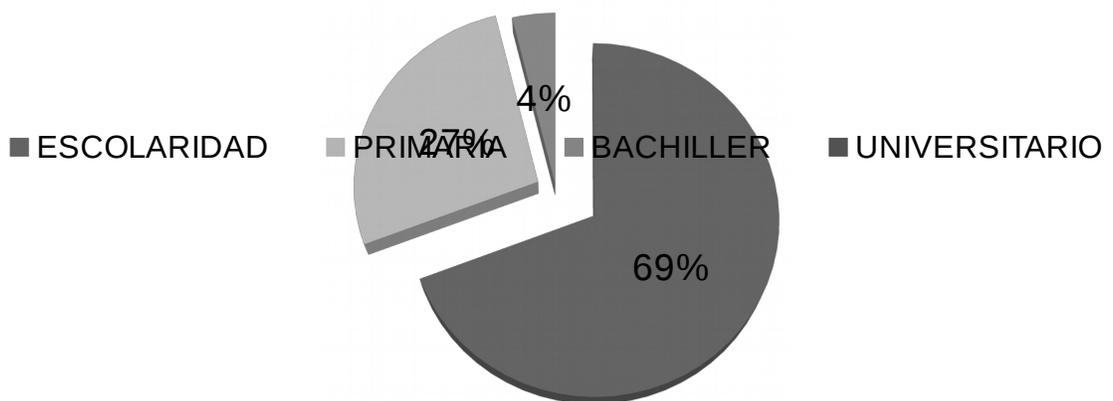
En el cuadro N° 2 se observa que el género predominante es femenino con el 54% de las muestras

Grafico 1:

Grado de Escolaridad

Deterioro Cognitivo Leve en pacientes mayores de 55 años.
Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay.

ESCOLARIDAD



Enero – Agosto 2014

Fuente: Dra. Guialic Campos

En el gráfico N° 1 se observa que la muestra estudiada presenta bajo grado de Instrucción, correspondiéndose a un 69%, a primaria y solo una minoría 4% a pacientes con grado de instrucción universitaria.

Cuadro 3:

Factores de Riesgo

Deterioro Cognitivo Leve en pacientes mayores de 55 años.
 Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay.
 Enero – Agosto 2014

FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	%
DIABETES	14	26
HIPERTENSION	23	43
DISLIPIDEMIA	12	22
ECV	5	9

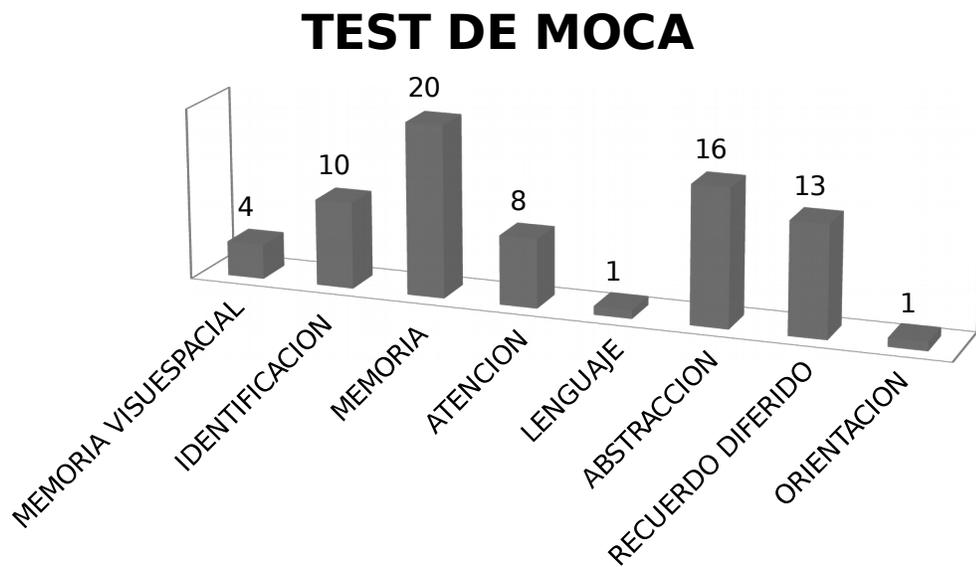
Fuente: Dra. Guialic Campos

En el cuadro N° 3 se advierte que el factor de riesgo más frecuente de estos pacientes fue la hipertensión arterial, con 43% seguido de la diabetes con un 26%.

