



### Introducción

El concepto de deterioro cognitivo leve (DCL) es motivo de controversia, ya que clásicamente se lo ha entendido como un estadio transicional entre el envejecimiento normal y la demencia, más que como una entidad patológica definida. A pesar de todo, en estudios comunitarios amplios se ha comprobado que el DCL puede persistir indefinidamente o revertir a un estado cognitivo normal luego de los 5 años, lo que sugiere que se trata de una entidad en sí misma que puede, incluso, ser inestable en el tiempo.

### ¿Qué es el DCL?

En la consulta clínica, el médico recibe muy frecuentemente lo que se denomina en la jerga "queja de memoria". Sin embargo no todos los individuos que observan dificultades en su vida diaria presentan un cuadro patológico objetivo. Es importante, entonces, definir en qué consisten cada uno de los cuadros que ocasionan este tipo de consulta.

Es apropiado definir primero a la demencia, ya que, como en todo proceso patológico, los estadios extremos (normal y grave) son los más fáciles de diferenciar, por lo que muchas veces es necesario identificarlos en primer lugar, para comprender las formas leves o intermedias.

Los criterios clínicos para definir la demencia han sido modificados a lo largo del tiempo. Como ejemplo se mencionan las definiciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en sus versiones III y IV. De acuerdo con el DSM-III, se define como demencia a un síndrome mental orgánico que se caracteriza por deterioro de la memoria a corto y largo plazo, asociado con trastornos del pensamiento abstracto, el juicio, las funciones corticales superiores y modificaciones de la personalidad. Todas estas alteraciones son lo suficientemente graves como para interferir de forma significativa con las actividades de relación, laborales o sociales. En el DSM IV-TR se agrega la posibilidad de deterioro en la capacidad de aprender, olvido de cosas aprendidas, apraxias y agnosias, la existencia de incapacidad funcional, así como se establece la necesidad de comparación con un estadio previo.

Lo interesante en estos casos es que las definiciones siempre se refieren a déficits importantes en las funciones cognitivas, pero remarcan en su esencia que la intensidad del deterioro debe, por sobre todas las cosas, interferir en la vida diaria, es decir, que debe llegar a la situación de pérdida de independencia en las actividades cotidianas.

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	24/04	09/05



### **Funciones Cognitivas**

La memoria es, sin duda, aquella más sobresaliente, por la influencia que ejerce en las actividades de la vida diaria. Asimismo, es la función que, en caso de afectarse, más rápidamente puede interferir en el ámbito laboral y social. Sin embargo los procesos mentales van más allá de lo mnésico.

Se menciona entonces la atención, en sus diferentes facetas (selectiva y sostenida); el lenguaje tanto verbal como escrito, así como su elaboración y comprensión (es decir todo lo referido a la comunicación); la organización visual, tanto comprensiva como ejecutiva; y las funciones ejecutivas, que se refieren a todos los pasos que llevan desde el deseo (volición) de realizar un acción hasta, no sólo su ejecución, sino también su automonitoreo. A su vez, hay funciones que se sostienen en un conjunto de varias de ellas, como las praxias, que se refiere a lo aprendido (utiliza memoria, función ejecutiva), o el aprendizaje (utiliza memoria, atención).

Todas estas funciones se pueden cuantificar (cantidad de palabras recordadas, para la memoria; cantidad de omisiones en la selección de una determinada variable que se va presentando a lo largo de una secuencia, para la atención; etc.) Por lo tanto, las funciones cognitivas varían en intensidad, como ocurre con cualquier variable plasmática o hemodinámica. ¿Cuál es, entonces, el umbral (punto de corte) para definir las como patológicas?

En neuropsicología se establece el promedio de dichas variables en la población general, para definir a partir de ese punto la “normalidad”, ya que no van a ser similares en grupos con distintas edades o niveles educativos: lo patológico se va a definir a partir del puntaje correspondiente a determinado desvío estándar ([DE]; -1 ó -1.5 DE, por ejemplo).

