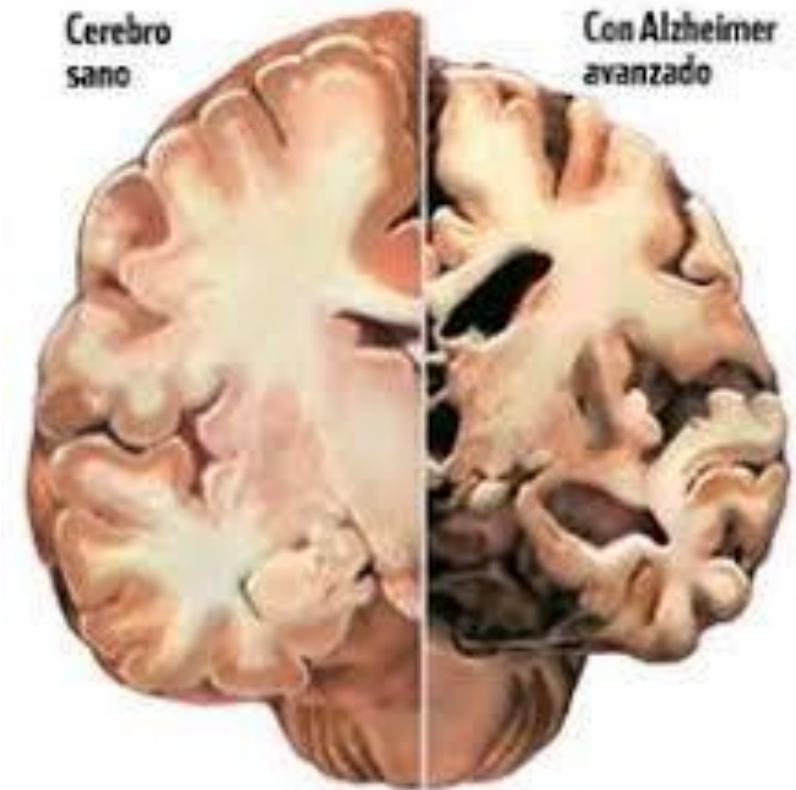


# **TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS**

- Son aquellos en los que la disfunción cognitiva no ha estado presente desde el nacimiento o la infancia temprana y, por tanto, representa un declive desde un nivel de funcionamiento adquirido previamente.



- Son síndromes cuya patología subyacente, y a menudo también la etiología, podría en principio determinarse. Las diversas enfermedades subyacentes han sido objeto de amplia investigación, experiencia clínica y consenso de expertos en cuanto a los criterios diagnósticos.



- Los criterios del DSM-5 para estos trastornos han sido desarrollados a través de una estrecha colaboración con grupos de expertos en cada una de las patologías, y están lo más cercanos posible a los actuales criterios de consenso de cada una. También se aborda la utilidad potencial de los biomarcadores en relación al diagnóstico.



- La demencia se incluye bajo la entidad recientemente nombrada como trastorno neurocognitivo mayor, aunque el uso del término demencia no se excluye en los subtipos etiológicos en los que el uso de este término es habitual.
- El DSM-5 reconoce un nivel menos grave de disfunción cognitiva, el trastorno neurocognitivo leve, que también puede ser objeto de atención clínica y que en el DSM-IV se incluía como trastorno cognoscitivo no especificado



- El término demencia se conserva en el DSM-5 para mantener la continuidad y puede utilizarse en aquellos ámbitos en los que médicos y pacientes estén acostumbrados a este término.
- Aunque demencia es el término utilizado habitualmente para trastornos como las demencias degenerativas que habitualmente afectan a las personas mayores, el término trastorno neurocognitivo se utiliza ampliamente y a menudo se prefiere para los trastornos que afectan a sujetos más jóvenes, como la disfunción secundaria a un traumatismo cerebral o a la infección por el VIH.





- La definición de TNC mayor es algo más amplia que la del término demencia, ya que los individuos con un declive sustancial en un único dominio pueden recibir este diagnóstico, en particular la categoría DSM-IV de Trastorno amnésico, que ahora se diagnosticaría como TNC mayor debido a otra afección médica y para la cual no se utilizaría el término demencia.



# Delirium





- El DELIRIUM es un síndrome cerebral orgánico agudo, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, depresión del nivel de conciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora.



# **Criteria diagnósticos**

A	B	C	D	E
<p>Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).</p>	<p>La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.</p>	<p>Una alteración cognitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).</p>	<p>Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.</p>	<p>En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen datos indicando que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.</p>

- Especificar si:
- Delirium por intoxicación por sustancias: Este diagnóstico debe establecerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia cuando los síntomas de los Criterios A y C predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para exigir atención clínica.

