



ACTUALIZACIÓN EN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS.

Update on the diagnostic criteria of the Neurocognitive Disorders.

**Hernández-Muñoz
Adrián Enrique,
Hernández-Montiel
Hebert Luis,
Reyes-López
Julian Valeriano* y
López-González Moisés**

*Clínica del Sistema Nervioso
Facultad de Medicina de la
Universidad Autónoma de Querétaro.*

**Autor de Correspondencia:
opdeih@yahoo.com*

*Fecha de recepción: 08/01/2016
Fecha de aceptación: 25/02/2016*

Resumen:

A lo largo de la historia de la medicina, un tema de gran interés que recientemente ha detonado como tópico de importancia han sido las causas, consecuencias y presencia de los trastornos neurodegenerativos sobre la población. Sin embargo, estas condiciones reciben una menor prioridad comparado con otras patologías degenerativas, tales como las enfermedades cardiovasculares o neoplásicas. Sin embargo existen reportes de que el número de adultos mayores de 65 años aumentarán por arriba de los 28 millones de personas para el año 2050 llevando a una preocupación por la correcta prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento. Demostrándose igualmente que la prevalencia de los trastornos neurocognitivos crece exponencialmente en la población que se encuentran entre los 65 y 85 años de edad; por lo que el impacto de estas

enfermedades será cada vez más grave con respecto a los sistemas económicos y sociales. Por lo tanto el artículo brinda una actualización en los criterios diagnósticos de los Trastornos Neurocognitivos basado en las clasificaciones clínicas marcadas por el DSM-5, que puedan auxiliar no sólo al Médico General sino al Médico especializado en las disciplinas Neurológicas o Psiquiátricas para posibilitar el uso de un lenguaje en común. Igualmente establecemos una reflexión, sobre la importancia del correcto conocimiento de los criterios diagnósticos sobre el uso de biomarcadores genéticos y sobre el uso de pruebas complementarias diagnósticas.

Palabras Clave:

Demencia, DSM-5, Neurología, Psiquiatría, Trastornos Neurocognitivos.

Abstract:

Throughout the history of medicine, a topic of great interest that recently detonated as a

topic of importance over the population are the causes, consequences and presence of neurocognitive disorders, despite the fact that these conditions are given a lower importance when they are compared to other degenerative diseases such as cardiovascular or neoplastic diseases. However there are studies that concludes that the number of adults over 65 years old will get above the 28 million people by the year 2050 leading to a concern for the proper prevention, diagnosis and treatment of chronic diseases associated with aging. Also demonstrating that the prevalence of neurocognitive disorders grows exponentially over the adult population that is between 65 and 85 years old; so the impact of these diseases will be exponentially more serious regarding the economic and social systems. Because of this, the article provides an update on the diagnostic criteria of the Neurocognitive Disorders based on the clinical classifications set by the DSM-5, which can help not only the General Practitioner but also to the physicians who specialized on the Neurological or the Psychiatric doctrines, who are seeking the correct use of a common language. Similarly, we establish a reflection on the importance of the correct recognition of the diagnostic criteria over the use of genetic biomarkers or the use of auxiliary diagnostic test.

Key Words:

Dementia, DSM-5, Neurocognitive Disorders, Neurology, Psychiatry.

I. Antecedentes históricos sobre los sistemas de clasificación.

Desde etapas tempranas en el desarrollo de la medicina como ciencia, un tema de gran interés han sido la frecuencia, los síntomas y la evolución de los trastornos mentales sobre la población; en particular de los Trastornos Neurocognitivos (TNC) siendo la demencia una de las enfermedades mentales más estudiadas y con la cual

se designaban todo tipo de patologías mentales (López-Álvarez y col, 2015). Pero al presentarse el advenimiento de especialidades médicas como la Neurología o la Psiquiatría, se favorece el desarrollo de taxonomías para poder identificar los TNC sobre otras patologías mentales (García-Maldonado y col, 2011).

Sin embargo, a pesar de que las clasificaciones son de las principales actividades en cualquier doctrina científica, el realizarlas correctamente es un ejercicio sumamente complicado, ya que consiste en ordenar individuos o conceptos en grupos homogéneos en función de que compartan determinadas características semejantes (Del Barrio, 2009); es conveniente recordar que hasta hace algunos años se empezaron a sistematizar correctamente los criterios diagnósticos específicos con respecto a las enfermedades mentales, por lo que a lo largo de los años se desarrollaron diversas clasificaciones para estas enfermedades (García, 2011).

Es entonces, que la primera clasificación que surgió fue en la antigua Grecia en el siglo IV antes de Cristo (a.C.), donde Hipócrates inició con la descripción y distinción entre “manía” y “melancolía” (García-Maldonado y col, 2011); no obstante, estos conceptos eran insuficientes para definir completamente los trastornos mentales por lo que Philip Barrough (1583 d.C) introduce la tercer categoría de “demencia” (Dm) con lo cual se empezó a definir los padecimientos neurocognitivos y es en el año de 1899 donde el Doctor Emil Kraepelin acuñe este término en la publicación del primer compendio de trastornos psiquiátricos (Kraepelin, 1883).