Grafico 2:

Resultado Test de Moca:

Deterioro Cognitivo Leve en pacientes mayores de 55 años.
Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay. Enero – Agosto
2014



Fuente: Dra. Guialic Campos.

En el gráfico N° 2 se observan los dominios cognitivos evaluados a través de la aplicación del Test de Moca siendo el dominio más afectado la memoria con un 20% seguido de la abstracción y el recuerdo diferido con un 16% y 13% respectivamente.

Cuadro 4:

Clasificación de Deterioro Cognitivo Leve

Deterioro Cognitivo Leve en pacientes mayores de 55 años.

Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay.

Enero – Agosto 2014

CLASIFICACION DCL	FRECUENCIA	%
AMNESICO	10	39
NO AMNESICO	7	27
AMNESICO MULTIDOMINIO	5	19
NO AMNESICO MULTIDOMINIO	4	15

Fuente: Dra. Guialic Campos.

En el cuadro N° 4 la tendencia en cuanto a la clasificación del deterioro cognitivo es hacia el tipo amnésico que se corresponde con un 39%, siendo el tipo no amnésico multidominio el menos afectado con un 19%.

Cuadro 5

Hallazgos Imagenológicos.

Deterioro Cognitivo Leve en pacientes mayores de 55 años.
Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay.
Enero – Agosto 2014

HALLAZGOS IMAGEN	FRECUENCIA	%
LEUCOENCEFALOPATIA	22	39
VENTRICULOMEGALIA	16	28
ATROFIA CORTICAL	6	10
MICROANGIOPATIA	13	23

Fuente: Dra. Guialic Campos.

En el cuadro N° 5 se observa que el hallazgo más frecuente en la Resonancia magnética Cerebral simple realizada a los pacientes que cumplían con los criterios antes descritos fueron la Leucoencefalopatía con un 39%, seguida de la ventriculomegalia con un 28% y las microangiopatía con un 23%, siendo coherente no encontrar frecuente la atrofia cortical tomando en cuenta los rangos de edad predominantes.

DISCUSIÓN

Al establecer las características demográficas de la población estudiada se encontró que el grupo etario más representativo, fue el establecido con las edades entre 55 y 65 años no coincidiendo con los estudios más actuales sobre Deterioro Cognitivo cuya población estudiada eran individuos mayores de 65 años, al mismo tiempo se encontró que la prevalencia en cuanto al género fue mayor en cuanto a femenino 54% que masculino coincidiendo con un estudio reciente que se realizó en Septiembre del 2011 en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en Chiclayo, donde para un muestra de 277 pacientes el sexo femenino ocupó el 68,4%,

En el presente estudio es de suma importancia el grado de escolaridad, dado la influencia del nivel educativo en la ejecución de las pruebas de cribado, por el sesgo que provocan, de acuerdo a su nivel de instrucción a estos pacientes se les clasifica en los que solo cursaron la primaria, los que cursaron el bachillerato y aquellos que recibieron educación universitaria, dejando claro que para aquellos que recibieron más de 12 años de estudios según las instrucciones del Test de Moca se aumento un punto a la puntuación final, se escoge el Test de Moca debido a la alta especificidad y sensibilidad 85% y 90% y la capacidad de evaluar los 6 dominios cognitivos del ser humano como se describe en la revista de neurología del año 2012.

En el presente estudio, se evidenció que el factor de riesgo más frecuente, fue la Hipertensión arterial tal en un 43% el cual coincide con el estudio realizado en el 2011 en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo donde se relacionó la presencia de DCL y los factores cardiovasculares, La HTA parece incrementar no solo el riesgo de deterioro cognitivo leve durante la vejez, sino la probabilidad de padecer demencia, numerosos estudios

longitudinales han comunicado una asociación independiente entre HTA y DCL . Sin embargo, estos resultados no siempre han sido consistentes y son muy variables en función de la edad, la raza y la clasificación de la tensión arterial. A la vista de los resultados mostrados aquí, parece que la relación entre HTA y deterioro cognitivo predispone para el deterioro de las capacidades cognitivas, a pesar de la disminución de la tensión arterial, posterior al inicio del tratamiento, tal como se expone en la revista de Neuropsiquiatría del 2011.

