

¿Demencia o trastorno neurocognitivo mayor?

Secundino López-Pousa¹ y Cristina Lombardía Fernández²

¹Director de Unidad de Valoración de la Memoria y las Demencias (UVaMiD). Centre Sociosanitari La República.

²Psiquiatra. Xarxa de Salut Mental.

Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona).

A comienzos del pasado siglo, el término demencia se utilizaba para referirse a un proceso patológico ocasionado por lesiones en el sistema nervioso central que se acompañaba, de un modo irreversible e ineludible, de una disminución de la inteligencia. Actualmente, dicho término es entendido como un síndrome orgánico y plurietiológico, que cursa con déficits cognitivos, motores y relacionales que implican cambios en la personalidad previa y provocan una desadaptación social y una interferencia significativa en el trabajo y/o en las actividades sociales, respecto al nivel previo de funcionamiento.

En las últimas décadas, tanto la conceptualización de demencia como sus definiciones se deben a las propuestas realizadas por la American Psychiatric Association, refundada en 1921 a partir de la Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane que había sido creada en Filadelfia en 1844. Esta asociación publicó en 1948 el primer sistema estandarizado de clasificación de las enfermedades mentales, conocido como *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, al que siguieron el *DSM-II* y el *DSM-III*, en 1968 y 1980, respectivamente, y la forma revisada (*DSM-III-R*) en 1987. En 1994 se publicó el *DSM-IV*, y en el año 2000 la revisión, el *DSM-IV-R*. En junio de 2013 se dio a conocer la versión en lengua inglesa del nuevo *DSM*, el *DSM-5*¹, que tendrá su versión castellana en marzo de 2014.

El *DSM-5* se caracteriza por salvaguardar la continuidad del *DSM-IV-R*, adaptándolo a los conoci-

mientos científicos actuales basados en la evidencia científica, de modo que sus recomendaciones puedan ser útiles en la práctica clínica. La primera modificación y que sin duda sorprende es el cambio en la numeración, al sustituirse la forma románica «V» por la árabe numeral «5». El segundo cambio importante es el del título del capítulo «Delirio, Demencia, Amnesia» y otros trastornos cognoscitivos en el *DSM-IV* al actual «Trastornos neurocognitivos» que es como aparece en el *DSM-5*. Sin duda, estos cambios pretenden una ruptura con los *DSM* anteriores. Así, se elimina el sistema multiaxial, y la organización de los trastornos se enmarca en relación con la edad, el sexo, la raza o la cultura, teniendo en cuenta las características del desarrollo a lo largo del ciclo vital, iniciándose en los trastornos del desarrollo y finalizando en los trastornos neurocognitivos². En estos últimos, los cambios implican modificaciones sumamente importantes, posiblemente esperadas pero que suponen una evolución conceptual y de gran relevancia en el proceso diagnóstico clínico. Se modifica el concepto de delirio y se introduce el término trastorno neurocognitivo con sus variantes menor, mayor y no especificado. Se incluye el trastorno cognitivo menor y la utilización de medidas neuropsicológicas estandarizadas así como la desaparición de la pérdida de memoria como un criterio esencial de los trastornos neurocognitivos, y se determina una mayor especificidad de los síntomas comportamentales y de los síndromes.

Tal vez el cambio más anhelado ha sido la eliminación del término «demencia» para reemplazarlo por el de «trastorno neurocognitivo mayor», justificado por la connotación peyorativa o estigmatizante que poseía. No cabe duda de que esta supresión supone

Correspondencia: S. López Pousa
E-mail: secundino.lopez@ias.scs.es

IVA Y GASTOS DE ENVÍO INCLUIDOS
24€

Deterioro cognitivo leve

José Luis Molinuevo Guix

E-mail: pedidos@editorialglosa.es

www.editorialglosa.es

96 editorial
Glosa

- Tamaño 15,5 x 24 cm
- 164 páginas
- 7 capítulos
- Encuadernación en tapa blanda
- ISBN: 978-84-7429-335-7

Deterioro cognitivo leve

Monografías para la formación continuada en demencias

El libro *Deterioro cognitivo leve* se centra en uno de los principales campos de interés de la neurología de la cognición actual, al abordar el complejo campo de la detección precoz de aquellos pacientes que van a sufrir una enfermedad de Alzheimer o algún otro tipo de demencia. En la actualidad es muy importante la identificación y diagnóstico de todas aquellas personas que empiezan a sufrir una pérdida cognitiva previa al desarrollo de la demencia, dado que permitirá un diagnóstico y una intervención terapéutica temprana.

El concepto de deterioro cognitivo leve o ligero incluye, aunque no de forma homogénea, a pacientes con mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad de Alzheimer u otra demencia durante los cinco años siguientes. Por ello, este libro, aunque conciso, pretende ser una ayuda para todos los profesionales que directa o indirectamente tratan e investigan con personas susceptibles de padecer un deterioro cognitivo. En este sentido, el libro contiene información actualizada sobre los aspectos más relevantes tanto clínicos como neuropsicológicos, biológicos y de neuroimagen del deterioro cognitivo leve.

