Escalas Psicométricas. Utilidad y uso en el paciente PPP y EA

Dr. E . Sacanella Sección Geriatría. Servicio MDI Hospital Clínico. Barcelona

Introducción

- Tests que permiten evaluar las funciones mentales y cambios de ellas debidas a enfermedad o al propio envejecimiento.
- Funciones mentales a examinar:
 - Estado cognitivo
 - Estado emocional
 - Alteraciones de la personalidad y conducta.

Funciones cognitivas dispersas

1.- Atención/Concentración/Orientación



- Sistema reticular
- Lób. prefrontal, temporal.
- Lób. parietal posterior

- 2.- Memoria
- Hipocampo
- Diencéfalo
- 3.- Funciones intelectuales de orden superior, personalidad y conducta social

Lóbulos frontales

- abstracción
- resolución problemas
- planificación

- iniciación
- conducta social
- flexibilidad mental

Funciones cognitivas localizadas

2.- En Hemisferio dominante

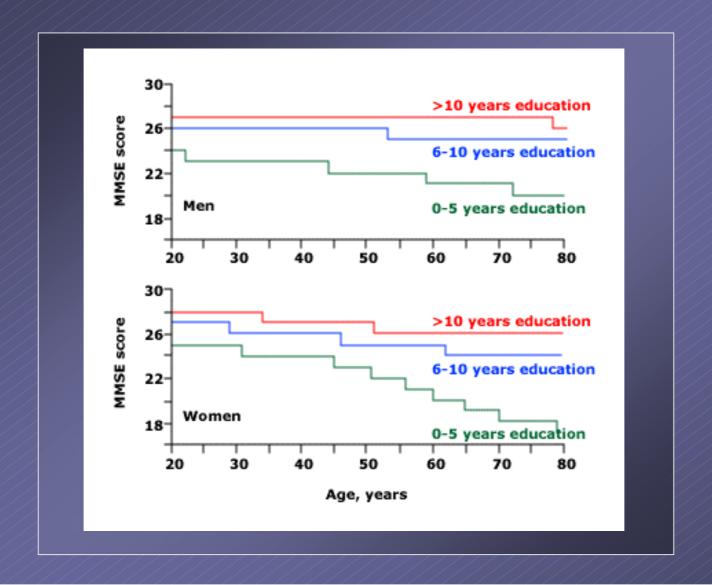
- Lenguaje
- Cálculo
- Praxias (control motor de orden superior)

3.- En Hemisferio no dominante

- Atención dirigida espacialmente * (negligencia)
- Capacidad visuoperceptiva compleja* (agnosia)
- Habilidad construccional
- Componentes prosódicos del lenguaje (tono, entonación, melodía).

Test psicométricos. Aspectos a valorar

- Atribuibles al sujeto evaluado:
 - Edad
 - Nivel de estudios
 - Colaboración/Apatía.
 - Población estudiada
- Atribuibles a la escala utilizada
 - Intensidad de la evaluación
 - Validación prueba
 - Fiabilidad
 - Variabilidad
- Atribuibles a la enfermedad causante



Cambios en MMSE según edad, formación y sexo

Características del test psicométrico ideal

- Simplicidad
- Aplicabilidad
- Sensibilidad y especificidad óptima
- Validado (población y entorno)
- Vigencia
- Fiable
- Variedad

Conceptos estadísticos

Resultado de la	Verdadero diagnóstico		
prueba	Enfermo	Sano	
Positivo	Verdaderos Positivos (VP)	Falsos Positivos (FP)	
Negativo	Falsos Negativos (FN)	Verdaderos Negativos (VN)	

- Sensibilidad (S)

S= VP/VP+FN

- Especificidad (E)

E = VN/VN+FP

- Valor Predictivo Positivo (VPP)

(VPP=VP/VP+FP)

- Valor Predictivo Negativo (VPN) (VPN= VN/VN+FN)

Ejemplo

- Prevalencia Alzheimer población española
 - Grupo 65-69 años: 1%
 - Grupo 80-84 años: 16.5%
- Aplicación MMSE (S: 90%; E: 91%) para detección demencia:

	65-69a	80-84a
VPP	9%	66%
VPN	99,9%	97,8%

Objetivos de las Escalas Psicométricas

- Detección de deterioro cognitivo:
 - Deterioro cognitivo leve
 - Demencia
- Orientación en el Diagnostico diferencial del deterioro cognitivo.
- Seguimiento evolutivo del estado mental.
- Respuesta al tratamiento específico.

Estado cognitivo y envejecimiento normal

	Funciones preservadas	Funciones alteradas
Rendimiento intelectual general	Inteligencia verbal	Inteligencia no verbal; velocidad procesado información
Atención	Atención unifocal mantenida	Atención multifocal (dividida)
Func. ejecutiva	Habituales	Nuevas
Memoria	Remota, Semántica, Procedimiento	Aprendizaje y recordar nueva información
Lenguaje	Comprensión, Sintaxis	Fluencia; Punta de Iengua
Habilidad visuoespacial	Construcción; Copia	Construcción mental;Copia compleja
Psicomotricidad		Enlentecimiento

¿El paciente anciano PPP tiene más alteraciones cognitivas que el anciano sano?