Posteriormente en año de 1917 se intenta establecer la primera nomenclatura universal por parte de la Asociación Americana de Psicología Médica (AMPA) liderada por el Doctor Salmon,

seguido por la clasificación Americana que inició sus registros después de la Segunda Guerra Mundial debido a los trastornos psiquiátricos de los soldados afectados (García-Maldonado y col, 2011).

Finalmente en el año de 1952 la American Psychiatric Association (López-Pousa, Lombardia, 2014) (Spitzer y col, 1994) (Haynes, O'Brien, 1988), inicia la publicación de la Primera Edición de los Manuales de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales (DSM 1sted., 1952), editándose a lo largo de las décadas sus posteriores ediciones siendo la cuarta edición la que definió las Dm y las clasificó en base a sus etiologías (DSM 4thed, 1994), precisándose como tal las características clínicas de los TNC hasta la quinta edición del DSM (DSM-5thed, 2013).

II. Prevalencia de los Trastornos Neurocognitivos.

Es ampliamente aceptado que los TNC, conjuntamente con otras enfermedades degenerativas, son el principal contribuyente de discapacidad y dependencia entre la población de adultos mayores; sin embargo estos padecimientos reciben una menor prioridad comparado a otras patologías degenerativas como las enfermedades cardiovasculares o neoplásicas, que tienen un mayor impacto en la mortalidad (Libre-Rodríguez y col, 2014).

Sumado al aumento que existe en la población de adultos mayores, la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento obtienen una importante jerarquía. En México, el número de adultos mayores de 65 años en el año 2010, fue de más de 7 millones, esperando que llegue por encima de los 28 millones de personas para el año 2050 (Ham Chande, 2011) (INEGI, 2011).

Se ha demostrado también que la prevalencia de los TNC crece exponencialmente en la transi-

ción de los 65 a los 85 años, duplicándose cada 5 a 6 años y estabilizándose a partir de los 85-90 años (Plassman y col, 2007). Un estudio poblacional realizado en México, indicó una frecuencia en los adultos mayores de 8.6% y 8.5%, para las áreas urbana y rural respectivamente, (Libre y col, 2008) y en un reporte realizado en el año 2007 se determinó que de una población de adultos mayores, 7% tuvo deterioro cognitivo y 3.3% dependencia funcional (Mejía y col, 2007).

La Asociación Mundial de Alzheimer emitió en su informe del año 2009, la creciente prevalencia de los TNC en los países de bajos recursos y la incidencia proyectada para los próximos 30 años. Se estima que el número de pacientes con enfermedades neurodegenerativas puede llegar a triplicar su situación actual (Vicario, 2013). Tomando como base esta información, podríamos estimar a priori, una frecuencia de TNC en México de 30 por cada 100 adultos mayores. Estimándose que a partir del inicio del año 2014 van a existir más de 860,000 personas afectadas en México, considerando un posible aproximado de 3.5 millones de adultos mayores afectados por estas patologías (Gutiérrez-Robledo y col, 2015).

III. Costos de los Trastornos Neurocognitivos a nivel mundial.

Correlacionado con lo anterior, es un hecho importante que los individuos afectados con TNC son consumidores constantes de los servicios de salud (Ruiz de Sánchez y col, 2010), relacionándose fundamentalmente con los cuidados informales que padece la persona afectada, así como los costos derivados de los cuidados sociales, tratamientos y cuidados médicos (Libre-Rodríguez, 2014).

Estipulándose que el impacto económico que representa el gasto por los TNC que se deriva del cuidado de las personas afectadas en el continente americano es de aproximadamente 236 billo-

nes de dólares (Gutiérrez-Robledo, 2015); siendo establecido por la Organización Mundial de la Salud que el costo de la Región de Latinoamérica es de aproximadamente 5.02 billones de dólares (Vicario, 2013).

Como consecuencia de estos reportes, muchos países han aumentado el presupuesto destinado para el apoyo de las personas con TNC, tales como Estados Unidos de América que estimó un aumento del costo en 1988 de \$13.26 billones de dólares a \$214 billones en el año 2014. Ilustrando esto último, la Asociación Mundial de Alzheimer determinó que el pago por persona beneficiados por cualquier fuente de atención de salud en Estados Unidos o los beneficiados por el sistema Medicare que sufren demencia, reciben un pago tres veces mayor que los otros pacientes beneficiados o aquellos que padezcan de cualquier otra enfermedad que no sea neurodegenerativa (Husaina y col, 2015).

En el caso de México, se ha reportado que el costo total per cápita estimado es de \$6,157 dólares para el cuidado de una persona con cualquier tipo de trastorno neurodegenerativo (Ruiz de Sánchez, 2010), por lo que podríamos calcular a priori que al haber 3.15 millones de personas afectadas por la presencia de TNC, podemos calcular que el gasto en total será de \$19,394 millones de dólares por el total de la población.