Actualmente existen diferentes test y pruebas estandarizadas para detectar el deterioro cognitivo y las demencias. Uno de los más utilizados es el Test de Moca la cual valora 6 dominios cognitivos. La puntuación total es de 30 puntos y el tiempo de administración es de 10 minutos aproximadamente, los ítems del Moca se distribuyen de la siguiente forma: 1. Memoria (5 puntos) a través del recuerdo diferido 2. Capacidad visuoespacial (5 puntos) 3. La función ejecutiva (6 puntos) también llamada abstracción Atención/concentración/memoria de trabajo: se evalúa mediante una tarea de atención sostenida (1 punto), una serie de sustracciones (3 puntos) y una de dígitos (2 puntos). 5. Lenguaje: se valora con tres ítems de denominación por confrontación visual de 3 animales de bajo grado de familiaridad (3 puntos), repetición de dos frases complejas (2 puntos) y la tarea de fluencia antes mencionada. 6. Orientación: se evalúa la orientación en tiempo y espacio (6 puntos) en esta investigación se logró evidenciar que el dominio más afectado fue memoria y visuoespacial ejecutiva , coincidiendo con los resultados de la validación para latinoamérica del instrumento realizada en el 2009.

Finalmente y tal como se describe en la revista de neurología del 2012 se clasifica la muestra estudiada según el tipo de DCL siendo el predominante el deterioro cognitivo amnésico el cual se corresponde a su vez con el dominio

más afectado demostrado en este estudio, al mismo tiempo los hallazgos en las resonancias cerebrales fueron leucoencefalopatía, ventriculomegalia, atrofia cortical y microangiopatías demostradas en los diversos estudios realizados, los cuales nos permiten la predisposición de nuestra población a presentar a posterior demencia vascular y Alzheimer, y cuyo objetivo es prevenir los factores de riesgo para así retardar la aparición de estas patologías.

REFERENCIAS

1. Delgado D, Carolina y Salinas C, Pablo. **Evaluación de las alteraciones cognitivas en adultos mayores** Rev Hosp Clín Univ Chile 2009; 20: 244 – 51.
2. Lozano Gallego M et al. **Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. Alzheimer. Real Invest Demenc. 2009;43:4-11.**
3. Mora S, Sara, García G, Ricardo . Perea B, Victoria Ladera F. Valentina, Unzueta A. María **Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas** Rev Neurol 2012; 54 (5): 303-310.
4. Martínez, P. Fernando E. **Desarrollo de un prototipo de gestión de herramientas de rehabilitación cognitiva** Universidad Carlos III de Madrid, Escuela politécnica superior .
5. Chávez, R. Luz M. Núñez, L. Ingrid, E. **Tamizaje de deterioro cognitivo leve en adultos mayores con enfermedad cardiovascular en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el período Abril – Septiembre del 2011** Chiclaya, México.
6. Ardila William , Ospina Constanza, García Alejandro, Rodríguez Patricia, Rodríguez Lina **Deterioro Cognitivo Leve, estudio nde un caso** Universidad de San Buenaventura Facultad de psicología 2010 .
7. Intramed, **Deterioro Cognitivo Leve, Agosto del 2011.**

- 8. Consenso Español sobre Demencias Capitulo 1, paginas**
- 9. Vicario, Augusto Guia para la evaluación de trastornos cognitivos en pacientes con enfermedad vascular 2da edición sección de Hipertensión Arterial como factor de riesgo Revista Argentina de Cardiología vol 42 número 3 Septiembre del2013.**
- 10 López, G. Ángel, Pérez D., Juan, J. La hipertensión arterial como factor de riesgo para el deterioro cognitivo en la vejez: estudio de revisión Psicogeriatría 2011; 3 (1): 19-28**