- Delirium por abstinencia de sustancia:
- Este diagnóstico solamente debe establecerse en lugar de un diagnóstico de síndrome de abstinencia de una sustancia cuando los síntomas de los Criterios A y C predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para exigir atención clínica.

- **Codificar** delirium por abstinencia de [sustancia específica]: 291.0 (F10.231) alcohol; 292.0 (F11.23) opiáceo; 292.0 (F13.231) sedante, hipnótico o ansiolítico; 292.0 (F19.231) otra sustancia o medicamento (o sustancia o medicamento desconocido). Delirium inducido por medicamento: Este diagnóstico se aplica cuando los síntomas de los Criterios A y C surgen como efecto secundario de un medicamento tomado con receta. Nota de codificación: El código CIE-9-MC para un delirium inducido por [medicamento específico] es 292.81. El código CIE-10-MC dependerá del tipo de medicamento. Si el medicamento es un opiáceo tomado como se ha recetado, el código es F11.921. Si el medicamento es un sedante, hipnótico o ansiolítico tomado como se ha recetado, el código es F13.921. Si el medicamento es una sustancia anfetamínica u otro estimulante tomado como se ha recetado, el código es F15.921. Para los medicamentos que no pueden incluirse en ninguna de estas clases (p. ej., dexametasona) y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etio-lógico pero se desconoce la clase específica, el código es F19.921.



- Delirium debido a otra afección médica:
- En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración puede atribuirse a una consecuencia fisiológica de otra afección médica.

- Delirium debido a etiologías múltiples:
- En la anamnesis, en la exploración física o en los análisis clínicos se obtienen evidencias de que el delirium tiene más de una etiología (p. ej., más de una afección médica etiológica, otra afección médica más una intoxicación por una sustancia o un efecto secundario de un medicamento).

- Especificar si:
- Agudo: Dura unas horas o días. Persistente: Dura semanas o meses.  
Especificar si:
- Hiperactivo: El individuo tiene un nivel hiperactivo de actividad psicomotora que puede ir acompañado de humor lábil, agitación o rechazo a cooperar con su asistencia médica.
- Hipoactivo: El individuo tiene un nivel hipoactivo de actividad psicomotora que puede ir acompañado de lentitud y aletargamiento próximos al estupor.
- Nivel de actividad mixto: El individuo tiene un nivel normal de actividad psicomotora aunque la atención y la percepción estén alteradas. También incluye individuos cuyo nivel de actividad fluctúa rápidamente.

# DELIRIUM POR ABSTINENCIA DE SUSTANCIA

- El nombre del delirium por abstinencia de una sustancia o medicamento empieza con la sustancia específica que se supone que está provocándolo (p. ej., alcohol).
- El código diagnóstico se escoge de los códigos específicos de cada sustancia incluidos en la nota de codificación del conjunto de criterios.

- El nombre del trastorno va seguido del curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto).
- A diferencia del método de registro de la CIE-10-MC, que combina en un único código el delirium por abstinencia de una sustancia o medicamento con el trastorno por consumo de una sustancia, en la CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico distinto para el trastorno por consumo de la sustancia.



- Por ejemplo, en el caso de un delirium por abstinencia agudo e hiperactivo que sucediera en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico sería 291.0 delirium por trastorno grave por consumo de alcohol, agudo e hiperactivo.
- También se añade un diagnóstico adicional de 303.90 trastorno grave por consumo de alcohol.

- Cuando se registra el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo moderado o grave de la sustancia (si existe), seguido de la palabra "con", seguida del nombre del delirium por abstinencia de la sustancia, seguida por el curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto).

- Por ejemplo, en el caso de un delirium por abstinencia agudo e hiperactivo que sucediera en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico sería F10.231 trastorno grave por consumo de alcohol con delirium por abstinencia alcohólica, agudo e hiperactivo. No se indica un diagnóstico separado para el trastorno grave por consumo de alcohol.

- Delirium inducido por medicamentos.
- El nombre del delirium por intoxicación con un medicamento empieza con la sustancia específica que se considera la causante del delirium (p. ej., dexametasona).
- El nombre del trastorno va seguido del curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). Por ejemplo, en el caso de un delirium inducido por un medicamento, agudo e hiperactivo, que apareciera en un hombre tratado con dexametasona como se le ha recetado, el diagnóstico es 292.81 (F19.921) delirium inducido por dexametasona, agudo e hiperactivo.

# Diagnóstico diferencial

- Trastornos psicóticos y trastornos bipolares y depresivos con características psicóticas. El delirium que se caracteriza por alucinaciones vívidas, delirios, alteraciones del lenguaje y agitación debe distinguirse del trastorno psicótico breve, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme y otros trastornos psicóticos, y también de los trastornos bipolares y depresivos con características psicóticas.