Criterios y conceptos actualizados.

Es un hecho innegable que los TNC se encuentran directamente relacionados con el aumento de edad y que su elevada prevalencia e impacto socio económico representan un importante reto no sólo para la salud pública sino que también crean un desafío científico, médico y social que promueve el esfuerzo de la búsqueda de un lenguaje en común para la correcta detección diagnóstica de estas patologías (Ruiz de Sánchez, 2010).

Habitualmente la evaluación de un paciente del cual se sospecha algún tipo de patología neurocognitiva, debe estar acompañada de pruebas cognitivas, estudios de neuroimagen, exámenes serológicos e incluso, evaluaciones neuropsicológicas (Mora-Simón y col, 2012); sin embargo esta revisión pretende ofrecer información para la detección de los TNC, brindando una actualización en los criterios clínicos actuales, colaborando con ello a reducir el sesgo educacional y cultural en la detección clínica de estas patologías (Delgado, y Salinas, 2009).

En base a esto, se mencionarán a continuación las definiciones establecidas en la quinta edición de los manuales DSM (DSM-5thed, 2013) para la correcta identificación psiquiátrica de los TNC (Sandín, 2013) e igualmente de manera comparativa, se utilizarán los criterios establecidos por la Asociación Mundial de Alzheimer, para establecer los criterios neurológicos de estas patologías (McKhann y col, 2011) (Albert y col, 2011).

a) Concepto de Demencia.

Aunque el término Demencia se traduce como “ausencia del pensamiento” (Husaina, 2015), su definición no está uniformemente establecida, llegándose a describir como la pérdida adquirida de habilidades cognitivas y emocionales (Knopman y col, 2001) que alteran las actividades de la vida diaria e impide efectuarlas de manera autónoma (González-Chávez y col, 1999) (Pérez-García, 2004).

Sin embargo, actualmente el término de Dm ya no se usa debido a los excesivos problemas de comorbilidad que se producen como resultado de las estrictas categorías que implica este concepto (Ben-Zeev y col, 2012). Condicionando una alta discriminación relacionada con su diagnóstico, llegando incluso a asociarse con incapacidad,

pérdidas económicas o incluso, como método de exclusión de algunos de los sistemas de salud (Garand y col, 2009).

Se ha llegado a apreciar como un concepto estigmatizante y es quizá uno de los cambios más importante realizados en el DSM-5 por el término de TNC (DSM-5thed, 2013). A parte de quitar dicha connotación discriminativa, también retira el vínculo de Dm como enfermedad mental y lo deja más como un problema de deterioro orgánico de los procesos neurocognitivos (Bajenaru y col, 2012).

b) Definición de Trastornos Neurocognitivos.

El DSM-5 establece que los TNC se clasifican en Delirium, Trastornos Neurocognitivos Mayor (TNCMa) y Discapacidad/Trastorno Neurocognitivo Leve (TNCLe) (DSM-5thed, 2013) y que se clasifican en cualquiera de estos dos términos en base a su gravedad, a la asociación con alguna otra patología degenerativa previa (Tabla 1) y a la presencia de la disminución trascendente de los dominios cognitivos (DSM-5thed, 2013). (Tabla 2). Sin embargo, debe de clarificarse que cada concepto tiene sus criterios clínicos específicos por lo que para entender las diferencias establecidas entre cada uno de ellos y poder realizar una buena identificación, se describen a continuación:

Tabla 1. Clasificación de los TNC en base a su etiología.

| TNCMa o TNCLe se deben especificar si son debido a las siguientes patologías: | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> | Degeneración Lóbulo Frontotemporal |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Cuerpos de Lewy |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad Vascular |
| <input type="checkbox"/> | Traumatismo Cerebral |
| <input type="checkbox"/> | Consumo de sustancia o medicamento |
| <input type="checkbox"/> | Infección por VIH |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad por priones |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Huntington |
| <input type="checkbox"/> | Otra afección médica |
| <input type="checkbox"/> | Etiologías múltiples |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedades o causas no especificadas |

Fuente Bibliográfica: DSM-5thed, 2013.