En el caso de las demencias, este umbral se vincula con una intensidad tal que el individuo pierde independencia. Seguramente, el puntaje en las pruebas cognitivas va a corresponder, por ejemplo, a un valor bajo que se sitúe en -2, -3 ó más DE, pero ¿cómo se clasifica a una persona que recuerda una menor cantidad de palabras que la mayoría de los sujetos a su edad, sin llegar a un déficit tal que pierda independencia en su vida diaria?

Esta es justamente la esencia del diagnóstico de DCL. Se mencionan diferentes criterios, como el de la clasificación CIE-10, que consiste en:

- Evidencia de una enfermedad, lesión o disfunción cerebral, o de una enfermedad sistémica de las que se sabe pueden acompañarse de alteración mental.
- Relación temporal (semanas o pocos meses) entre el desarrollo de la enfermedad subyacente y el inicio del síndrome psicopatológico.
- Remisión del trastorno mental cuando mejora o remite la presunta causa subyacente.
- Ausencia de otra posible etiología que pudiera explicar el síndrome psicopatológico.
- Debe existir una alteración en las funciones cognitivas la mayor parte del tiempo durante un período de al menos 2 semanas, manifestado por dificultades en cualquiera de las siguientes áreas: memoria o aprendizaje, atención o concentración, pensamiento, lenguaje, función viso-espacial.
- Las anomalías deben detectarse en pruebas objetivas.
- La naturaleza de los síntomas no permite el diagnóstico de demencia, síndrome amnésico orgánico o *delirium* (síndrome confusional agudo).

Según algunos autores, el deterioro debe corresponder por lo menos a -1.5 DE de la media poblacional. Otros investigadores prefieren usar un deterioro mayor a -1 DS como umbral.

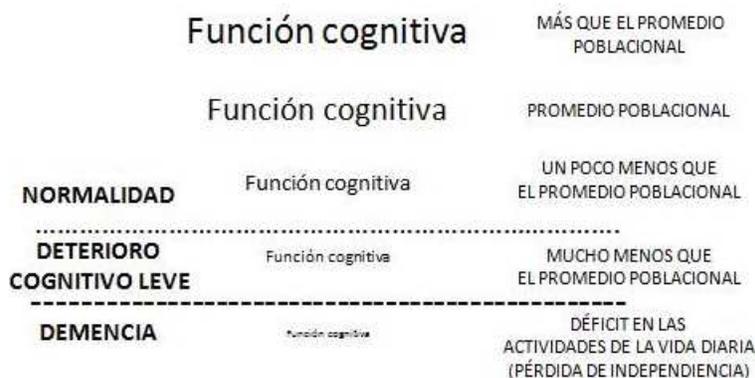


Figura 1. Ejemplo de las definiciones



### **Tipos de DCL**

¿Todas las funciones cognitivas se deterioran siempre a la par? Definitivamente no. Y esta afirmación tiene que ver obviamente con la etiología del deterioro cognitivo.

En el caso de una enfermedad degenerativa dependerá de cuál se trate. En la enfermedad de Alzheimer, lo más reconocible al comienzo (cuando todavía no se llega a un deterioro que comprometa la independencia) es la memoria; en cambio, en la demencia frontotemporal va a corresponder a las funciones ejecutivas. Sin embargo, a medida que progresan, se irán comprometiendo de igual modo las demás funciones.

Cuando el daño se debe a los factores de riesgo cardiovasculares (hipertensión, diabetes, etc.), se observa, como contrapartida, un deterioro en la evocación, pero no en el almacenamiento de la información, sumado a un déficit ejecutivo.

Diferentes autores dividieron al DCL en **4 subgrupos**:

1. DCL de un dominio, amnésico.
2. DCL de un dominio, no amnésico (por ejemplo: disejecutivo puro).
3. DCL multidominio, que incluye el amnésico.
4. DCL multidominio, no amnésico.