- Trastorno de estrés agudo. El delirium asociado a temor, ansiedad o síntomas disociativos, como la despersonalización, debe distinguirse del trastorno de estrés agudo, que está precipitado por la exposición a un acontecimiento traumático grave. Simulación y trastorno facticio.
- El delirium puede distinguirse de estos trastornos en base a la presentación a menudo atípica que aparece en la simulación y el trastorno facticio, y a la ausencia de otra afección médica o sustancia etiológicamente relacionada con la aparente alteración cognitiva.

- Otros trastornos neurocognitivos. El problema más común en el diagnóstico diferencial de la con-fusión en los ancianos es distinguir los síntomas del delirium de los de la demencia. El clínico debe determinar si el individuo tiene un delirium, un delirium superpuesto a una TNC preexistente, como el debido a la enfermedad de Alzheimer, o un TNC sin delirium.

- La tradicional distinción entre el delirium y la demencia en base a lo agudo del inicio y al curso temporal es especialmente difícil en los ancianos que ya tienen un TNC previo no diagnosticado o que desarrollan deterioro cognitivo persistente tras un episodio de delirium. 3.3 Otro delirium especificado 780.09 (R41.0)

Otro delirium especificado

- Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un delirium que provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del delirium ni de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos neurocognitivos.

- La categoría de otro delirium especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico desea comunicar el motivo específico por el que el cuadro clínico no cumple los criterios de ningún delirium ni ningún trastorno neurocognitivo específico. Se anota "Otro delirium especificado" seguido del motivo específico (p. ej., Delirium atenuado).

- Un ejemplo de un cuadro clínico que puede especificarse utilizando la designación de "otro especificado" es el siguiente: Delirium atenuado: Este síndrome se aplica en los casos de delirium en que la gravedad del trastorno cognitivo se queda corto con respecto a lo que exige el diagnóstico, o bien cumple algunos de los criterios diagnósticos del delirium pero no todo.

Delirium no especificado



- Esta categoría se aplica a los cuadros clínicos en los que predominan los síntomas característicos de un delirium que provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del delirium ni de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos neurocognitivos.

- La categoría de delirium no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de delirium, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en las salas de urgencias).

# **Trastornos neurocognitivos mayores y leves**

# **Criteria diagnósticos**

A	B	C	D	E
<p>Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.</p>	<p>El deterioro neurocognitivo no sucede exclusivamente en el transcurso de un delirium y persiste más allá de la duración habitual de la intoxicación y la abstinencia agudas.</p>	<p>La sustancia o medicamento involucrados, así como la duración y la magnitud de su consumo, son capaces de producir el deterioro neurocognitivo.</p>	<p>El curso temporal de los déficits neurocognitivos es compatible con el calendario de consumo y abstinencia de la sustancia o medicación (es decir, los déficits se mantienen estables o mejoran tras un período de abstinencia).</p>	<p>El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica y no puede explicarse mejor por otro trastorno mental.</p>

- Especificar si debido a:
- Enfermedad de Alzheimer.
- Degeneración del lóbulo frontotemporal.
- Enfermedad por cuerpos de Lewy.
- Enfermedad vascular
- Traumatismo cerebral.
- Consumo de sustancia o medicamento Infección por VIH.
- Enfermedad por priones.
- Enfermedad de Parkinson.
- Enfermedad de Huntington.
- Otra afección médica.
- Etiologías múltiples.
- No especificado

# **Trastorno neurocognitivo leve**

Criterios diagnósticos.

A	B	C	D
<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) basadas en: 1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva, y 2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.</p>	<p>Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).</p>	<p>Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.</p>	<p>Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).</p>



- **Especificar si debido a:**
- Enfermedad de Alzheimer
- Degeneración del lóbulo frontotemporal
- Enfermedad por cuerpos de Lewy
- Enfermedad vascular
- Traumatismo cerebral
- Consumo de sustancia o medicamento
- Infección por VIH
- Enfermedad por priones
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Huntington
- Otra afección médica
- Etiologías múltiples
- No especificado

- Para un trastorno neurocognitivo leve debido a cualquiera de las etiologías médicas citadas, aplicar el código 331.83 (G31.84). No usar códigos adicionales para las supuestas afecciones médicas etiológicas. Para un trastorno neurocognitivo leve inducido por una sustancia o un medicamento, aplicar el código en base al tipo de sustancia. Véase Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancia/medicamento. Para un trastorno neurocognitivo leve no especificado aplicar el código 799.59 (R41.9)

# Características diagnósticas

- Los TNC mayor y leve presentan un espectro de disfunciones cognitivas y funcionales. El TNC mayor se corresponde con la afección a la que el DSM-IV se refiere como demencia, que se mantiene como alternativa en el presente volumen. La característica esencial del TNC es el declive cognitivo adquirido en uno o más dominios de la cognición (Criterio A), basado tanto en
  - 1) La preocupación acerca de la cognición por parte del propio individuo, de un informante que le conoce o del clínico, como en
  - 2) Un rendimiento en una evaluación objetiva menor del esperado o que ha empeorado a lo largo del tiempo.

