



## PROGNÓSTICO DO DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

### PROGNOSIS OF MILD COGNITIVE IMPAIRMENT IN GENERAL PRACTICE

Kaduszkiewicz H, Eisele M, Wiese B, Prokein J, Luppa M, Luck T, et al. Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: results of the German AgeCoDe study. *Ann Fam Med*. 2014;12(2):158-65. doi:10.1370/afm.1596.

#### Questão clínica

**Existe benefício no diagnóstico de déficit cognitivo ligeiro?**

#### Resumo

**Objetivo:** O diagnóstico formal de Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL) foi recentemente introduzido no DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) como perturbação neurocognitiva ligeira. Foi investigado o seu valor prognóstico e analisados os determinantes da sua evolução no estudo alemão *AgeCoDe* (estudo sobre envelhecimento, cognição e demência nos cuidados primários).

**Métodos:** Foram incluídos no estudo 357 doentes a partir dos 75 anos, seguidos em consulta nos cuidados de saúde primários durante três anos. De acordo com a sua evolução clínica foram divididos retrospectivamente em quatro grupos: remissão, flutuante, estável e progressiva.

**Resultados:** 41,5% dos doentes tiveram remissão dos sintomas com função cognitiva normal aos 1,5 e três anos, 21,3% tiveram evolução flutuante, 14,8% tiveram

sintomas estáveis e 22,4% progrediram para demência. Os doentes que apresentaram maior risco de doença evolutiva ao longo do espectro apresentavam inicialmente sintomas de depressão, déficit em mais que uma área cognitiva, déficit severo ou idade avançada. O resultado relativo a capacidade de aprendizagem e reprodução após dez minutos foi considerado o melhor indicador para diferenciação entre evolução para remissão ou evolução progressiva.

**Conclusões:** Nos cuidados de saúde primários, cerca de um quarto dos doentes com DCL apresenta progressão para demência nos três anos seguintes. A determinação da função da memória e sintomas depressivos auxiliam na predição da evolução quanto a progressão ou remissão. Considerando o conceito de DCL adaptado ao algoritmo de diagnóstico clínico (DSM-5), não devemos esquecer que três quartos dos doentes se mantêm cognitivamente estáveis ou apresentam melhoria da função cognitiva nos três anos seguintes. Estes doentes não devem ser alarmados desnecessariamente pela percepção deste diagnóstico.

#### Comentário

O DSM-5 apresenta significativas alterações relativamente a critérios de diagnóstico e classificação de vários capítulos fulcrais da doença mental. Quanto às perturbações neurocognitivas (PNC) reconhece subgrupos etiológicos específicos e cada grupo pode então ser dividido em grau “ligeiro” ou “major” de disfunção cognitiva com base no declínio, especialmente na incapacidade de desempenhar funções básicas às atividades da vida diária (AVDs). É ainda adicionado o especificador “com” ou “sem perturbação do comportamento”.<sup>1-2</sup>

A introdução de um novo diagnóstico no algoritmo clínico tem como objetivo aumentar a sua deteção precoce e tratamento. No caso do déficit cognitivo ligeiro (DCL) é reconhecido um nível de perturbação cognitiva que precede a progressão para déficit cognitivo major (de-

mência e perturbação amnésicas) ou outras situações de declínio grave, mais desadaptativos. É feito o *update* de domínios cognitivos e a sua necessidade para cumprir critérios de diagnóstico de DCL, nomeadamente: declínio cognitivo ligeiro adquirido em pelo menos um domínio cognitivo (atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, percepção motora ou cognição social), com base na preocupação do indivíduo, informador confiável ou médico que percecionou o declínio ou déficit objetivado em testes de cognição neuropsicológica estandardizados. O déficit cognitivo não interfere com a autonomia nas AVDs e não ocorre em contexto de delírium ou de outra doença mental.<sup>2</sup>

Esta definição de DCL ultrapassa questões relacionadas com a idade, referindo-se a um nível de declínio que requer estratégias compensatórias e acomodações para



a manutenção da autonomia. O declínio é, por definição, adquirido e não do desenvolvimento, o que obriga ao conhecimento da *performance* prévia e à necessidade da compreensão do contexto educacional e social do doente quando é feita a aplicação de testes. Salienta-se também o facto de o défice de memória não ser critério essencial para este diagnóstico.<sup>3</sup>