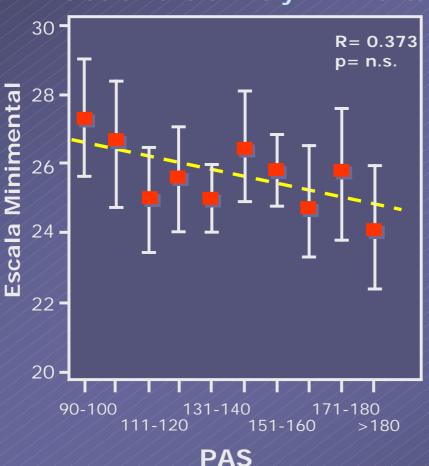
SÍ

- HIPERTENSIÓN ARTERIAL
 - DIABETES MELLITUS
- INSUFICIENCIA CARDIACA
- OTRAS COMORBILIDADES

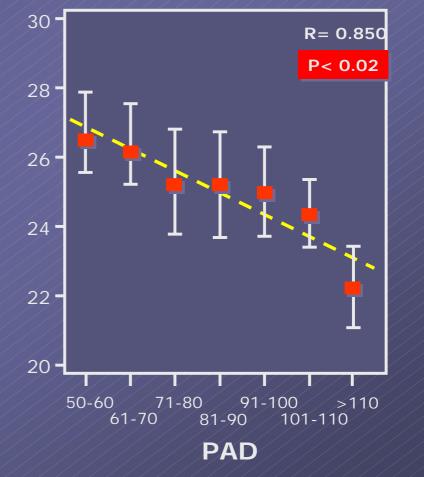
Presión Arterial y Deterioro Cognitivo

1106 individuos de Campania (Italia) entre 65 y 95 años

Relación entre PAS y Minimental



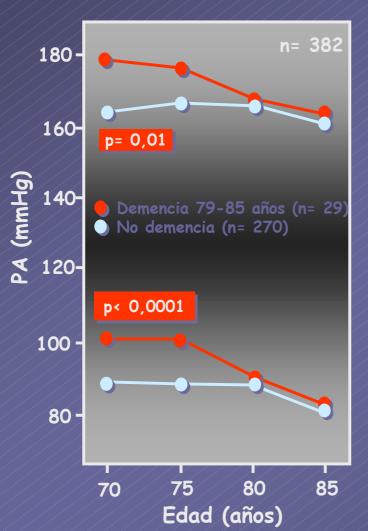
Relación entre PAD y Minimental



J Hypertens 1997; 15: 135-142

Presión Arterial y Demencia

Seguimiento durante 15 años en el Estudio de Göteborg



Presión arterial a los 70 años en relación a la aparición de demencia entre los 79 y 85 años

Clínica	PAS (IC 95%)	PAD (IC 95%)
No demencia	164 (159-169)	92 (89-94)
	176 (156-195)	
Demencia vascula	r178 (161-194)	100 (91-109)
Cualquier tipo	178 (166-190)	101 (94-108)

p < 0,01 respecto a no demencia

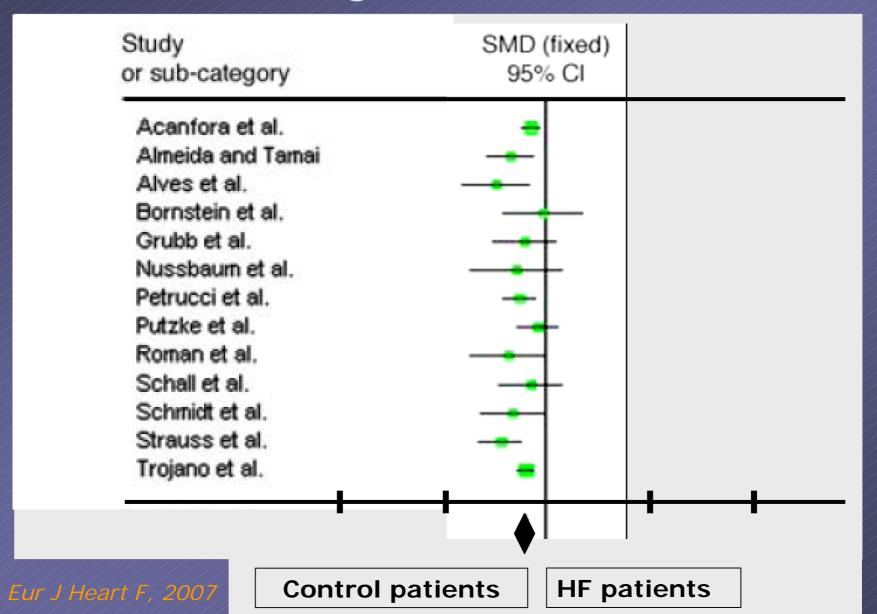
Deterioro cognitivo y HTA

- Existe asociación entre HTA y alteraciones cognitivas independiente de la existencia de lesión cerebral demostrada (ictus).
- Alteraciones cognitivas variadas:

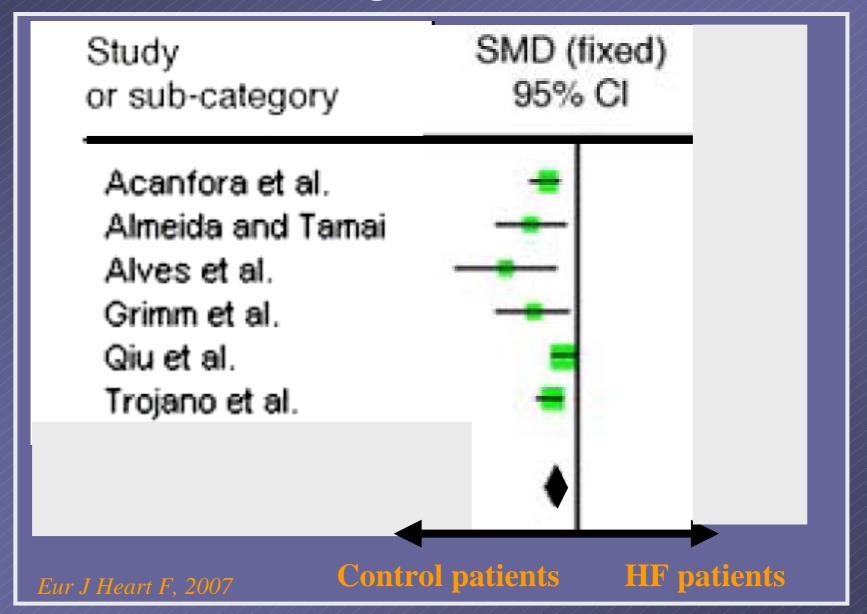
Atención Función ejecutiva Fluencia verbal Capacidad visuoespacial Memoria.