Tabla 2. Diferencias establecidas entre TNCMa / TNCLe.

| Dominio Cognitivo. | TNCMa | TNCLe |
|--|---|--|
| Atención Compleja. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiene importantes dificultades en entornos con múltiples estímulos; cualquier cosa que suceda en su entorno le distrae fácilmente, siendo incapaz de atender a menos que los impulsos de entrada sean limitados y simplificados. <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para retener la información nueva, como recordar números de teléfono o direcciones que le acaban de dar, o explicar lo que se acaba de decir; es incapaz de hacer cálculos mentales. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tarda más tiempo que antes en hacer las tareas normales. <input type="checkbox"/> Empieza a encontrar errores en las tareas rutinarias, descubre que el trabajo necesita más comprobaciones que antes <input type="checkbox"/> Puede pensar mejor cuando no le distraen otras cosas como por ejemplo la radio, televisión o el teléfono |
| <p>Función Ejecutiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Planificación de toma de decisiones o de presencia de memoria de trabajo, respuesta de retroalimentación o corrección de errores. <input type="checkbox"/> Inhibición o presencia de hábitos existentes predominantes. <input type="checkbox"/> Flexibilidad mental. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se describe que empieza a abandonar proyectos complejos. <input type="checkbox"/> Se tiene que centrar en una tarea a la vez y no múltiples. <input type="checkbox"/> Tiene que fiarse de otros para planificar las actividades instrumentales de la vida cotidiana o tomar decisiones. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Necesita un esfuerzo mayor para acabar proyectos de varias fases. <input type="checkbox"/> Tiene grandes dificultades múltiples tareas o dificultades para retomar una tarea interrumpida por una visita o una llamada telefónica. <input type="checkbox"/> Existen diversas quejas de una mayor fatiga provocada por el esfuerzo adicional necesario para organizarse, planificarse y tomar decisiones. <input type="checkbox"/> A veces dice que las grandes reuniones sociales son más agotadoras o las disfruta poco a causa del gran esfuerzo necesario para seguir las distintas conversaciones. |

| | | |
|--|---|---|
| <p>Aprendizaje y Memoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Memoria Inmediata. <input type="checkbox"/> Memoria Reciente. <input type="checkbox"/> Memoria a muy largo plazo. <input type="checkbox"/> Aprendizaje implícito. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se repite en una conversación, a menudo dentro de la misma conversación. <input type="checkbox"/> No es capaz de seguir una lista breve de artículos para comprar o de planes para el día. Necesita recordatorios frecuentes que le orienten en la tarea que está haciendo. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para recordar acontecimientos recientes y cada vez depende más de las listas o el calendario. <input type="checkbox"/> Necesita recuerdos ocasionales o repasos para reconocer los personajes de la película o una novela. <input type="checkbox"/> Ocasionalmente puede repetirse durante unas semanas con la misma persona. Se olvida de qué facturas están ya pagadas. <p>Nota: Excepto en las formas graves de trastorno neurocognitivo marcado, la memoria semántica, autobiográfica e implícita se conservan relativamente bien, comparadas con la memoria reciente.</p> |
| <p>Lenguaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lenguaje Expresivo. <input type="checkbox"/> Lenguaje Receptivo. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiene dificultades significativas con el lenguaje expresivo o receptivo. A menudo utiliza términos generales como “eso” o “ya sabes a lo que me refiero” y prefiere los pronombres personales a los nombres. <input type="checkbox"/> Cuando el trastorno es grave, puede que no recuerde ni los nombres de los amigos íntimos o de la familia. <input type="checkbox"/> Puede mostrar un uso idiosincrásico de las palabras, tales como el uso de errores gramaticales, el uso de lenguaje espontáneo o economía del habla. <input type="checkbox"/> Estereotipia del habla, ecolalia y habla automática, que acostumbran a preceder al mutismo. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiene claras dificultades para encontrar las palabras. <input type="checkbox"/> A veces sustituye los términos generales por otros específicos. <input type="checkbox"/> A veces evita usar nombres concretos de personas conocidas. <input type="checkbox"/> Los errores gramaticales consisten en omisiones sutiles o usos incorrectos de artículos, preposiciones, verbos auxiliares, etcétera |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Habilidades Perceptuales Motoras. (Incluye las Habilidades)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Percepción Visual. <input type="checkbox"/> Habilidades visuoconstructivas. <input type="checkbox"/> Perceptuales Motoras. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiene dificultades significativas con actividades que antes le eran familiares (Por ejemplo el uso de herramientas o el conducir). <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para desenvolverse en entornos familiares. <input type="checkbox"/> A menudo llega a presentar confusión en la penumbra, las sombras y la luz escasa alteran la percepción. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suele depender más de los mapas o de otra gente para encontrar direcciones. <input type="checkbox"/> Utiliza notas y sigue a otros para llegar a un sitio nuevo. <input type="checkbox"/> A veces se pierde o da vueltas cuando no se concentra en una tarea. <input type="checkbox"/> Tiene que hacer un esfuerzo mayor en las tareas espaciales, como carpintería, montar cosas, coser o hacer punto. |
| <p>Reconocimiento Social.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reconocimiento de emociones. <input type="checkbox"/> Teoría de la mente. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comportamientos claramente alejados de lo socialmente aceptable, igualmente muestra insensibilidad ante las normas sociales de corrección en el vestir o en los temas de conversación políticos, religiosos o sexuales. <input type="checkbox"/> Se centra excesivamente en un tema a pesar de la falta de interés del grupo o aunque se lo digan directamente. <input type="checkbox"/> Intenciones y comportamientos sin tener en cuenta a la familia ni a los amigos. <input type="checkbox"/> Toma decisiones sin tener en cuenta la seguridad (Por ejemplo el uso de vestimenta inadecuada para el tiempo o la situación social). <input type="checkbox"/> Habitualmente presta poca atención a estos cambios. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Presenta cambios sutiles de comportamiento de actitud, a menudo descritos como un cambio de personalidad, como una menor capacidad para identificar claves sociales o leer expresiones faciales, menor empatía, mayor extraversión o introversión, menor inhibición o apatía o nerviosismo sutiles o episódicos |

Fuente Bibliográfica: DSM-5thed, 2013.

