



## DETERIORO COGNITIVO LEVE

### Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve

José Gutiérrez Rodríguez\* y Germán Guzmán Gutiérrez

Área de Gestión Clínica de Geriatria, Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

#### RESUMEN

**Palabras clave:**

Deterioro cognitivo leve  
Envejecimiento

La cognición es la capacidad que permite al ser humano desarrollar una vida sin dificultad, resolviendo problemas y situaciones, manteniendo un correcto aprendizaje y procesando correctamente la información del ambiente, para recordarla y utilizarla posteriormente. Las personas que presenten un envejecimiento cerebral normal o fisiológico mantendrán esta capacidad durante todos sus años de vida. Sin embargo, las que sufran un envejecimiento anormal o patológico podrán verse afectadas por diferentes grados de deterioro de las funciones mentales superiores. En 1988 se introdujo el constructo deterioro cognitivo leve como un síndrome que comprendía un déficit cognitivo superior al esperado para la edad y el nivel cultural de la persona. En ese momento fue considerado como un proceso degenerativo que antecedía a la demencia. En los últimos 30 años se ha constatado que no todos los pacientes con deterioro cognitivo leve evolucionan hacia demencia. Por ello, el concepto y la definición han sido modificados en sucesivas ocasiones, a la vez que se han establecido diferentes subtipos de deterioro cognitivo leve en función del dominio cognitivo afectado. Es necesario profundizar en la definición de deterioro cognitivo leve y conocer los subtipos, con el objetivo de establecer su impacto sobre una sociedad envejecida, identificar sujetos en riesgo de conversión a demencia e implementar estrategias de intervención precoz dirigidas a mejorar la salud mental de nuestros mayores.

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

#### Definition and prevalence of mild cognitive impairment

#### ABSTRACT

**Keywords:**

Mild cognitive impairment  
Ageing  
Cognitive frailty

Cognition is the ability that allows humans to carry out their lives without difficulty, resolving problems and situations, and to continue to learn and correctly process information from the environment for its subsequent retrieval and use. In persons with normal or physiological brain ageing, this ability is maintained throughout their lives. However, individuals with abnormal or pathological ageing could be affected by distinct degrees of impairment of higher brain functions. The term mild cognitive impairment (MCI) entered the lexicon in 1988 to describe a syndrome encompassing greater than expected cognitive impairment for the person's age and cultural environment. At that time, MCI was considered a degenerative process that preceded dementia. In the last 30 years, it has become clear that not all patients with MCI will progress to dementia. Therefore, the concept and definition of this syndrome have been constantly updated, and distinct subtypes of MCI have been established according to the affected cognitive domain. There is a need to define MCI more clearly and identify its subtypes in order to establish its impact on an ageing society, identify persons at risk of progressing to dementia, and implement early intervention strategies aimed at improving the mental health of the elderly population.

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

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pepe.gutierrez@telefonica.net (J. Gutiérrez).

## Introducción

En las personas mayores, el proceso “salud-enfermedad-muerte” constituye un continuo sin límites claramente definidos entre la salud, lo fisiológicamente normal, la fragilidad, las situaciones preclínicas, la enfermedad, la incapacidad funcional y la muerte.

Dentro de este ciclo evolutivo, se ha definido al “anciano frágil” como aquel que tiene una disminución de la reserva fisiológica que condiciona una situación de vulnerabilidad ante agresiones y mayor riesgo de presentar deterioro funcional y episodios adversos de salud.

Así pues, en los últimos años se han publicado ininidad de referencias bibliográficas sobre la fragilidad, entendiéndola como un estado de prediscapacidad que puede ser abordado desde un punto de vista preventivo, con el objetivo de mejorar la situación de salud del paciente mayor.

Inspirado en el término de “fragilidad física”, recientemente se ha postulado el concepto de “fragilidad cognitiva” como un estado de envejecimiento cerebral acelerado en ausencia de enfermedad<sup>1</sup>.

Esta “fragilidad cognitiva” se caracteriza por la heterogeneidad y la variabilidad entre las personas y está condicionada por diferencias en la respuesta al estrés y en la reserva orgánica y funcional de cada individuo.

Este constructo nos abre la posibilidad de diferenciar entre el envejecimiento cerebral normal o fisiológico y el anormal o patológico, la “fragilidad cognitiva”, el deterioro cognitivo leve (DCL), la demencia, etc., y así poder implementar estrategias de intervención en estadios precoces de la enfermedad, con el objetivo de prevenir el deterioro cognitivo y/o retrasar su evolución natural.