 HTA debe considerarse un factor de riesgo de demencia y el tratamiento puede minimizarlo.

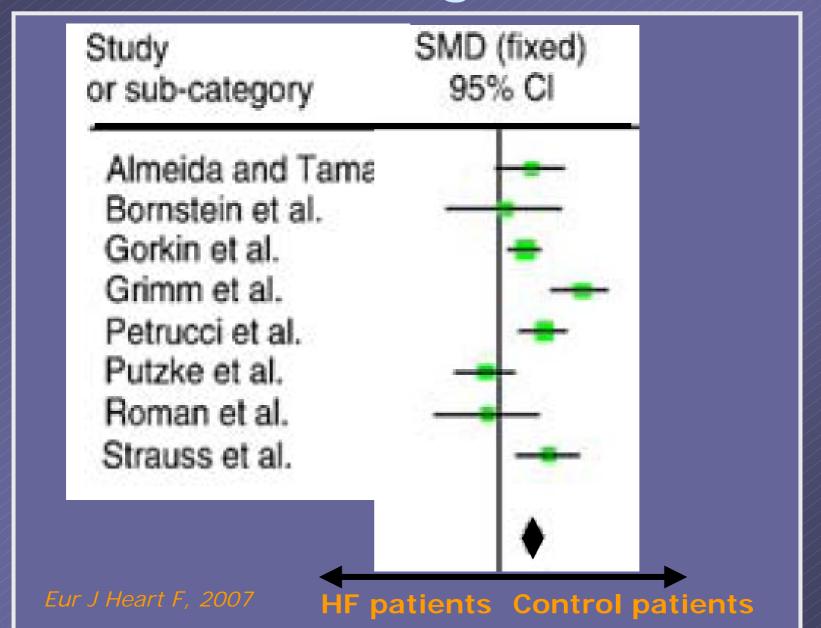
IC y Memoria



IC y MMSE



Trail Making Test-A



IC y Deterioro cognitivo

- Prevalencia de deterioro cognitivo en IC variable: 25-74%
- Dominios más afectados:

Memoria. Atención Flexibilidad mental Alteraciones cognitivas globales

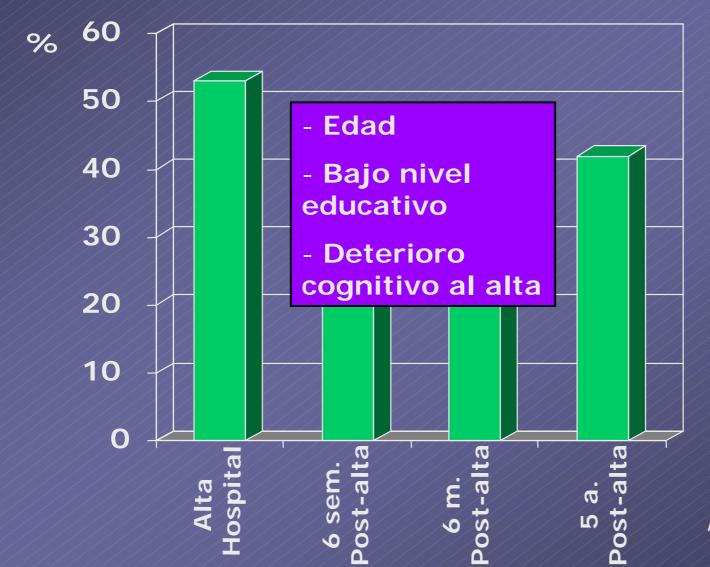
RR 1,62

- Mecanismos: hipoperfusión y embolias múltiples?
- Alteraciones parcialmente reversibles

Cirugía de revascularización miocárdica y deterioro cognitivo

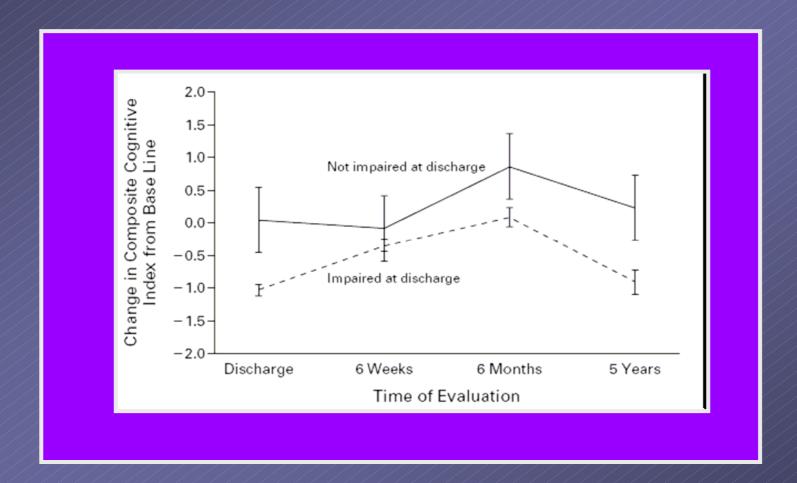
- Elevada incidencia de deterioro cognitivo tras PAC (75-80% pacientes al alta del hospital)
- Mayor riesgo en los más ancianos
- Dominios afectados
 - Atención
 - Concentración
 - Función visuoespacial
- Evolución a largo plazo controvertida:
 - Recuperación parcial en 6-12m.

