

Definición¹

DCL se refiere al deterioro cognitivo que no cumple con los criterios de demencia. Con déficit medible en la cognición en 1 dominio como mínimo, sin diagnóstico de demencia y sin deterioro funcional en actividades de la vida diaria.

- Sin alteración de las actividades de la vida diaria
- Reporte personal o de informante de deslizamiento cognitivo
- Deterioro Cognitivo Leve (DCL)
- Deterioro en 1 o más dominios cognitivos
- No cumple con los criterios para Demencia



Clasificación²

Alta Probabilidad



Presencia de los síntomas clínicos centrales y presencia de biomarcadores de daño neuronal y amiloide-beta

Probabilidad Intermedia



Presencia de los síntomas clínicos centrales y un único biomarcador positivo (ya sea depósito de amiloide o daño neuronal)

Poca Probabilidad de que se deba a la enfermedad de Alzheimer



Presencia de los síntomas clínicos centrales pero ninguno de los tipos de biomarcadores

Datos Estadísticos³



Hay una reducción en el número de neuronas y una disminución en el volumen cerebral de aproximadamente **5% por década** después de los **40 años**.



El deterioro cognitivo leve (DCL) **afecta al 10-15%** de la población **mayor de 65 años**.



La prevalencia de DCL en adultos mayores de **60 años es de aproximadamente 6,7% a 25,2%**. Aumenta con la edad y un menor nivel educativo y es más frecuente en hombres.



La tasa anual de progresión a la demencia es de aproximadamente del **5% al 17%**.



La prevalencia mundial de demencia en **2015 fue de 46,8 millones**, con un aumento proyectado a **131,5 millones para 2050**.



La enfermedad de Alzheimer (EA) representa el **60-80% de los casos de demencia**.

Diagnóstico²

Los criterios de diagnóstico para DCL incluyen la preocupación con respecto a un cambio en la cognición, función cognitiva anormal en uno o más dominios, actividad diaria normal y ausencia de demencia.

La entrevista exhaustiva sobre la historia del paciente, de informantes confiables para detectar las pistas clínicas es fundamental para hacer el diagnóstico. Se recomiendan evaluaciones básicas para detectar condiciones metabólicas debido a las presentaciones atípicas de estas condiciones en adultos mayores.

Las neuroimágenes deben realizarse de forma selectiva según esté clínicamente indicado. Las causas totalmente reversibles son raras y ocurren principalmente en pacientes quirúrgicos y depresivos.



Factores de Riesgo⁴



Edad avanzada



Tabaquismo



Gen APOE e4



Presión arterial alta



Diabetes



Colesterol elevado



Obesidad



Depresión



Falta de actividad física



Nivel educativo bajo



Participación poco frecuente en actividades mental o socialmente estimulantes

Causas⁵

Las diversas etiologías de DCL pueden ser:



Enfermedades sistémicas



Enfermedades neurológicas



Trastornos psiquiátricos



Medicamentos

Patogenia⁶



Hiperfusión e hipometabolismo en las cortezas temporoparietales



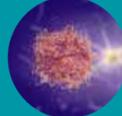
Atrofia del lóbulo temporal medial particularmente en las cortezas rinales



Tau elevada y tau fosforilada



Disminución del Aβ42 en el líquido cefalorraquídeo



Depósito de Aβ42 en el cerebro

Prevención²

El deterioro cognitivo leve puede progresar a la demencia, y los medicamentos aprobados en la actualidad solo podrían retrasar la progresión de algunos tipos de demencia, en particular la enfermedad de Alzheimer.

Además, los efectos de los medicamentos son modestos. Por lo tanto, es probable que la prevención del deterioro cognitivo leve sea la mejor forma de combatir la aparición de la demencia.

Los estudios sobre prevención del DCL cubren principalmente el síndrome de demencia en el que el DCL por enfermedad de Alzheimer es el tipo más frecuente, seguido de la demencia vascular.



Tratamiento⁷

Las intervenciones podrían clasificarse en 4 grupos:



Intervenciones farmacológicas



Suplementos de venta libre



Actividad Física



Entrenamiento Cognitivo

Los inhibidores de la colinesterasa se prescriben con frecuencia para DCL, a pesar de la falta de evidencia sobre su eficacia.