¿Estos tipos de DCL predicen diferentes tipos de demencia? Como se observa en el gráfico de una cohorte en el que siguieron por 2 años a pacientes con DCL, si bien se pueden establecer asociaciones, cada tipo de deterioro cognitivo no es necesariamente un “compartimiento estanco”: tiene potencial de evolucionar de diversas maneras.

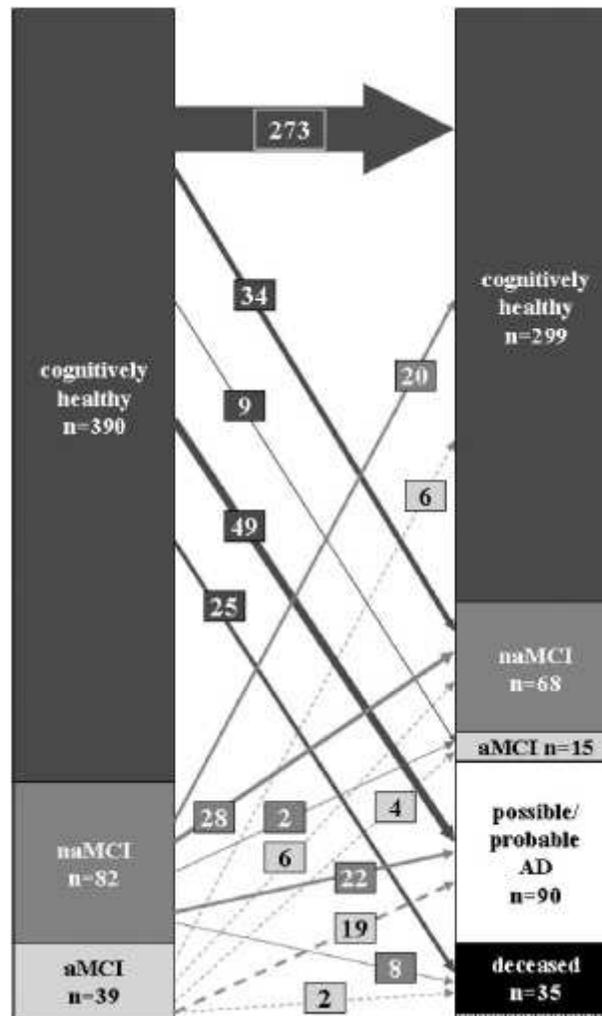


Figura 2. MCI: deterioro cognitivo leve. AD: enfermedad de Alzheimer. Modificado de referencia Ficzher P et al. Neurology 2007 (ver bibliografía).

Entonces, el DCL es un cuadro nosológico particular, que puede corresponder al inicio de una enfermedad degenerativa (sin diagnóstico claro), pero puede representar una afección que no vaya a progresar en el tiempo si se corrigen los factores de riesgo que la desencadenan.



### **Abordaje del DCL: Diagnóstico y Tratamiento**

Teniendo en cuenta la definición de DCL, debe reconocerse un déficit en por lo menos una esfera cognitiva, pero éste no debe ser tan intenso como para determinar que el individuo sea dependiente para resolver una o más tareas, ya que, de lo contrario, se trataría de un cuadro de demencia.

#### **¿Cómo Objetivar el Déficit Cognitivo?**

Los cuadros depresivos suelen determinar trastornos en las actividades de la vida diaria, en general por pérdida de atención. Además, la hipocondría interfiere aún más en la anamnesis. Por eso, es imprescindible realizar una evaluación sutil y lo más objetiva posible de las funciones cognitivas. Existen varias maneras de realizarla. Si bien la evaluación neurocognitiva da un amplio y detallado conocimiento, el interrogatorio en la entrevista puede ser dirigido a temas puntuales.