Este libro está estructurado en siete capítulos. Los primeros cinco capítulos profundizan en aspectos concretos del deterioro cognitivo leve, siendo el sexto un resumen de aquellos marcadores que pueden ayudar a diagnosticar la conversión a enfermedad de Alzheimer y tratándose en el séptimo los factores relacionados con el tratamiento.

En definitiva, esperamos que este libro sea de ayuda para los profesionales dedicados al estudio del deterioro cognitivo, aclare elementos relacionados y estimule el cuestionamiento de algunos conceptos mal definidos de los aspectos prodrómicos de la demencia.

Índice

Prólogo - *Secundino López-Pousa*

Capítulo 1. Deterioro cognitivo leve: antecedentes históricos y concepto - *José Luis Molinuevo Guix*

Capítulo 2. Clínica y subtipos de deterioro cognitivo leve - *Raquel Sánchez del Valle Díaz*

Capítulo 3. Neuropsicología clínica y valores normativos en el deterioro cognitivo leve - *Lorena Rami González*

Capítulo 4. Neuroimagen estructural y funcional en el deterioro cognitivo leve - *David Bartrés Faz*

Capítulo 5. Anatomía patológica, genética y otros aspectos biológicos relacionados con el deterioro cognitivo leve - *Albert Lladó Plarrumaní*

Capítulo 6. Marcadores de progresión en el deterioro cognitivo leve - *Laura Molina Porcel y Alberto Lleó Bisa*

Capítulo 7. Tratamiento del deterioro cognitivo leve - *Joan Vilalta Franch*

una ruptura conceptual importante, y a pesar de que posiblemente la intención de los expertos encargados de la redacción del manual no era eliminarla totalmente, sino adecuarla o suplirla gradualmente por el término trastorno neurocognitivo, su omisión ha sido un acierto por varias razones. A la indicada anteriormente, por su connotación peyorativa, se añade el hecho de que el actual término trastorno neurocognitivo ya se había impuesto en la práctica clínica en los últimos años, y tal vez la razón más importante es que lo desvincula de la connotación de enfermedad mental que conlleva la palabra demencia (sin mente), remarcando el concepto de organicidad de los procesos neurocognitivos³.

Por lo tanto, el término demencia queda sustituido por el de trastorno neurocognitivo mayor, y su desaparición consolida el concepto de continuidad de un proceso que evoluciona en el curso del tiempo, fundamentalmente con dos tipos de criterios: la gravedad y la intensidad de las manifestaciones clínicas. Dependiendo de ellos, diferenciaremos estos cuadros clínicos en un trastorno neurocognitivo menor o mayor, y además, en el mismo sentido da contenido y consistencia al «trastorno neurocognitivo leve» del *DSM-IV* que se transforma en el «trastorno neurocognitivo menor».

Con esta nueva clasificación de los «trastornos neurocognitivos», no solo se robustece el concepto de una etiopatogenia de base orgánica de las enfermedades, sino que permite establecer también una continuidad en la evolución de los procesos, característica especialmente importante en enfermedades tan comunes como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de cuerpos de Lewy, la enfermedad cerebrovascular y la degeneración lobar frontotemporal.

Asimismo, el trastorno neurocognitivo lleva incorporado el nivel de gravedad, lo que permite diagnosticar y clasificar más tempranamente enfermedades cuyas evoluciones son variables en el tiempo, como las señaladas anteriormente, siendo un claro ejemplo las enfermedades derivadas de la degeneración frontotemporal. Así, la etiología del proceso determinará su evolución, y la gravedad de este nos indicará si estamos en un estadio neurocognitivo menor o mayor².

Como ya señalamos anteriormente, otra consideración importante es la eliminación de la pérdida de memoria como criterio esencial para la realización del diagnóstico de los trastornos neurocognitivos. El *DSM-5* se adapta a la realidad clínica y explora, para la evaluación cognitiva, seis dominios: la atención compleja (atención, velocidad de procesamiento), las habilidades ejecutivas (planificación, toma de decisiones, corrección de los errores, flexibilidad, modificación de hábitos), el aprendizaje y la memoria (reciente e inmediata), el lenguaje (expresivo y comprensivo), la habilidad perceptual y visuoespacial (construcción, percepción visual) y la cognición social (regulación del comportamiento y de las emociones).

Además, a la hora de evaluar el deterioro de las funciones tiene en cuenta tanto la preocupación que genera en el individuo como el observado bien por un informante que le conozca o por el clínico que haya realizado su seguimiento. Permite, por tanto, hacer un diagnóstico precoz al clínico cuando detecta la existencia de un deterioro leve en la función cognitiva que, aunque modesto, queda reflejado en el rendimiento cognitivo, que preferiblemente ha de estar documentado por test neuropsicológicos estandarizados.

En el trastorno neurocognitivo menor, los déficits cognitivos no han de interferir en la capacidad de autonomía del individuo a la hora de realizar las actividades de la vida diaria, como las complejas instrumentales del día a día (pagar las facturas o seguir los tratamientos médicos prescritos) o aquellas tareas que precisan de un gran esfuerzo por la necesidad de realizar estrategias compensatorias para conseguir el objetivo. Si no es así, hablaríamos ya de un trastorno neurocognitivo mayor.

