

# Particularidades de la evaluación neuropsicológica y de diagnóstico de las demencias

Lic. Mirayda León Pérez<sup>1</sup>, Tec. Sonia Salazar Santana<sup>2</sup>,  
Dra. María L. Bringas Vega<sup>3</sup>, Lic. Oscar Torres Carro<sup>4</sup>,  
Dr. Carlos Maragoto Rizo<sup>5</sup>, Dr. Lázaro Álvarez González<sup>6</sup>,  
Dr. Eduardo Álvarez González<sup>7</sup>.

## RESUMEN.

Los métodos diagnósticos existentes fueron diseñados para pesquisaje epidemiológicos y adolecen del defecto de no considerar el nivel cultural, los mecanismos por los que se establece el defecto y otros factores relacionados con la dinámica cerebral y la individualidad del paciente. Para tales propósitos organizamos una batería Neuropsicológica para el diagnóstico de las Demencias, que se aproxima más al objetivo por el que había sido creada, apoyándonos en grupos de expertos y adaptándolos a nuestras necesidades y realidad.

Revista Mexicana de Neurociencia 2002; 3(1): 53-55

## ABSTRACT

Current diagnostic methods for dementia were designed for epidemiological purposes, but they have the failure of not considering the cultural level, mechanisms of mental deterioration and other factors related to cerebral dynamics and the individuality of the patient. In order to resolve these issues, we designed a battery of neuropsychological tests for dementia diagnosis, which could have a better approach, with the support of different experts, adapting the battery to our needs and reality.

Revista Mexicana de Neurociencia 2002; 3(1): 53-55

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad hay gran cantidad de criterios para el diagnóstico, pero se conoce poco de su grado de acuerdo y su efectividad. Tales desacuerdos tienen serias implicaciones para el diagnóstico, tratamiento y la investigación. Todos estos criterios plantean el cuadro cuando aparecen déficits en más de tres áreas

cognitivas, pudiendo ejercer poca influencia en el tratamiento y manejo del cuadro demencial<sup>1,2</sup>.

Los datos relevantes de la frecuencia con que aparecen las demencias y sus factores de riesgo están bien documentados en estudios epidemiológicos de carácter longitudinal, como el Framingham Study, East Boston Community-Based Nottingham Longitudinal Study<sup>3,7</sup>.

El carácter orgánico y la etiología múltiple de la demencia es la condición establecida en todas las definiciones y por todos los criterios diagnósticos de uso internacional y llevan implícito establecer un extenso y riguroso diagnóstico clínico y diferencial<sup>4,5,6</sup>.

La evaluación neuropsicológica es otro problema para el diagnóstico porque el perfil evolutivo y el cuadro clínico no son homogéneos, aunque siguen un patrón común, los instrumentos de evaluación carecen de sensibilidad y no incluyen el diagnóstico neuropsicológico, solo consiguen ayudar al diagnóstico probable, cuando todas las cascadas de eventos ocurrieron, pudiendo solo aportar una clasificación del estadio en que se en-

<sup>1</sup>Psicóloga de la Clínica Trastornos del Movimiento del CIREN.  
<sup>2</sup>Psicometrista del Departamento de Psicología del CIREN.  
<sup>3</sup>Dra. en Psicología y Jefa del Dpto. de Psicología del CIREN,  
<sup>4</sup>Logofoniatra y Especialista en Neurorehabilitación de la Clínica Trastornos del Movimiento del CIREN,  
<sup>5</sup>Especialistas de 1er grado en Neurología de la Clínica Trastornos del Movimiento del CIREN.  
<sup>6</sup>Especialista de 2do grado en Neurología Jefe de la Clínica Trastornos del Movimiento del CIREN.  
<sup>7</sup>Especialistas de 1er grado en Neurología de la Clínica Trastornos del Movimiento del CIREN.

Correspondencia: Mirayda León Pérez  
CIREN: Calle 200 entre 13 y 15 casa No 4 Playa, Ciudad Habana, Cuba. Tel. (537) 336087, 336777 Ext. 722, 736, Fax: 33-6028, 33-6339, e-mail: cineuro@neuro.sld.cu  
Domicilio: Calle Manrique # 259, apto. 16 entre Neptuno y Concordia Centro Habana, C. Habana, Cuba. Tel. 678790

cuentra el paciente y hacer diagnóstico diferencial con otros cuadros demenciales<sup>1,4,9</sup>.

### OBJETIVOS

- 1.- Evaluar la sensibilidad y especificidad del sistema neuropsicológico y cognitivo de evaluación y diagnóstico utilizado en el CIREN.
- 2.- Proponer una batería para medir eficacia terapéutica de ensayos clínicos.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron 22 pacientes con edades entre 48 y 80 años, de ellos 12 eran del sexo femenino y 10 masculino, ingresados en la Clínica Trastornos del Movimiento y Enfermedades Degenerativas del CIREN ó de la Consulta externa, en el año 1999, valorados según los criterios clínicos del DSM-IV de probable demencia; se les aplicó la batería diseñada para diagnóstico y grado de deterioro, de ellos se siguieron 3 pacientes para medir eficacia terapéutica del Aricept.

#### SELECCIÓN DE LA BATERIA DIAGNOSTICA.

Nos apoyamos en la experiencia de grupos de expertos en el diagnóstico de las demencias<sup>1,4</sup>.