Primero que nada es muy importante hacer hablar al paciente, ya que no es poco frecuente encontrarse con relaciones familiares de sobreprotección que se reflejan en la consulta médica en el hecho de que el que responde las preguntas es el cónyuge o el hijo. Esta situación puede dar la falsa impresión de que el paciente presenta mucho deterioro, pero, al instarlo a dialogar, se objetiva normalidad. Por el contrario, los trastornos leves de lenguaje, como sutiles anomias (dificultad para encontrar la palabra para nombrar algo) pueden pasar desapercibidos a los familiares, pero se hacen visibles en rodeos que realiza el individuo en su discurso al tratar de explicar algo, a veces inclusive sin llegar a conseguirlo.

Otra pauta a objetivar claramente es la cronología, es decir cuándo comenzó el cuadro y qué fue lo que comenzó primero. Respecto al inicio de los síntomas, es habitual encontrar que los pacientes y/o familiares refieran la queja al momento en que los síntomas se hacen muy evidentes. Por ejemplo, pueden indicar que el cuadro comenzó hace 6 meses cuando el paciente empezó a confundir los ingredientes al cocinar. En este caso, como se trata de la pérdida de una tarea aprendida, se habla (como se describió antes) de una apraxia, para lo cual se debe deteriorar más de una función (memoria, función ejecutiva). El deterioro tuvo que haber comenzado antes, cuando el paciente sólo presentó déficit leve de alguna de ellas (olvidarse dónde dejaba las llaves, falta de organización). Es muy común que estos síntomas leves se minimicen y se consideren como propios de la edad, pero resultan siempre ser los iniciales. La importancia del establecimiento del inicio de los síntomas también se vincula con el diagnóstico etiológico, ya que afecciones metabólicas, infecciosas o nutricionales van a generar deterioro cognitivo rápidamente progresivo (pocos meses).



Es muy útil también instar a que el paciente o familiar “elijan” un síntoma como el inicial (¿memoria o lenguaje?, ¿memoria o conducta?), lo que orienta al diagnóstico etiológico. Por último es imprescindible interrogar sobre sus actividades de la vida diaria, no sólo las básicas como bañarse, alimentarse o higienizarse, sino las que se denominan instrumentales (manejo del dinero, uso de la computadora o el lavarropas) que, en formas leves pero instaladas de demencia, los pacientes presentan dificultades en su ejecución.

Si se desea evaluar más detalladamente las esferas cognitivas en particular, pueden administrarse algunos *test* breves en el consultorio (decir en un minuto palabras que empiecen con una letra determinada, o elementos de una categoría como animales o cosas que hay en un supermercado, para la fluencia verbal fonológica y semántica; unir una serie de números larga distribuidos en una hoja, para evaluar la atención y la organización visoespacial, etc.) Se puede, asimismo, en el mismo interrogatorio, objetivar muchos de estos procesos, observando la fluidez al hablar y la concentración durante la entrevista. También es posible interrogar por hechos recientes (qué cenó el día anterior, qué hizo el fin de semana anterior), así como pasados (cuál es el nombre de la escuela primaria a la que asistió).

Una vez establecido el diagnóstico de DCL corresponde acercarse al conocimiento de si se trata de un pródromo de un cuadro de demencia, secundario a los factores de riesgo vasculares, o producto de una menor reserva cognitiva. En vista de lo observado, ningún tipo de DCL en sí mismo es diagnóstico de algún cuadro de demencia en particular. En la mayoría de los casos, el diagnóstico definitivo se terminará de realizar con el paso del tiempo, observando la evolución del paciente.

El laboratorio es una herramienta también necesaria para estudiar la etiología, ya que cualquier disfunción orgánica puede repercutir en las funciones cognitivas. La anemia, la insuficiencia renal o los trastornos electrolíticos, cuando son marcados, pueden generar déficits cognitivos. El denominado perfil lipídico y glucémico dan cuenta de algunos de los factores de riesgo metabólico/vasculares. Sin embargo es oportuno el estudio de otras patologías, sobre todo en los cuadros de evolución subaguda (meses), como trastornos tiroideos, infecciones (neurosífilis, tuberculosis), neoplasias (tumor primario, metástasis, síndrome paraneoplásico), déficits vitamínicos como B12, enfermedades linfomatosas.