Incidencia de deterioro cognitivo tras cirugía de revascularización miocárdica



N = 26161 ± 10a

Función cognitiva tras cirugía de revascularización miocárdica



DM tipo II y deterioro cognitivo

- Asociación incontrovertible:
 - DM y deterioro cognitivo
 - DM y demencia vascular
- Asociación discutida entre DM y EA.
- Dominios posiblemente afectados:
 - Atención
 - Memoria verbal
 - Función ejecutiva

- Mecanismo multifactorial:

 - vascularhiperglicemia/hiporesistencia a la insulina

DM tipo II y demencia

Demencia	RR (IC 95%)
Enf Alzheimer total - sin enf. vascular - con enf. Vascular	1,9 (1,2 hasta 3,1) 1,8 (1,1 hasta 3,0) 3,0 (1,0 hasta 9,3)
Demencia Vascular Otras demencias	3,0 (1,0 hasta 9,3) 2,0 (0,7 hasta 5,6) 1,6 (0,5 hasta 5,0)

Grupo control: pacientes no diabéticos

DM tipo II y demencia

- Factor de riesgo de demencia: sobretodo si coexiste alelo epsilón4 de la ApoE
 - Demencia RR 1,5 (1,01 2,2)
 - D. Alzheimer 1,8 (1,1 2,9); 5,5 (2,2 13,7)
 - D. Vascular 2,3 (1,1 hasta 5,0)
- Factor de riesgo de deterioro cognitivo leve de cualquier tipo.

Comorbilidad y alteraciones cognitivas.

	Sintomas	R. Pemencia	Memoria	Atención	· ejecutivas	Lenguaie	अंडाव्डक्वंति	F. Piconotil	Conducto
Cirugía cardiaca	Post- Ox	EA DV	Verbal y visual alterada		variable	Sin cambios	Alterad a a veces		depresió n
НТА	Puede mejora rcon tto	EA DV	Verbal y visual alterada		alterada	Fluencia alterada	Alterad a a veces; sobreto do si DM		variable
DM	Puede mejora r	EA DV DP	verbal		pensamie nto abstracto	S/¢	Alterad a a veces; sobreto do si HTA	S/C	variable
EPOC	O2: puede mejora r	?	Verbal y visual alterada		pensamie nto abstracto	s/c	Ś/C		variable

Otras comorbilidades asociadas a deterioro cognitivo

- Síndrome apnea obstructiva durante el sueño (SAOS).
- Deficiencia nutricional
- Hipotiroidismo
- Fármacos
- Poliquimioterapia

¿Qué escalas psicométricas disponemos?

- Escalas de cribado de deterioro cognitivo
- Escalas funcionales/evolutivas

MI/MF

- Escalas Basadas en el Informador

- Baterías neuropsicológicas
- Escalas de evaluación de la personalidad y conducta NRL/NPS
- Escalas para evaluar estado emocional

Instrumentos de cribado del deterioro cognitivo.

```
    Mini-Mental State Examination (MMSE) 10'
    Short Portable Mental Status Questionnaire – Pfeiffer (SPMSQ) 5'
    Test del Reloj 5'
```

- Euro-Test (T. Del dinero)	7′
- Prueba cognitiva de Leganés	11′
- Test de los 7 minutos (*)	9′
- Set-Test	4′
- Mini-Cog	4′
- Memory Impairment Screen (MIS)	4′
- Test de alteración de la memoria (T@M)	5′

Escalas funcionales/evolutivas:

- Global Deterioration Scale (GDS) (Reisberg-FAST).
- Escala de Demencia de Blessed (BDRS).
- Clinical Dementia Rating (CDR)

Escala basada en el informador:

- Test del Informador (IQCODE)

Baterías neuropsicológicas.

 Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica (PIEN). T.
 Barcelona

 Cambridge Mental Disorders for the Elderly Examination (CAMDEX) (CAMCOG)

- Batería neuropsicológica CERAD.

Escalas de evaluación personalidad-conducta y estado emocional

- Síntomas no cognitivos:
 - Neuropsychiatric Inventory de Cummings (NPI).
 - Behavioural Pathology In Alzheimer's disease Rating Scale (BEHAVE-AD)
- Depresión: Cornell Depresión Scale in Dementia
- Psicosis: Columbia University Scale for Psycopathology
- Agitación: Cohen-Mansfield Agitation Inventory.