1. Delirium o Síndrome Confusional.

Anteriormente la definición de Delirium que establecía el DSM-IV era de un síndrome caracterizado por una alteración en el estado de conciencia y de las funciones cognitivas, tales como la memoria, orientación, pensamiento, lenguaje o percepción (DSM 4thed, 1994); el cual debe de manifestarse de manera aguda con un curso fluctuante que puede llegar a durar varios días (Martínez-Rieg y col, 2011); y sobretodo que la causa del padecimiento sea debido a las consecuencias

fisiológicas de una condición médica previamente establecida (European Delirium Association, & American Delirium Society, 2014).

Sin embargo este término es remplazado por el de Síndrome Confusional Agudo (SCA) el cual es utilizado actualmente por el DSM-5 (DSM-5thed, 2013), compartiendo las mismas características mencionadas previamente por el DSM-IV (Tabla 3) y que se establece como el síndrome multifactorial más importantes del adulto mayor, tanto por su prevalencia como por su implicación pronóstica (Francis, 1992). (Tabla 4).

Tabla 3. Criterios Diagnósticos SCA en base al DSM-5.

Alteración de la atención y orientación en el medio ambiente.

La alteración aparece en un periodo corto de tiempo (Usualmente de horas a días) constituyendo un cambio agudo en la atención y conciencia iniciales; fluctuando a lo largo del día la gravedad de este padecimiento.

Se presenta una alteración cognitiva adicional, por ejemplo déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción.

Las alteraciones en los criterios mencionados anteriormente (Criterios A al C) no estén presentes debido a una alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso.

En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia Un ejemplo específico sería el consumo de drogas o a un medicamento, una exposición a una toxina o incluso puede deberse a múltiples etiologías.

Fuente Bibliográfica: DSM-5thed, 2013.

Tabla 4. Posibles etiologías del SCA.

Causado por intoxicación de sustancias.

Debido a abstinencias de algunas sustancias.

Inducido por medicamentos.

Causado por alguna otra afección médica.

Debido a etiologías múltiples.

Otro Síndrome Confusional especificado.

Fuente Bibliográfica: DSM-5thed, 2013.

2. Trastorno Neurocognitivo Mayor.

La definición de TNCMa que establece el DSM-5, es el equivalente al término de Dm establecido en el DSM-IV (DSM 4th^{ed}, 1994). Sin embargo, se agregan conceptos previos de este término para poder establecer los criterios nuevos en la reciente edición; un ejemplo de esto es que para definir los TNCMa, es necesaria la presencia de un declive neurocognitivo significativo que afecte el nivel de rendimiento de la persona y que se acompañe en la interrupción en el funcionamien-

to cognitivo y autónomo, del individuo (Regier y col, 2013).

Sumado a estos criterios, debe existir dependencia en los individuos afectados para realizar sus actividades de la vida diaria, asociado con un deterioro neurocognitivo severo en el área de la memoria, el lenguaje y las habilidades visoespaciales, concluyendo en una amplia disfunción social y laboral (Castillo y col, 2014) (Cano y col, 2010). (Tabla 5).

Tabla 5. Criterios Diagnósticos del TNCMa.

| DSM-5 | Asociación Americana de Alzheimer |
|---|--|
| <p>Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico; y <input type="checkbox"/> Presencia de un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o por otra evaluación clínica cuantitativa. | <p>El déficit cognitivo debe de involucrar un mínimo de dos de los siguientes dominios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dificultad en la habilidad en recordar y/o adquirir nueva información, estos mismos síntomas incluyen la presencia de preguntas o conversaciones repetitivas, confundir objetos personales, olvidar eventos o citas previas; o incluso perderse en rutas conocidas anteriormente. <input type="checkbox"/> Dificultad en el razonamiento para realizar tareas complejas, acompañado de un pobre juicio. <input type="checkbox"/> Dificultades en las habilidades visoespaciales, incluyendo dificultad para reconocer rostros u objetos comunes. <input type="checkbox"/> Dificultades en el funcionamiento del lenguaje. <input type="checkbox"/> Cambios en el comportamiento, personalidad o que se acompañen de fluctuaciones inadvertidas en el estado de humor. |
| <p>Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (Un ejemplo puede ser la dependencia de asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).</p> | <p>Representa un declive en los niveles de funcionamiento o interfiere con la habilidad para realizar las actividades diarias,</p> |
| <p>Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.</p> | <p>No debe de explicarse esta patología por medio de alguna otra enfermedad o por la presencia previa de delirium,</p> |

| | |
|---|--|
| <p>El déficit cognitivo no debe de tener como etiología otro trastorno mental (Ejemplo: Trastorno Depresivo Mayor o Esquizofrenia).</p> | <p>El déficit cognitivo es detectado y diagnosticado por medio de la combinación del previo interrogatorio con el paciente, examen neurológico o por medio de la realización de pruebas neurofisiológicas. Estas mismas pruebas deben realizarse cuando la historia clínica no provee la suficiente información para realizar un correcto diagnóstico.</p> |
|---|--|