Face à suspeita diagnóstica, sobretudo no DCL, a elaboração de uma história clínica cuidada e a integração com outros achados clínicos são fundamentais, sobretudo face a uma situação *borderline*, num contínuo que é imprevisível.<sup>5</sup>

Os autores do DSM-5 determinam que a decisão diagnóstica deve basear-se numa avaliação neuropsicológica que quantifica os domínios cognitivos, orienta áreas que necessitam de maior suporte e serve de base para avaliação posterior. Os testes breves mentais globais podem ser úteis, mas menos sensíveis e apresentam algumas limitações. Priorizando os resultados, ocorre frequentemente o subdiagnóstico em indivíduos com bom funcionamento e testes “normais”, mas na realidade têm declínio nas funções relacionadas com AVDs ou o subdiagnóstico noutros em que a baixa *performance* não representa alteração da linha base e pode estar relacionada com alterações pré-mórbidas ou com uma intercorrência transitória. Por outro lado, o foco excessivo nos sintomas subjetivos pode falhar nos indivíduos com *insight* pobre. Na referência, a necessidade de maior assistência associada “à idade”, os doentes mantêm autonomia, mas necessitam de mais tempo e esforço do que anteriormente. Nestes casos, é fundamental determinar que a dificuldade na execução é justificada pelo declínio cognitivo e não pela limitação motora.<sup>3</sup>

A prevalência das PNC aumenta com a idade, sendo que na população mais envelhecida o DCL é mais difícil de estimar porque a comunidade médica está pouco sensibilizada e o declínio menos claro é justificado, pela comunidade, pela “idade”. Estima-se que seja muito variável: de 2 a 10% aos 65 anos e de 5 a 25% aos 85 anos. É aceite que o principal fator de risco seja a idade, seguido do sexo feminino (atribuível à maior esperança de vida).<sup>3</sup>

Com o aumento do número de diagnósticos de DCL prevê-se a possibilidade de abrir caminho ao desenvolvimento de planos de tratamento efetivos, de forma a encorajar investigadores a avaliar como os novos critérios de diagnóstico se correlacionam com sintomas e potenciais

terapêuticas educacionais e estimulação cerebral. Vislumbra-se a potencial utilização de marcadores de prognóstico, cuja utilidade não está ainda comprovada. Segundo o DSM-5, a deteção precoce permite intervenções mais efetivas, que não são eficazes em graus mais severos e podem reduzir a velocidade de progressão da doença.<sup>2</sup>

Encontramo-nos na prática clínica diária face a uma população tendencialmente envelhecida, na qual se estima o subdiagnóstico do DCL e provável aumento da sua prevalência no futuro. Contudo, encontramo-nos igualmente numa fase em que não existem ainda terapêuticas efetivas a oferecer, estando preconizado o reforço dos cuidados preventivos demenciais. A gestão do diagnóstico e acompanhamento da sua evolução em parceria com a família e cuidadores requer uma relação médico-doente funcional que dá primazia à abordagem centrada no doente e não na doença. É essa relação de confiança que permite a prestação dos melhores cuidados ao doente em cada fase, maximizando a sua autonomia e prevenindo a sua progressão. De acordo com o estudo apresentado, esta é a prática adequada a todos os utentes, especialmente dirigida aos cerca de três quartos que não apresentam progressão para demência (nível de evidência 1b).

Joana Oliveira

Médica Interna do 4º ano de Medicina Geral e Familiar  
USF Cova da Piedade, ACES Almada-Seixal

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaduszkiewicz H, Eisele M, Wiese B, Prokein J, Lupp M, Luck T, et al. Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: results of the German AgeCoDe study. *Ann Fam Med*. 2014;12(2):158-65. doi:10.1370/afm.1596.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA: APA; 2013. ISBN 9780890425558
3. Ganguli M, Blacker D, Blazer DG, Grant I, Jeste DV, Paulsen JS, et al. Classification of neurocognitive disorders in DSM-5: a work in progress. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(3):205-10.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text revision (DSM-IV-TR)*. 4th ed. Washington, DC: APA; 2000. ISBN 9780890420256
5. Stetka BS, Correll CU. *A guide to DSM-5*. Medscape. 2013 May 21. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/803884>

#### CONFLITOS DE INTERESSE

A autora declara não ter qualquer conflito de interesses.