Test de Cribado: MMSE

Orientación temporal					
Día Día	0	1			
Fecha Orientación	0	1			
Estación	0	1			
Año	0	1			
Orientación espacial		_			
Hospital o lugar	0	1			
Planta	0	1			
Ciudad Memoria	0	1			
Nación	0	1			
	0				
Fijación Repita estas 3 palabras hasta aprenderlas:					
Papel	0	1			
Bicicleta Atención	0	1			
Cuchara	0	1			
Concentración (sólo una de las 2 opciones)					
a) Restar desde 100 de 7 en 7	0 1 2	3 4 5			
b) Deletree la palabra «MUNDO» al revés	0 1 2	0 1 2 3 4 5			
Memoria					
¿Recuerda las 3 pal Cálculo	0 1 2	3			
Lenguaje					
Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?	0	1			
Repetirlo con el reloj	0	1			
Repita esta frase: «N Coja este papel con Draviac	0 iesa 012	1 a			
Coja este papel con Praxias	0 1 2	1			
CIERRE LOS OJOS	0	,			
Escriba una frase:	0	1			
Copie este dibujo	0	1			
Lenguaje					
Años escolarización =					
		, , , , , ,			

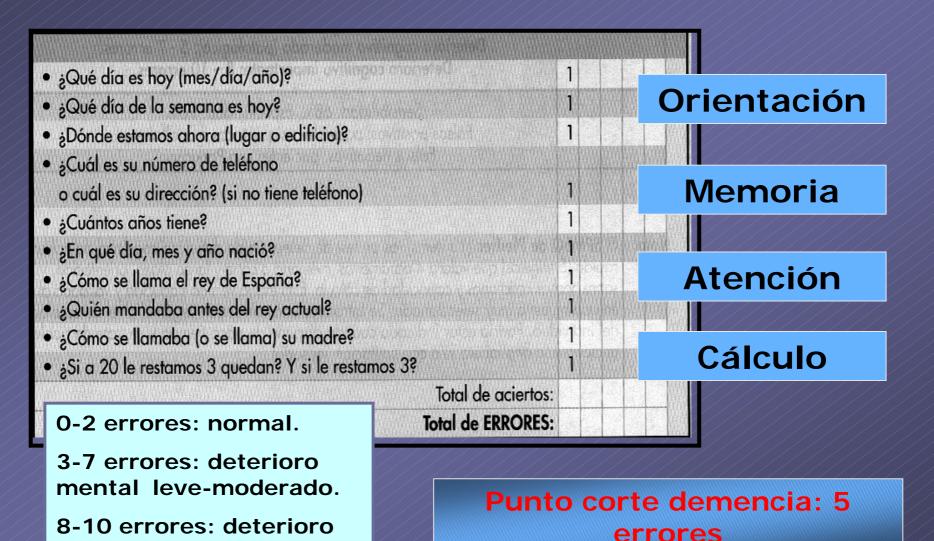
Test de Cribado: MMSE

Puntos de corte:

- Analfabetos (17/18 sobre 30):
 - S(89%) E(100%)
- Leen y escriben (20/21 sobre 30):
 - S(85%) E (89%)
- Estudios Primarios o más (23/24 sobre 30):
 - S (90%) E (91%)

- Indicado en sujetos con nivel adecuado de escolaridad.
- Limitaciones:
 - Analfabetos
 - Déf. Sensorial
 - Depresión
 - Edad muy avanzada
 - Déficit cognitivo muy ligero, focal o predominio frontal
 - Efecto suelo

Test de Cribado: Pfeiffer



mental severo.

Med Clin (Barc), 2001)

Test de Cribado: Pfeiffer

- Punto de corte: 3 ó más errores:
 - sensibilidad 86%
 - especificidad 79%

- Indicado:
 - Poco tiempo
 - Limitación sensorial
 - Población mayor de bajo nivel cultural.
- Limitaciones:
 - Poco sensible si déficit cognitivo leve.

Test de Cribado: Test alteración de la Memoria (T@M)

MEMORIA INMEDIATA: cereza, hacha, elefante, piano, verde.

- 1. Le he dicho una fruta, ¿cuál era? 0 1
- 2. Le he dicho una herramienta, ¿cuál era? 0 1 "
- 3. Le he dicho un animal, ¿cuál? 0 1 "
- 4. Le he dicho un instrumento musical, ¿cuál? 0 1 "
- 5. Le he dicho un color, ¿cual? 0 1 "

Repita: TREINTA GATOS GRISES SE COMIERON TODOS LOS QUESOS

- 6. ¿Cuántos gatos había? 0 1; 7. ¿De qué color eran? 0 1;
- 8. ¿Qué se comieron? 0 1

Repita: UN NIÑO LLAMADO LUIS JUGABA CON SU BICICLETA:

9. ¿Cómo se llamaba el niño? 0 - 1; 10. ¿Con qué jugaba? 0 - 1

MEMORIA DE ORIENTACIÓN TEMPORAL: 11. Día semana 0 - 1; 12. Mes 0 - 1; 13. Día de mes 0 - 1; 14. Año 0 - 1; 15. Estación 0 - 1

MEMORIA REMOTA SEMÁNTICA

- 16. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? 0 1
- 17. ¿Cómo se llama el profesional que arregla coches? 0 1
- 18. ¿Cómo se llamaba el anterior presidente del gobierno? 0 1
- 19. ¿Cuál es el último día del año? 0 1
- 20. ¿Cuántos días tiene un año que no sea bisiesto? 0 1
- 21. ¿Cuántos gramos hay en un cuarto de kilo? 0 1
- 22. ¿Cuál es el octavo mes del año? 0 1
- 23. ¿Qué día se celebra la Navidad? 0 1
- 24. Si el reloj marca las 11 en punto, ¿en qué número se sitúa la aguja larga? 0 1
- 25. ¿Qué estación del año empieza en septiembre después del verano? 0 1
- 26. ¿Qué animal bíblico engañó a Eva con una manzana? 0 1
- 27. ¿De qué fruta se obtiene el mosto? 0 1
- 28. ¿A partir de qué fruto se obtiene el chocolate? 0 1
- **29**. ¿Cuánto es el triple de 1? **0 1**
- 30. ¿Cuántas horas hay en dos días? 0 1

Test de Cribado: (T@M)