Fuente Bibliográfica: (DSM-5thed, 2013) (McKhann, et al, 2011)

3. Discapacidad/Trastorno Neurocognitivo Leve.

A diferencia del TNCMa, el TNCLe se asocia con la presencia de un declive neurocognitivo con una menor gravedad clínica y que no interfiere con las actividades básicas de la persona (Ehret, Berking, 2013) asociado a pérdida aislada de la memoria, pero sin llegar a afectar otras áreas cognitivas (Pérez-Martínez, 2005). Sin embargo, tanto en el envejecimiento normal como en el patológico del adulto mayor, la disfunción amnésica es la alteración cognitiva más común y la primera en manifestarse y al ser asociado con la edad se describe como un fenómeno normal; por lo que es importante la detección precoz de las manifestaciones clínicas y el establecer la diferencia correcta con los TNCLe (Casanova y col, 2004). (Tabla 6).

| Tabla 6. Criterios Diagnósticos del TNCLe. | |
|---|--|
| DSM-5 | Asociación Americana de Alzheimer |
| <p>Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:</p> <p style="padding-left: 40px;">Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un leve declive en una función cognitiva.</p> <p style="padding-left: 40px;">Un deterioro leve del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.</p> | <p>Establecer o demostrar la presencia de un declive cognitivo:</p> <p>Preocupación de la persona afectada en relación a la afección cognitiva, reportado por el mismo paciente, un familiar o clínicamente.</p> <p>Evidencia objetivo de una afección, en uno o más dominios, típicamente incluyendo la afección en el área de la memoria</p> |

Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (Por ejemplo conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).

Preservación de las habilidades funcionales, sin acompañarse de la presencia o sintomatología de la Demencia.

| | |
|--|--|
| Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional. | Descartar cualquier tipo de afección vascular, traumática o médica que expliquen o que tengan alguna correlación con el trastorno cognitivo. |
|--|--|

Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Examinar que no sea explicada la patología por ninguna otra patología neurodegenerativa.

Fuente Bibliográfica: (DSM-5thed, 2013) (Albert, DeKosky, Dickson, y Dubois, 2011)

IV. Uso de biomarcadores sobre la identificación clínica.

Hay que esclarecer una cuestión importante: ¿Es útil el uso de criterios clínicos como única referencia para el diagnóstico de los TNC? Hay que reconocer que los criterios clínicos para cualquier condición médica están constantemente sujetos a revisiones o críticas (Solomon y col, 2014) llegando a presentar no sólo una ausencia de objetividad (Fagan, y Perrin, 2012), sino que además por sí solos son insuficientes para llegar a un diagnóstico acertado.

Un abordaje desde la perspectiva neurológica ha demostrado la existencia de una base genética en los TNC (Buiza-Navarret y col, 2007), llevando al uso reciente de biomarcadores neuropatológicos para la identificación de patologías neurodegenerativas como posibles etiologías (Albert y col, 2011).

Reportes recientes han demostrado que ciertos biomarcadores reflejan directamente patologías específicas como en el caso de la Enfermedad de Alzheimer donde se identifican marcadores como la proteína β -Amiloide 42 (A β 42) y la proteína Tau (García-Ribas y col, 2004), que al estar presentes en plaquetas, en conjunto con la depo-

sición de la proteína Tau en los ovillos neurofibrilares (Albert y col, 2011), muestran una sensibilidad del 95% y una especificidad del 83% para su diagnóstico (García-Ribas y col, 2004).

Sin embargo, existen diversos reportes que testifican que el uso de biomarcadores está pobremente comprendido actualmente y a pesar de que la capacidad de los biomarcadores como métodos coadyuvantes al diagnóstico, es muy elevada para la detección de los TNC, el establecer su gravedad o incluso seguir su progresión (Carrasco M.M. 2009), no se ven superados con una completa evaluación clínica dirigida a resaltar la búsqueda o ausencia de los criterios clínicos (Albert y col, 2011) (Fagan, y Perrin, 2012).

V. Propuesta y Conclusiones.

Se ha fundamentado a través de varios reportes que al establecerse una detección temprana de los TNC favorece el poder realizar intervenciones que detengan o retarden la aparición del proceso patológico e igualmente a futuro, auxiliar en la disminución de sus costos que produce la atención médica de estas patologías e igualmente las alteraciones sociales y familiares que conllevan (Montañéz, y Matallana, 2010).