- Para el trastorno neurocognitivo mayor: Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la enfermedad de Alzheimer posible.
- 1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
- 2. Aparecen los tres siguientes:

- a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).
- b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
- c. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

Trastorno neurocognitivo mayor o leve  
inducido por sustancias /medicamentos

A	B	C	D	E
<p>Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.</p>	<p>El deterioro neurocognitivo no sucede exclusivamente en el transcurso de un delirium y persiste más allá de la duración habitual de la intoxicación y la abstinencia agudas.</p>	<p>La sustancia o medicamento involucrados, así como la duración y la magnitud de su consumo, son capaces de producir el deterioro neurocognitivo.</p>	<p>El curso temporal de los déficits neurocognitivos es compatible con el calendario de consumo y abstinencia de la sustancia o medicación (es decir, los déficits se mantienen estables o mejoran tras un período de abstinencia).</p>	<p>El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica y no puede explicarse mejor por otro trastorno mental.</p>

# Características diagnósticas



- El TNC mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos se caracteriza por déficits neurocognitivos que persisten más allá de las duraciones habituales de la intoxicación y la abstinencia agudas (Criterio B). Inicialmente, estas manifestaciones pueden reflejar una lenta recuperación de las funciones cerebrales tras un período de consumo de sustancias prolongado. Pueden observarse mejorías en los indicadores neurocognitivos y de neuroimagen a lo largo de muchos meses.

- Si el trastorno se mantiene durante un período prolongado, se debe utilizar el especificador persistente. La sustancia en cuestión y su uso deben estar reconocidos como potencial causa de las alteraciones observadas (Criterio C).
- Aunque pueden verse deterioros inespecíficos en un rango de habilidades cognitivas con casi cualquier sustancia de abuso y con diversos medicamentos, algunos patrones aparecen con más frecuencia con determinadas clases de sustancia.

- Por ejemplo, el TNC debido a fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., benzodiazepinas, barbitúricos) puede presentar mayor alteración de la memoria que de otras funciones cognitivas. El TNC inducido por alcohol a menudo se manifiesta por una combinación de disfunción en los dominios de función ejecutiva, memoria y aprendizaje.

- El curso temporal del TNC inducido por sustancias debe concordar con el del uso de la sustancia en cuestión (Criterio D). En el TNC amnésico confabulatorio inducido por alcohol (de Korsakoff), los síntomas incluyen una amnesia prominente (importante dificultad para aprender información nueva, que se olvida rápidamente) y tendencia a confabular.

- Estas manifestaciones pueden aparecer junto con signos de encefalopatía por déficit de tiamina (encefalopatía de Wernicke), con características asociadas como el nistagmo y la ataxia. La oftalmoplejía de la encefalopatía de Wernicke se caracteriza típicamente por una parálisis de la mirada lateral.

- Además de o independientemente de los síntomas neurocognitivos más comúnmente relaciona-dos con el uso de la metanfetamina (p. ej., dificultades en el aprendizaje, la memoria y la función ejecutiva), el consumo de metanfetamina puede asociarse con signos de daño vascular (p. ej., debilidad focal, descoordinación unilateral, reflejos asimétricos). El perfil neurocognitivo más común se aproxima al observado en el TNC vascular.

# Diagnóstico diferencial

- Los individuos con trastornos por consumo de sustancias, intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias tienen un riesgo aumentado de presentar otras afecciones que bien de manera independiente, bien a través de un efecto combinado, pueden tener como resultado una alteración neurocognitiva. Éstas incluyen los antecedentes de traumatismo cerebral y las infecciones que pueden acompañar al trastorno por uso de sustancias (p. ej., VIH, virus de la hepatitis C, sífilis).



- Por tanto, la presencia de TNC mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos debe diferenciarse de los TNC que surgen fuera del contexto del uso, la intoxicación y la abstinencia de sustancias, incluyendo estos trastornos acompañantes (p. ej., traumatismo cerebral)

Trastorno Neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson.

# Criterios diagnósticos.

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El trastorno aparece en el transcurso de la enfermedad de Parkinson establecida.
- C. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión rápida.
- D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