### ¿Cuánto Aportan las Imágenes?

El diagnóstico de deterioro cognitivo siempre es clínico, pero las imágenes apoyan en parte la presunción de la etiología. Por ejemplo, si no se observa mucha atrofia generalizada o infartos, pero sí se observa atrofia en la región hipocámpica, se puede sospechar el inicio de una enfermedad de Alzheimer. Si hay atrofia frontal predominante, sin infartos y conservación de la región del hipocampo, se puede sospechar demencia frontotemporal. En cambio, si en un paciente hipertenso se observan muchos infartos en región subcortical (sustancia blanca, ganglios basales), y no hay una clara evolución en el tiempo, se puede inferir un DCL de origen vascular sin demencia. No obstante, no existe ningún marcador biológico de diagnóstico o clasificación. El diagnóstico sigue siendo clínico.

### Tratamiento

Respecto al tratamiento, va a depender del diagnóstico etiológico. Sin embargo, en todos los casos, como el deterioro se refiere a pérdida neuronal y de conexiones, no hay un tratamiento efectivo para la remisión de la sintomatología. Los fármacos que se encuentran en el mercado tienen efecto neuroprotector, es decir, buscan evitar mayor daño; no obstante, no se ha podido establecer asociación entre éstos y menor progresión de la sintomatología. Su efectividad ha sido probada en los cuadros de demencia.

Por tanto, el cuidado de los factores de riesgo vascular es imprescindible en el manejo del DCL, ya que no sólo la afección puede deberse a un mal manejo de éstos, sino que estos factores han sido asociados con progresión de cuadros de demencia. Sin embargo, lo único que ha sido demostrado que ejerce influencia en la menor progresión del deterioro cognitivo es lo que se conoce como estimulación cognitiva. Esta estrategia consiste en la ejercitación de las diferentes funciones encefálicas, a partir del entrenamiento en tareas de diferente complejidad, las cuales pueden realizarse tanto globalmente como particularmente para un solo dominio cognitivo.

Para esto no es imprescindible el entrenamiento estructurado con profesionales a cargo. Existen muchas herramientas de fácil alcance que permiten una correcta estimulación cognitiva, como las revistas de crucigramas, sopa de letras y sudokus, la lectura del diario o libros. En este caso, tal vez sean más convenientes los textos de cuentos cortos antes que las novelas. El contacto social es, en este caso, también insustituible, ya que el solo diálogo con otro individuo implica la ejercitación de la atención, la comprensión de un mensaje, la elaboración de una idea y la comunicación con la otra persona. Empezar a prestar atención y valorar al cerebro como al resto del cuerpo es, en muchos casos, la principal herramienta terapéutica.



### **Bibliografía**

1. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Busse A et al. Longitudinal Study of the Aged (LEILA Mild cognitive impairment: prevalence and incidence according to different diagnostic criteria. Results of the Leipzig 75+). *Br.J.Psych.*2003; 182:449-454.
3. Fernández A; Marino J; Alderete A. Estandarización y validez conceptual del Test del Trazo en una muestra de adultos argentinos. *Revista Neurológica Argentina* 2002; 27: 83-88.
4. Ficzher P et al. Conversion from subtypes of mild cognitive impairment to Alzheimer dementia. *Neurology* 2007; 68: 288-291.
5. Grupo de Neuropsicología de la Sociedad Neurológica Argentina. El Minimental State en Argentina: Instrucciones para su administración. *Rev Neurol Arg.* 1999; 24 (1): 31 – 35.
6. Mangone CA et al. Demencia: enfoque multidisciplinario. Primera Edición. Ediciones Sagitario. Buenos Aires. 1997.
7. Ritchie et al. Richtie K et al. Classification Criteria for mild cognitive impairment. A population base validation study. *Neurology* 2001; 56: 37-42.
8. Petersen R, et al, Mild cognitive impairment clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999; 56:303-8.
9. World Health Organization. *ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems*. 10th revision. ed. Geneva: World Health Organization; 1992.