Actualmente se empieza a prever una duplicación en la prevalencia de los TNC para los siguientes 20 años en la región de Latinoamérica (Delgado, y Salinas, 2009) y al acompañarse este problema con el aumento de la frecuencia de estas patologías en las prácticas clínicas no sólo limitadas a la consulta neurológica sino al resto de las consultas de otras especialidades médicas (Delgado, y Salinas, 2009) es necesario precisar su diagnóstico de manera correcta en base a la detección de sus criterios clínicos (Martínez-Rivera y col, 2008).

Por lo tanto, se da un alto valor al diagnóstico clínico y a los criterios referidos por el DSM-5 y se establece como propuesta final, que todo personal del área de la salud debe de tener el adecuado conocimiento clínico para realizar una correcta detección temprana de los trastornos neurocognitivos y establecer, a través de esto, una prevención adecuada para disminuir el impacto que presentan actualmente sobre la sociedad estas patologías.

Resúmenes curriculares:

Adrián Enrique Hernández Muñoz. Médico General, egresado de la Facultad de Medicina de la UAQ. Técnico Neurofisiólogo en la Clínica del Sistema Nervioso de la UAQ.

Hebert Luís Hernández Montiel. Doctor en Ciencias Biomédicas con Maestría en Ciencias. Titular de la Clínica del Sistema Nervioso de la UAQ.

Julián Valeriano Reyes López. Médico especialista en Psiquiatría, Maestría en Neurobiología. Médico Psiquiatra en la Clínica del Sistema Nervioso.

Moisés López González. Médico especialista en Neurología. Responsable Clínico de la Clínica del Sistema Nervioso.

Referencias bibliográficas:

- Albert M.S., DeKosky S.T., Dickson D., Dubois B., et al. (2011) The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 270-279.
- Bajenaru O., Tiu C., Antochi F., Roceanu A. (2012) Neurocognitive disorders in DSM 5 project - personal comments. *Journal of the Neurological Science*, 322(1-2), 9-17.
- Ben-Zeev D., Young M.A., Corrigan P.W. (2012) DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, 19(4), 318-327.
- Buiza-Navarrete J.J., Adrián-Torres J.A., González-Sánchez M. (2007) Marcadores neurocognitivos en el trastorno específico del lenguaje. *Revista Neurológica*, 44 (6), 326-333.
- Cano G.C., Matallana E.L., Reyes G.P., Montañés R.P. (2010) Cambios en la Actividad instrumental de la vida diaria en la Enfermedad de Alzheimer. *Acta Neurológica Colombiana*, 26 (3), 112-121.
- Casanova S.P., Casanova C.P., Casanova C.C. (2004) Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Medicina General Integral*, 20, 5-6.
- Carrasco M.M. (2009) Biomarcadores en la Enfermedad de Alzheimer: Definición, significación diagnóstica y utilidad clínica. *Psicogeriatría*, 1 (2), 101-114.
- Castillo R.A., De Luna C.J.A., López G.R., et al. (2014) Perfil neuropsicológico del trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer, vascular y trastorno frontotemporal en población mexicana. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 15(5), 259-266.
- Del Barrio V. (2009) Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología*, 30(2-3), 81-90.