## Definición y criterios diagnósticos

El término deterioro cognitivo leve fue introducido en 1988 por Reisberg y definido en 1991 por Flicker, sobre la base del grado 3 de la Global Deterioration Scale de Reisberg<sup>2-4</sup>.

En 1999, Petersen publica los criterios originales de la Clínica Mayo y lo define como un síndrome que cursa con un déficit cognitivo superior al esperado para la edad y el nivel cultural de la persona, sin que se vean alteradas las actividades de la vida diaria (AVD) y sin que se cumplan criterios de demencia. Asimismo, establece que la alteración de la memoria es el problema principal y que el resto de las funciones mentales superiores pueden estar preservadas<sup>5-7</sup>.

En estas primeras definiciones se enfocaba el DCL como una condición previa a la enfermedad de Alzheimer (EA). Se consideraba el declinar cognitivo como un proceso continuo entre el cerebro sano y el enfermo y al DCL como un problema degenerativo que antecedía a la demencia.

Posteriormente se objetivó que no todas las formas de DCL evolucionaban hacia la EA, por lo que se decidió revisar y ampliar el concepto<sup>8</sup>.

En 2003 se organizó una conferencia internacional para llegar a un consenso sobre el constructo de DCL. Son propuestos los criterios ampliados de la Clínica Mayo (tabla 1), que dejaban de estar enfocados únicamente en la alteración de la memoria y ampliaban el espectro al posible deterioro en otras áreas cognitivas<sup>9,10</sup>.

Partiendo de la base de la posible alteración de diferentes dominios cognitivos, el Grupo Internacional de Trabajo en DCL propuso unas recomendaciones para su diagnóstico (tabla 2), que posteriormente en nuestro país serían referenciadas por el grupo de estudio de demencias y trastornos de la conducta de la Sociedad Española de Neurología<sup>9,11,12</sup>:

- Primero: el paciente presenta un deterioro cognitivo evidenciable y se descarta la presencia de demencia según criterios de:
  - La 4.<sup>a</sup> edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).
  - La 10.<sup>a</sup> edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).
- Segundo: se detectan quejas de memoria informadas por el paciente o por un familiar y se pueden objetivar alteraciones en otras áreas cognitivas mediante exploración neuropsicológica.
- Tercero: las AVD se encuentran preservadas o con mínimas alteraciones.

Con estos criterios diagnósticos se amplía el concepto de DCL a diferentes dominios cognitivos y se modifica la condición de conservación de total independencia en las AVD.

En el 2011, el National Institute on Aging y la Alzheimer's Association (NIA-AA) revaluaron los criterios de DCL dentro del espectro de la EA. Coincidiendo con los criterios del Grupo Internacional de Trabajo en DCL incluyen la posible existencia de alteraciones en las AVD que no precisan de ayuda/supervisión de tercera persona y que permitan al sujeto realizar una vida independiente en la sociedad<sup>13</sup>.

Finalmente, la última edición del DSM (DSM-5) propone una serie de cambios terminológicos en los que se incluye el DCL: sustituye la categoría *Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos* por la denominada *Trastornos neurocognitivos* y se cambian los términos *demencia* por el de *trastorno neurocognitivo mayor* y el de *DCL* por *trastorno neurocognitivo menor*<sup>14</sup>.

## Subtipos de deterioro cognitivo leve

La cognición permite que el ser humano desarrolle una vida sin dificultad, resolviendo problemas y situaciones, manteniendo un

**Tabla 1**  
Criterios centrales para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve

Criterio	Criterios originales de Clínica Mayo	Consenso. Criterios ampliados	NIA-AA	DSM-5
1. Cambios en la memoria identificados por paciente, informador o médico	X			
2. Cambios en la cognición identificados por paciente o informador	X	X	X	
3. Deterioro en la memoria detectado de forma objetiva	X			
4. Deterioro en uno o más de los dominios cognitivos que superan lo esperado para la edad y el nivel educativo	X	X	X	
5. Función cognitiva conservada	X			
6. Mantenimiento del grado de independencia funcional en las AVD	X	X	X	X
7. Ausencia de demencia	X	X	X	X

AVD: actividades de la vida diaria; DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales 5.<sup>a</sup> edición; NIA-AA: National Institute on Aging-Alzheimer's Association. Traducida y modificada de la referencia 24.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7304936>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7304936>

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