#### BATERIA PARA EL DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION DEL ESTADIO DE LA DEMENCIA.

Batería neuropsicológica de A.R. Luria.  
Test de Inteligencia para adultos de David Wechsler.  
Test de Memoria de Wechsler.  
Escala de Deterioro global de Reisberg.  
Mini-Mental State Exam.  
Clinical Dementia Rating Scale  
Test de Hamilton de depresión.

#### BATERIA PARA MEDIR EFICACIA TERAPEUTICA DE UN ENSAYO CLÍNICO.

Alzheimer Disease Assessment Scale ADAS-cog.  
Test de depresión de Hamilton<sup>1,4,8,9</sup>.

### DISCUSIÓN.

Los datos se analizaron en tres sub-muestras:

- 1.- Muestra total n=22.
- 2.- Pacientes que se le aplicó Wais y Memoria de Wechsler n=7.
- 3.- Pacientes en ensayo clínico con Aricept y seguidos con el Adas-cog n=3 n=22.

De los 22 pacientes evaluados con la batería de diagnóstico, 21 coincidieron con los criterios clínicos, más de tres dominios cognitivos comprometidos y algún grado de demencia desde el punto de vista funcional.

De los pacientes evaluados, 8 tenían déficit cognitivo ligero, 8 moderado y 5 severo.

En la muestra no correlaciona la severidad con los años de evolución, esto puede estar dado por falta de precisión en los datos ó al tipo de demencia que predominó en la muestra cosa no especificada en esta investigación.

El MMSE correlaciona con todos los sub test del Dementia Rating Scale y más significativamente con memoria ( $r = 0.79$ ) y el puntaje global ( $r = 0.81$ ), igualmente correlaciona con el Reisberg ( $r = 0.69$ ), que demuestra ser muy sensible como indicador externo conductual  $n=7$ .

La edad correlaciona fuerte y positivamente con dos sub test del Wais que indican inteligencia cristalizada, que se consolida con el tiempo ( $r=0.81$ ) información y ( $r= 0.90$ ) vocabulario, ambos de la escala verbal.

Correlaciona significativamente con el sub test de figuras incompletas ( $r = 0.81$ ) y ( $r = 0.97$ ) rompecabezas, lo que indica una disfunción ejecutiva y visuoespacial. La escala ejecutiva es sensible al aprendizaje, evalúa la inteligencia fluida que si se deteriora con la edad.

Por su parte la escolaridad correlacionó muy negativamente ( $r=-0.91$ ) con los sub test de ordenar figuras, y dígito símbolo ( $r=-0.89$ ), luego no importa la escolaridad, ya que los mismos se afectan por procesos independientes del aprendizaje anterior y del nivel cultural del sujeto.

El sub test de atención del DRS correlaciona ( $r=0.86$ ) con el sub test comprensión ( $r = 0.93$ ), ordenar figuras ( $r = 0.85$ ) y dígito símbolo ( $r = 0.80$ ) del Wais, es el sub test del DRS que correlaciona más con el Wais y el total del DRS correlaciona ( $r = 0.76$ ) con bloques del Wais, el MMSE correlaciona ( $r=0.93$ ) con coeficiente de eficiencia del Wais. Lo que demuestra la sensibilidad del Wais, DRS y MMSE para el diagnóstico en esta muestra estudiada  $n=3$ .

Se utilizó el Adas-cog para ensayo clínico, solo en un periodo de tres meses y mostró que la media de ganancia en memoria fue de 3.3, en cognición 5 y en la escala total fue de 9.6, con respecto a los valores alcanzados antes de comenzar el tratamiento con Aricept, no fue posible aplicar estadísticos por lo pequeña de la muestra.

### CONCLUSIONES

- 1.- La batería diseñada para el diagnóstico y grado de demencia desde el punto de vista funcional coincide en un 90% en la muestra estudiada con los criterios clínicos.
- 2.- En la muestra no correlaciona los años de evolución de la enfermedad con el deterioro cognitivo.
- 3.- La edad beneficia a los sub test de la escala verbal del Wais de forma más significativa información y vocabulario que pertenecen a la inteligencia cristalizada que se consolida con el tiempo.

- 4.- Los sub test de la escala ejecutiva que evalúan inteligencia fluida, que si se deteriora con la edad, en la muestra correlacionó muy negativamente con figuras incompletas y rompecabezas.
- 5.- Los sub tests de la batería usada han tenido buena correlación entre sí, lo que indica su es-

#### REFERENCIAS

1. C.A. Mangone y cols *Demencia: Enfoque multidisciplinario* Buenos Aires
2. *The New England of Medicine* Vol. 337 N 23 Dic 1997.
3. Luis F. Agüera Ortiz y cols *¿ Alzheimer. 100 preguntas más frecuentes.* España 2000.
4. *Revista Neurología Española* Vol. 27 Diciembre 1998 Suplemento 1.
5. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000 Jun; 68(6).



- pecificidad y sensibilidad para el diagnóstico.
- 6.- El Adas-cog mostró evidencias de ser sensible al cambio en un corto período de tiempo y en una muestra pequeña, posteriormente reportaremos resultados en una muestra mayor.

6. *Neurology* 1998 Dec; 51(6): 1546-54.
7. *American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
8. Fleming KC, Adams AC, Petersen RC( 1995). *Dementia: Diagnosis and Evaluation.* Mayo Clin Proc 70: 1093-107.
9. *Enfermedad de Alzheimer.* Cacabelos R. Barcelona, J.R. Prous, 1991.