- Delgado D.C., Salinas C.P. (2009) Evaluación de las alteraciones cognitivas en los adultos mayores. *Revista Hospital Clínica de la Universidad de Chile*, 20, 244-251.
- Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders. 5thed. DSM-5. (2013) American Psychiatric Association. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 1st ed. (1952) American Psychiatric Association (APA). Washington DC; APA.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. (1994) American Psychiatric Association (APA). Washington DC; APA.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., Text Revision ed. (2000) American Psychiatric Association (APA). DSM-IV-TR: American Psychiatric Association. Washington DC.
- Ehret A.M., Berking M. (2013) From DSM-IV to DSM-5: What has changes in the new edition? *Verhaltenstherapie*, 23 (1), 258-266.
- Fagan A.M., Perrin R.J. (2012) Upcoming candidate cerebrospinal fluid biomarkers of Alzheimer's disease. *Biomarkers Med*, 6 (4), 455-476.
- Francis J. (1992) Delirium in Older Patient. *Journal of American Geriatric Society*, 40, 829-838.
- Garand L., Lingler J.H., Conner K.O., Dew M.A. (2009) Diagnostic Labels, Stigma, and Participation in Research Related to Dementia and Mild Cognitive Impairment. *Research in Gerontological Nursing*, 2 (2), 112-121
- García-Maldonado G., Saldívar-González A.H., Llanes-Castillo, A., Sánchez-Juárez I.G. (2011) El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud Mental*, 34, 367-378.
- García-Ribas G., López Sendón J.L., García Caldentey J. (2004) Biomarcadores en la Enfermedad de Alzheimer. *Revista Neurológica*, 58 (8), 308-317.
- González-Chávez A., Vidales J.A., Camacho J., Alexanderson-Rosas E.G., Alcántara-Vázquez A. (1999) Síndrome de deterioro intelectual: Nuevos conceptos para el diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica del Hospital General México*, 62(1), 38-47.
- Gutiérrez-Robledo L.M., Arrieta-Cruz I. (2015) Demencias en México: La necesidad de un Plan de Acción. *Gaceta Médica de México*, 151, 667-673.
- Ham Chande R. (2011) Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. Consejo Nacional de Población.
- Haynes S.N., O'Brien W.H. (1988) The Gordian knot of DSM-III use: Interacting principles of behavioral classification and complex causal models. *Behavioral Assessment*, 10, 95-105.
- Husaina B., Gudlavalleti A.S.V., Moonis M. (2015) Risk Factors and Hospitalization Cost of Dementia Patients: Examining Race and Gender Variations. *Indian Journal of Community Medicine*, 40(4), 258-263.
- INEGI. (2011) Estimaciones del Consejo Nacional de Población. Población Media 1980-2000. Documento electrónico. Censo de Población y Vivienda, 2010.México.
- Knopman D.S., DeKosky S.T., Cummings J.L., et al. (2001) Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, 56, 11-43.
- Kraepelin, E. (1883) *Compendium der Psychiatrie*. Leipzig.
- Libre R.J., Ferri C.P., Acosta D., Guerra M., at al. (2008) Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet*, 9(372), 464-474.
- Libre-Rodríguez J., Gutiérrez Herrera R.F. (2014) Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40, 378-387.
- López-Alvarez J., Agüera-Ortiz L.F. (2015) Nuevos

- criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: Una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3-14.
- López-Pousa S, Lombardia F.C. (2014) ¿Demencia o Trastorno Neurocognitivo Mayor? Alzheimer. *Real Investigación Demencia*, 56, 3-6
- Martínez-Rieg M., Alfonso-Silguero S.A., Juncos-Martínez G. (2011) Síndrome Confusional Agudo: Gil Gregorio P. *Manual Del Residente de Geriatria*. Madrid, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 1, 38.
- Martínez-Rivera M., Menéndez-González M., Calatayud M.T., Pérez-Piñera P. (2008). Biomarcadores para la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias degenerativas. *Archivos de Medicina*, 4(3), 1-6.
- McKhann G.M., Knopman D.S., Chertkow H., Hyman B.T., Jack Jr C.R., Kawas C.H., Klunk W.E., Koroshetz W.J., Manly J.J., Mayeux R., Mohs R.C., Morris J.C., Rossor M.N., Scheltens P, Carrillo M.C., Thies B., Weintraub S., Phelps C.H. (2011) The Diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 263-269.
- Mejía A.S., Miguel J.A., Villa A., et al. (2007) Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública México*, 49 supl. 4.
- Montañez P., Matallana D. (2010) A neuropsychological glimpse to early detection of dementia. *Acta Neurológica Colombiana*, 26, 13-20.
- Mora-Simón S., García-García R., Perea-Bartolomé M.V., Ladera Fernández V., Unzueta-Arce J., Patiño-Alonso M.C., Rodríguez-Sánchez E. *Revista Neurológica*. 2012, 54 (5), 303-310.
- Pérez-García J.C. (2004) Diagnóstico diferencial y tratamiento de las demencias (síndrome de deterioro intelectual). En: *Memorias del XXVII Congreso Nacional de Medicina Interna*, 15 al 20 de noviembre de 2004, Center, Veracruz, México.
- Perez-Martinez V.T. (2005) El Deterioro Cognitivo: una mirada previsor. *Medicina General Integral*, 21, 1-2.
- Plassman B.L., Langa K.M., Fisher G.G., et al. (2007) Prevalence of Dementia in the United States: The Aging, Demographics and Memory Study, 29,125-132
- Regier D.A., Kuhl E.A., Kupfer D.J. (2013) The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12 (2), 92-98
- Ruiz de Sánchez C., Nariño D., Muñoz Cerón J.F. (2010) Epidemiología y carga de la Enfermedad de Alzheimer. *Acta Neurológica Colombiana*, 26 (3), 87-94.
- Sandín B. (2013) DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18 (3), 255-286.
- Solomon A., Mengialasche F, Richard E., Andrieu S., Bennett D.A., et al. (2014) Advances in the prevention of Alzheimer's disease and dementia. *Journal of Internal Medicine*, 275, 229-250.
- Spitzer R.L., Gibbson M., Skoldol, A.E., Williams J., First, M.B. (1994) *DSM-IV Casebook: A learning comparison to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Press.
- European Delirium Association, & American Delirium Society. (2014). The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Medicine*, 12, 141.
- Vicario A. (2013) Guía para la Evaluación de Trastornos Cognitivos en pacientes con Enfermedad Vascul. *Revista de la federación Argentina de Cardiología*, 42 (3), 1-92.