Las intervenciones de ejercicio y dieta son prometedoras para aumentar la reserva en DCL, y los programas psicoeducativos grupales que enseñan estrategias prácticas de memoria parecen ser efectivos.

Sin embargo, se necesita mayor trabajo para comprender mejor la fenomenología y la neurobiología del DCL y una mejor manera de evaluarlo y retrasar la progresión a la demencia.

Síntomas⁴



Olvidos cada vez más frecuentes



Olvidar eventos importantes como citas o compromisos sociales



Perder el hilo de los pensamientos o de las conversaciones, los libros o las películas



Medicamentos



Tener problemas para orientarse en entornos familiares



Mayor impulsividad o cada vez menos juicio



Preocupación de Familia y amigos por cualquiera de los cambios



Depresión



Irritabilidad y Agresión



Ansiedad



Apatía



Criterios de Diagnóstico²



Disponibilidad de datos subjetivos y objetivos de fuentes incluyendo al paciente, informante, médico y pruebas neuropsicológicas



Evaluaciones iniciales versus seriadas



Información Clínica

a) Presencia de quejas cognitivas (no solo de memoria) y por quién (paciente, informante, médico)

b) Evaluación del funcionamiento en las actividades de la vida diaria y diferenciación de los efectos cognitivos del deterioro motor.

c) Presencia de características no motoras comórbidas: depresión, ansiedad, apatía, psicosis, fatiga, trastornos del sueño y su impacto en la cognición y durante las pruebas neuropsicológicas.



Pruebas Neuropsicológicas

a) Selección de pruebas cognitivas específicas o instrumentos de cribado.

b) Estado motor ("encendido" versus "apagado") durante pruebas neuropsicológicas.

c) Demandas motrices de algunas pruebas neuropsicológicas.

d) Efecto de los trastornos del estado de ánimo, psicosis, fatiga y somnolencia diurna durante el desempeño de pruebas neuropsicológicas

Referencias Bibliográficas: 1. Sanford, A. M. (2017). Mild Cognitive Impairment. Clinics in Geriatric Medicine, 33(3), 325-337. doi:10.1016/j.cger.2017.02.005 / 2. Jongsiriyanyong, S., & Limpawattana, P. (2018). Mild Cognitive Impairment in Clinical Practice: A Review Article. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 1533317518791401. doi:10.1177/1533317518791401 / 3. Morley, J. E. (2018). An Overview of Cognitive Impairment Clinics in Geriatric Medicine. doi:10.1016/j.cger.2018.06.003 Anderson, N. D. (2019). State of the science on mild cognitive impairment (MCI). CNS Spectrums, 1-10. doi:10.1017/s1092852918001347 / Belrose, J. C., & Noppens, R. R. (2019). Anesthesiology and cognitive impairment: a narrative review of current clinical literature. BMC Anesthesiology, 19(1). doi:10.1186/s12871-019-0903-7 / 4. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). (2022). Mild Cognitive Impairment. Mayo Clinic. Rochester, Minnesota. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mild-cognitive-impairment/symptoms-causes/syc-20354578 / 5. Tangalos, E. G., & Petersen, R. C. (2018). Mild Cognitive Impairment in Geriatrics. Clinics in Geriatric Medicine. doi:10.1016/j.cger.2018.06.005 / Jongsiriyanyong, S., & Limpawattana, P. (2018). Mild Cognitive Impairment in Clinical Practice: A Review Article. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 1533317518791401. doi:10.1177/1533317518791401 / 6. Anderson, N. D. (2019). State of the science on mild cognitive impairment (MCI). CNS Spectrums, 1-10. doi:10.1017/s1092852918001347 / 7. Jongsiriyanyong, S., & Limpawattana, P. (2018). Mild Cognitive Impairment in Clinical Practice: A Review Article. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 1533317518791401. doi:10.1177/1533317518791401 / Anderson, N. D. (2019). State of the science on mild cognitive impairment (MCI). CNS Spectrums, 1-10. doi:10.1017/s1092852918001347