MEMORIA DE EVOCACIÓN LIBRE

- **31.** De las palabras iniciales, ¿cuales podría recordar? 0 1 2 3 4 5
- 32. ¿Recuerda la frase de los gatos? 0 1 2 3 (un punto por idea)
- 33. ¿Recuerda la frase del niño? 0 1 2 (un punto por idea)

MEMORIA DE EVOCACIÓN CON PISTAS

- **34.** ¿ qué fruta era? **0 1**
- 35. ¿ que herramienta era ? 0 1
- **36.** ¿ qué animal era ? **0 1**
- 37. ¿ qué instrumento era ? 0 1
- **38.** ¿ que color era ? **0 1**

- ¿Se acuerda de la frase de los gatos?
- 39. ¿Cuántos gatos había? 0 1
- 40. ¿De qué color eran? 0 1
- **41**. ¿Qué comían? **0 1**
- ¿Se acuerda de la frase del niño?
- **42.** ¿Cómo se llamaba? **0 1**
- 43. ¿Con qué estaba jugando? 0 1

Test de Cribado: (T@M)

Máxima puntuación: 50 puntos; dar la global y por apartados

Tiempo de aplicación: entre 4' 37" y 6' 20"

Punto de corte:

- 37: sensibilidad y especificidad (96 y 79%) para DCL-A.
- 28: sensibilidad y especificidad (92 y 98%) para EA inicial; y 87 y 82 para diferenciar DCL y EA inicial.

Test de Cribado: (MIS)

Cuchara

Manzana

Martillo

Jirafa

- -Leer las 4 palabras; Asignarlas a 4 categorías distintas
- -Tarea distractora no semántica 2-3' (p. Ej.:contar)
- -Recuerdo libre de palabras
- -Recuerdo facilitado de palabras no recordadas
- Puntuación (0-8; punto de corte 4) Sensibilidad (86%) y Especificidad (97%)
- -Útil en EA; Poco tiempo; Escala no muy difundida en España

Dominios cognitivos explorados en tests de cribado

	Atención	Memoria	Expr. oral	Fluencia verbal	Constr. Visual	Razona- miento	Otros
MMSE	+	+	+		+		+
SPMS	+	+					+
T. reloj					+		+
Minicog		+			+		+
T. 7 '.		+		+	+		+
Set-Test				+			
MIS		+					+
TMT					+		+
T. info.							+

Escala funcional/evolutiva: Reisberg

GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	NormalMEC: 30-35	 Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos. 	 No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. OlvidoMEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	 Quejas de perdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Déficit cognitivo leve	• Deterioro límite - MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan tamiliares y amigos	 Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: haberse perdido en un lugar no familiar evidencia de rendimiento laboral pobre dificultad para recordar palabras y nombres tras la lectura retiene escaso material olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa,o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad levemoderada

Escala funcional/evolutiva: Reisberg

GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve - MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	 Defectos manifiestos en: olvido de hechos cotidianos o recientes déficit en el recuerdo de su historia personal dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Frecuentemente no hay defectos en: orientación en tiempo y persona reconocimiento de caras y personas familiares capacidad de viajar a lugares conocidos Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	 Enfermedad de Alzheimer moderada - MEC: 10-19 	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	 Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos

Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
▶GDS 6. Déficit cognitivo grave	 Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12 	 Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e) disminución de la continencia fecal 	 Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporo espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
▶GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	• Enfermedad de Alzheimer grave - MEC: 0	 Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreir f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida 	 Perdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Con frecuencia se observan signos neurológicos

Escala funcional/evolutiva: Blessed

- Evalúa 3 áreas:
 - Cambios en la ejecución de AIVD
 - Cambios en algunas ABVD
 - Cambios personalidad conducta
- Punto de corte: > 8 (0-28)
- Datos recogidos de un informador fiable.

Escala Blessed: ejecución AIVD

		Total	Parcial	Ninguna
1	Incapacidad para realizar tareas domésticas	1	0,5	0
2	Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	0,5	0
3	Incapacidad para recordar listas cortas de elementos (p.e. compras, etc)	1	0,5	0
4	Incapacidad para orientarse en casa	1	0,5	0
5	Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	0,5	0
6	Incapacidad para valorar el entorno (p.e. reconocer si está en casa o en el hospital, discriminar entre parientes, médicos y enfermeras, etc)	1	0,5	0
7	Incapacidad para recordar hechos recientes (p.e. visitas de parientes o amigos, etc)	1	0,5	0
8	Tendencia a rememorar el pasado	1	0,5	0

Escala Blessed: ABVD

Comer

a	Limpiamente, con los cubiertos adecuados	0
b	Desaliñadamente, sólo con la cuchara	1
c	Sólidos simples (galletas, etc)	2
d	Ha de ser alimentado	3

Vestirse

a	Se viste sin ayuda	0
b	Fallos ocasionales (p.e. en el abotonamiento)	1
C _	Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestirse	2
d	Incapaz de vestirse	3

Esfinteres

a	Normal	0
b	Incontinencia urinaria ocasional	1
c	Incontinencia urinaria frecuente	2
d	Doble incontinencia	3

Escala Blessed: cambios personalidad-conducta

		Presente	Ausente
12	Retraimiento creciente	1	0
13	Egocentrismo aumentado	1	0
14	Pérdida de interés por los sentimientos de otros	1	0
15	Afectividad embotada	1	0
16	Perturbación del control emocional (aumento de la susceptibilidad e irritabilidad)	1	0
17	Hilaridad inapropiada	1	0
18	Respuesta emocional disminuida	1	0
19	Indiscrecciones sexuales (de aparición reciente)	1	0
20	Falta de interés en las aficiones habituales	1	0
21	Disminución de la iniciativa o apatía progresiva	1	0
22	Hiperactividad no justificada	1	0