En cualquier caso, los déficits cognitivos no deben suceder exclusivamente en el contexto de delirium ni ser explicados por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor o esquizofrenia).

A partir de ahora será necesario especificar si el trastorno cursa o no con alteración significativa del comportamiento, detallando cuál es si se presenta (síntomas psicóticos, trastorno del estado de ánimo, agitación, apatía, etc.). Siempre se deberá hacer mención a la gravedad del trastorno neurocognitivo; será *leve* si las

dificultades son exclusivamente para las actividades diarias instrumentales, *moderado* si las dificultades también incluyen las actividades diarias básicas (p. ej., alimentarse, vestirse, etc.) y *grave* cuando la persona sea totalmente dependiente.

Otro aspecto relevante a la hora de realizar el diagnóstico es especificar la posible causa orgánica del proceso cuando sospechamos que aquella persona presenta alguna enfermedad (enfermedad de Alzheimer, degeneración lobar frontotemporal, enfermedad de cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, lesión cerebral traumática, consumo de sustancias/medicamentos, infección por VIH, enfermedades priónicas, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, otras condiciones médicas) o bien es de etiología múltiple o no especificada.

El *DSM-5* permite establecer el diagnóstico de trastorno neurocognitivo en fases muy iniciales, y recomienda sospechar la existencia de un trastorno neurocognitivo mayor leve cuando la persona exprese dificultad para realizar las tareas, bien porque las percibe como más difíciles, o le requieren más tiempo o esfuerzo, o bien porque para realizarlas precise efectuar estrategias compensatorias. Puede ocurrir en algunos casos que estos síntomas pasen desapercibidos por el propio paciente o por la familia al ser atribuidos a la edad, de ahí que se resalte la importancia de realizar una buena historia clínica.

El diagnóstico correcto de un trastorno neurocognitivo mayor se hará cuando para realizar correctamente las tareas habituales, las personas precisen algún tipo de ayuda o las abandone si no dispone de ella. Es preciso evaluar y diferenciar si en estos casos se trata de una pérdida cognitiva o bien de una limitación motora o sensorial.

Como novedad, el *DSM-5* recomienda y propone la utilización de test que deben estar adecuados a la educación recibida y a los rasgos culturales. Los exámenes neuropsicológicos han de formar parte de una evaluación estándar de los trastornos de la neurocognición. Cuando el rendimiento se sitúe en 1 o 2 desviaciones estándar por debajo de los valores normales estaremos ante un trastorno neurocognitivo menor y cuando se encuentre entre dos o más desviaciones

estándar por debajo hablaremos de un trastorno neurocognitivo mayor.

Aunque actualmente no siempre es posible disponer de una evaluación estandarizada que incluya todas las áreas, con rasgos específicos para cada área cognitiva, se recomienda la necesidad de disponer en el futuro de una evaluación estandarizada de todas las áreas.

La utilización de los nuevos criterios que propone el *DSM-5* para el diagnóstico, no solo de los trastornos neurocognitivos sino de todos los trastornos mentales, creará sin duda cierta polémica en el entorno científico, desde el punto de vista práctico, aunque indudablemente será de gran utilidad, sobre todo pensando en la atención clínica a los pacientes⁴⁻⁷.

La desaparición del término demencia tendría que haber ocurrido hace años. El priorizar la organicidad de los procesos que cursan con manifestaciones neurocognitivas proporcionará un mayor soporte clínico y terapéutico a entidades de baja prevalencia y que generalmente afectan a personas más jóvenes.

Incluir categorizaciones para los trastornos neurocognitivos definiendo niveles de gravedad, la introducción de evaluaciones neuropsicológicas y el entender los trastornos psicológicos y de la conducta desde un contexto de globalidad sin duda nos permitirá, como clínicos en la atención directa al paciente, sentirnos más cómodos en el contexto asistencial al mismo tiempo que abre la posibilidad de nuevos campos de investigación y tratamiento.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5.^a ed. *DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. 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.
3. Geda YE, Nedelska Z. Mild cognitive impairment: a subset of minor neurocognitive disorder? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20(10):821-6.
4. Bajenaru O, Tiu C, Antochi F, Roceanu A. Neurocognitive disorders in *DSM 5* project – personal comments. *J Neurol Sci*. 2012;322(1-2):17-9.

5. Remington R. Neurocognitive diagnostic challenges and the DSM-5: perspectives from the front lines of clinical practice. *Issues Ment Health Nurs.* 2012;33(9):626-9.
6. Looi JC, Velakoulis D. Major and minor neurocognitive disorders in DSM-5: The difference between the map and the terrain. *Aust N Z J Psychiatry.* 2013 [Epub ahead of print].
7. Goodkin K, Fernandez F, Forstein M, Miller EN, Becker JT, Douaihy A, et al. A perspective on the proposal for neurocognitive disorder criteria in DSM-5 as applied to HIV associated neurocognitive disorders. *Neuropsychiatry (London).* 2011;1(5):431-40.