

El deterioro cognitivo leve: ¿Un estado prodromal de la demencia de tipo Alzheimer?



William Julio, MD, FAPA

Psiquiatra General y Geriátrico

Población y envejecientes: Siglo XXI

El envejecimiento progresivo de la población cobra cada vez más importancia en Puerto Rico y los Estados Unidos. La natalidad ha disminuido y la expectativa de vida aumenta, con el consiguiente incremento de la población geriátrica. Se espera que entre los años 2000 y 2030, el número de adultos en los Estados Unidos con más de 65 años se duplique a 70 millones, aumentando de 12,4% a 19,7% de la población. En Puerto Rico, este aumento podría ser mayor. Así, los servicios de salud geriátrica, física y mental vienen cobrando gran importancia.

Las condiciones psiquiátricas más prevalentes en las personas de edad avanzada son:

- Depresión
- Ansiedad (particularmente las fobias)
- Demencia
- Problemas del sueño

Diagnóstico - Tratamiento temprano

Ya que hay una alta prevalencia de demencia en personas de edad avanzada, se requiere desarrollar estrategias para su prevención y tratamiento.

Hay fármacos que ayudan a retrasar la demencia de tipo Alzheimer (DA), que deben emplearse lo más tempranamente posible. Por su inicio lento, las primeras fases de la DA pueden confundirse con el típico déficit de memoria que normalmente muestran las personas de edad avanzada. Para la transición entre envejecimiento normal y demencia, se emplea el término “deterioro cognitivo leve” (DCL) que se acompaña de déficits en una o más áreas cognitivas.

Los criterios para la clasificación de DCL son:

- Quejas de memoria
- Actividades normales diarias
- Funciones cognitivas normales
- Memoria anormal para la edad
- Ausencia de demencia

Se diagnostica DCL cuando el deterioro cognitivo no es un impedimento en otras áreas del funcionamiento, pero sí lo notan otras personas, a quienes molesta.

El DCL no debe confundirse con las discapacidades de la memoria asociadas al envejecimiento normal. El DCL también debe distinguirse de la DA. Una de sus características es que el individuo mantiene la habilidad de llevar a cabo sus actividades usuales, aunque haya inconvenientes menores asociados a la pérdida de memoria o algún otro déficit cognitivo. Por otro lado, en la DA los déficits cognitivos interfieren con el funcionamiento ocupacional o social.

Síntomas

Usualmente, los cambios en la memoria son el síntoma más frecuente. Sin embargo, pueden presentarse otros síntomas cognitivos, como dificultades en atención, en la función ejecutiva, en destrezas viso-espaciales y/o en el lenguaje. Existen varios subtipos de DCL, que se dividen en los DCL amnésicos y los no amnésicos. Cuando la pérdida de memoria es el síntoma predominante, se usa el término deterioro cognitivo leve amnésico (DCLA).

Evolución a demencia de tipo Alzheimer


El DCLA es el subtipo de mayor frecuencia y hay gran riesgo de que se convierta en DA. Por eso, su detección

temprana es importante, ya que, si se trata con antelación, el individuo podrá disfrutar sus capacidades cognitivas por más tiempo.

Así, el DCLA puede ser un estado de transición entre el envejecimiento cerebral normal y una patología cognitiva de la DA. En autopsias se ha encontrado que este síndrome muestra neuropatología de DA, por lo que muchos expertos piensan que es un estado prodromal de DA.

El DCLA tiene una tasa anual de conversión a DA de 6 a 25%. La mayoría de los individuos con DCL desarrollan demencia en los siguientes 3 a 6 años, con una tasa anual de 15 a 30%. Pero algunos individuos con DCL permanecen con déficits leves por muchos años sin progresar a una demencia. También, personas con DCL pueden mejorar su condición, ya que se ha encontrado que hay una tasa significativa de reversibilidad (de 4 a 53%). Esto pone en evidencia la necesidad de investigar los factores que puedan predecir el declive cognitivo que llevaría a la demencia.

Comentario

La detección del DSL es importante debido a su alto riesgo de progresar a una DA. Esto nos plantea la alerta para identificar los casos de DCL y las etapas tempranas de DA. De esta forma, se podrán llevar a cabo tratamientos efectivos, y el individuo se beneficiará extendiendo así su calidad de vida. 

Referencias:

1. Fernández, C., Caballer, J., Saez, P.A., García-Portilla, M.P., Martínez, S. & Bobes, J. (2006). La depresión en el anciano en una zona rural y su interacción con otros factores. *Actas esp. de psiq.* 34 (6), 355-361.
2. Walsh, P.G., Currier, G., Shah, M., Lyness, J.M. & Friedman, B. (2008). Psychiatric emergency services for the U.S. elderly: 2008 and beyond. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(9), 706-717.
3. Welsh-Bohmer, K.A. & Attix, D. (2009). Neuropsychological assessment of dementia. D.G. Blazer & D.C. Steffens (Eds.), *Textbook of Geriatr Psych.* (4th Ed. pp.213-226). Wash. D.C.: Am.Psych.Publ, Inc.
4. Ahmed, S., Mitchell, J. Arnold, R., Nestor, P.J., & Hodges, J.R. (2008). Predicting rapid clinical progression in amnesic mild cognitive impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25, 170-177.
5. Petersen, R.C., Doody, R.S., Kurz, A., Mohs, R., Morris, J.C., Rabins, M.D. et al. (2001) Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 58, 1985-1992.
6. Kidd, P.M. (2008). Alzheimer's disease, amnesic mild cognitive impairment, and age-associated memory impairment. *Altern. Med. Review*, 13 (2), 85-115.
7. Troyer, A.K., Murphy, K.J., Anderson, N.D., Moscovitch, M., Craik, F.I.M. (2008). Changing everyday memory behavior in amnesic mild cognitive impairment. *Neuropsych Rehab*, 18 (1), 65-88.
8. Rozzini, L., Vicini-Chilovi, B, Conti, M., Bertoletti, E., Delrio, I., Trabucchi, M., & Padovani, A. (2007). Conversion of amnesic mild cognitive impairment to dementia of Alzheimer type is independent to memory deterioration. *Intern. J Geriatric Psychiatry*, 22, 1217-1222.



NUEVOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA EL AREA SUR Y OESTE

La terapia electroconvulsiva (ECT) es uno de los tratamientos más seguros y efectivos para la depresión que no responde por completo a los medicamentos. Ahora usted cuenta con el tratamiento de ECT para sus pacientes en el piso 8, Hosp. Damas Ponce.

Otras condiciones que pueden tratarse con ECT

- *Depresión Mayor Severa con ideas suicidas*
- *Depresión Mayor Severa con pobre respuesta o intolerancia a medicamentos*
- *Depresión Mayor Severa con rasgos sicóticos*
- *Pacientes que han respondido efectivamente al tratamiento previamente*
- *Depresión Mayor con Parkinson*
- *Catatonía Aguda*
- *Esquizofrenia Refractaria Severa*
- *Desorden Bipolar en Fase Mánica o Depresiva*
- *Paciente embarazada donde el riesgo de teratogenia por psicofármacos es alto y la condición mental pone en riesgo la vida de la paciente y el bebé por nacer*
- *Disquinesia o Distonía Tardía*
- *Síndrome Neuroléptico Maligno*

Para citas e información:

(787) 220-0104

Fax: (787) 259-7536

luisa.santiago@uhsinc.com