Test del Informador abreviado

- Informador fiable
- Relaciona 17 aspectos de la vida diaria y estado cognitivo del sujeto.
- Compara estado actual con situación pasada (5 años).
- Puntuación por item 1-5 puntos:

Ha mejorado mucho (1p) Ha empeorado mucho (5p)

- Punto corte TIN breve: 51 p. (78) (máximo: 85 p. (130)
- Sensibilidad: 86% y Especificidad: 91%
- Eficacia similar a los test de cribado de demencia

Test del Informador

- 1.- Recuerda el nombre de personas cercanas
- 2.- <u>Recuerda</u> cosas sucedidas en los últimos meses (notícias, temas familiares)
- 3.- Recuerda conversaciones recientes
- 4.- Recuerda y mantiene una conversación sin olvidarse de lo dicho poco antes o sin olvidarse de lo quería decir.
- 5.- Recuerda la fecha actual
- 6.- Recuerda donde guarda las cosas en casa
- 7.- Recuerda donde dejó una cosa que no estaba en su lugar habitual
- 8.- Aprende a utilizar electrodomésticos (lavadora...)
- 9.- Recuerda cosas que han pasado recientemente (horas días)
- 10.- Aprende cosas nuevas en general
- 11.- Comprende el significado de palabras poco usuales (TV, prensa)
- 12.- Comprende artículos de diarios o revistas en los que muestra interés.
- 13.- Comprende y puede seguir una historia de la TV, cine o libro
- 14.- Toma decisiones de actividades básicas (vestirse, comer...)
- 15.- Control de <u>asuntos financieros</u> (pensión, impuestos ...)
- 16.- Resuelve problemas aritméticos cotidianos (tiempos, cantidades, distancias...)
- 17.- Piensa que su inteligencia ha cambiado en los últimos 5 años.

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1

- Varón de 76a
- Acude por pérdida de memoria de 3a evolución
- AP: HTA (enalapril) y Dislipemia (pravastatina)
- Profesor de matemáticas jubilado
- **EA**:
 - Olvidos frecuentes, afecta a la capacidad para recordar donde ha dejado útiles de uso común y evocar noticias/películas vistas.
 - Ocasionalmente tarda en encontrar la palabra adecuada.
 - No depresión pero si cierta ansiedad.
 - No limitaciones en actividades básicas e instrumentales
 - No ha perdido interés por sus aficiones
 - Síntomas confirmados por su acompañante

Exploración física general: normal

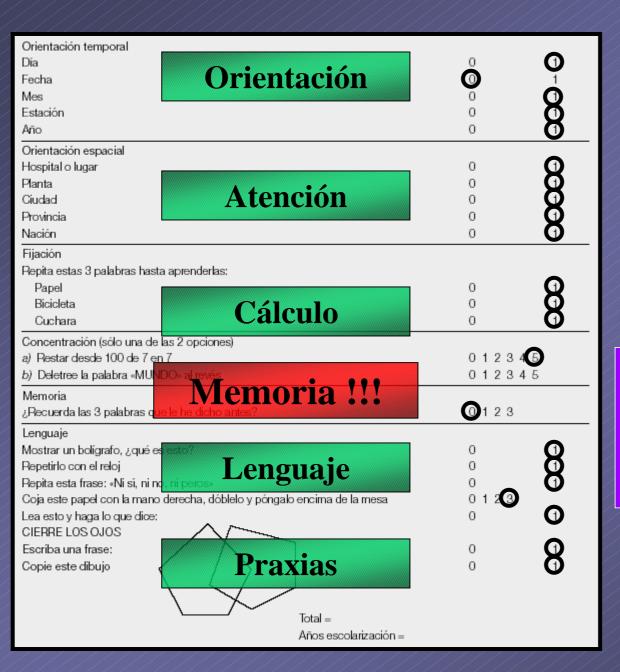
- Auscultación cardiorrespiratoria: tonos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado.
- Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masas ni visceromegalias. Extremidades normales. No adenopatías.

Exploración neurológica

- Consciente y Orientado en tiempo y espacio.
- Pares craneales normales; Fuerza y sensibilidad sin asimetrías; Tono muscular normal.
- ROTs presentes y simétricos; RCP flexor bilateral.
- Bipedestación y marcha normal.
- Lenguaje: compresión y expresión preservada

Evaluación funcional:

- I. Lawton: 6 puntos; I Barthel: 100



26/30 puntos

- •Evaluación cognitiva:
 - MMSE 26/30
 - GDS 2
 - Blessed:0,5; 0,5,0,0

¿Qué está indicado hacer a continuación?

- Repasar fármacos?
- Otros test psicométricos?
- Analítica ?
- Prueba de imagen
- Valorar Depresión/Delirio?
- Reevaluar más adelante?

Caso Clínico 1

Exámenes complementarios:

- **Analítica general**: (hemograma, perfil hepático y renal, función tiroidea, ácido fólico y vitamina B12) normales
- TAC de cráneo: discreta atrofia cerebral cortical adecuada para la edad del paciente; no otros hallazgos.

Evaluación Neuropsicológica: (CAMCOG 73/107)

- Orientación temporal y espacial (9/10).
- Comprensión Lenguaje (9/9)
- Atención/concentración (6/7)
- **Praxias** (10/12)
- **Cálculo** (2/2)
- Memoria remota (3/4)
- Abstracción (5/8)
- Expresión lenguaje (15/21)
- Percepción visual (8/11)

Punto de corte 69-70

- Memoria reciente (1/6)
- Memoria aprendizaje (5/17)

Caso Clínico 1. Opciones diagnósticas

- 1.- Demencia fronto-temporal inicial
- 2.- Enfermedad de Alzheimer inicial
- 3.- Demencia vascular inicial
- 4.- Deterioro cognitivo leve

Deterioro Cognitivo Leve

Prevalencia: 5-8% personas de la comunidad Tipos:

- Amnésico
- Afectación múltiples dominios
- Dominio único no amnésico

Criterios diagnósticos DCL amnésico:

- Fallos de memoria, preferiblemente corroboradas por un informador.
- · Rendimiento cognitivo general normal.
- Evidencia objetiva de defectos de memoria (-1,5 DS) en relación a la media de su edad.
- Sin defectos funcionales relevantes en AVD.
- No cumple criterios de demencia (DSM-IV, NINCDS)

Deterioro Cognitivo Leve.

¿Es frecuente sí; 8-16% anual jón a demencia?

¿Existen pre DCL; Marcadores nsformación a demencia?

Sí; Datos

Si; detectar precozmente ¿Requiere se transformación a se ecífico? demencia

¿Está indicado reamar tratamiento?

Caso clínico 2

- Mujer de 75a, ama de casa con estudios primarios
- **AP**:
 - HTA en tratamiento con Amlodipino desde hace 20a.
 - DM tipo II en tto. con Insulina NPH 20-0-12 desde hace 15 años
- **EA**:
 - La familia refiere pérdida progresiva de memoria desde hace 2-3a.
 - No retiene información nueva, muy repetitiva.
 - Poca atención y comprensión de hechos recientes.
 - Últimamente, dificultad para desarrollar su afición preferida (jardinería) y para para manejar dinero.
 - No cambios de humor ni conducta.
 - La paciente no refiere déficit de forma espontánea aunque acepta cierta pérdida de memoria al preguntarle específicamente.

Caso clínico 2

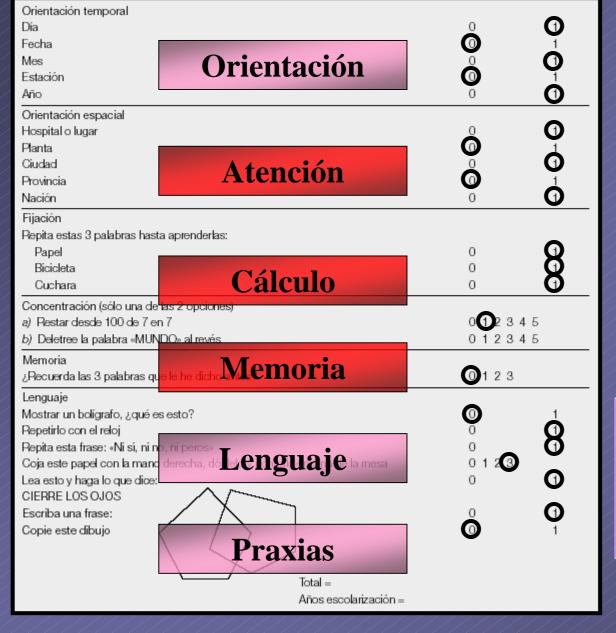
- Exploración física general por aparatos: normal
- Exploración neurológica
 - Consciente y Parcialmente orientada en tiempo y espacio.
 - Pares craneales normales; Fuerza y sensibilidad sin asimetrías; Tono muscular normal. No temblor.
 - ROTs presentes y simétricos; RCP flexor bilateral
 - Bipedestación y marcha normal
 - Lenguaje:
 - Compresión normal
 - Expresión: fluencia disminuida, buena articulación pero dificultad para encontrar la palabra adecuada, circunlocuciones. Denominación deficiente.
- Evaluación funcional:

► ESCALA DE ACTIVIDAD INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA PI	UNTOS
 Capacidad para usar el teléfono: Utiliza el teléfono por iniciativa propia Es capaz de marcar bien algunos números familiares Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar No utiliza el teléfono 	ф
 Hacer compras: Realiza todas las compras necesarias independientemente Realiza independientemente pequeñas compras Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra Totalmente incapaz de comprar 	-000
 Preparación de la comida: Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada Necesita que le preparen y sirvan las comidas 	000
 Cuidado de la casa: Montiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) Realiza tareas ligeras, como lavar los plotos o hacer las camas Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza Necesita ayuda en todas las labores de la casa No participa en ninguna labor de la casa 	Φ 1 1 0
 Lavado de la ropa: Lava por sí solo toda su ropa Lava por sí solo pequeñas prendas Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro 	φ
 Uso de medios de transporte: Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros No viaja 	000
 Responsabilidad respecto a su medicación: Es capaz de tomar su medicación a la hora y desis correcta Toma su medicación si la dosis es preparada previamente No es capaz de administrarse su medicación 	ф
 Manejo de sus asuntos económicos: Se encarga de sus asuntos económicos por si solo Realiza las compras de cada dia, pero necesita ayuda en las grandes compras, bano Incapaz de manejar dinero 	<u> </u>
Tole	

AIVD:
I. Lawton:
4 puntos

ABVD:

I. Barthel: 90 puntos



17/30 puntos

- •Evaluación cognitiva:
 - MMSE 17/30
 - **GDS 4-5**
 - **Blessed:** (8,5) 3,5-3-2

Caso clínico 2

Exámenes complementarios:

- Hemograma, VSG, perfil hepático y renal normales
- Función tiroidea y vitamina B12 normal:
- TAC de cráneo: atrofia cerebral cortical leve generalizada con dilatación ventricular.
- SPECT: Marcada hipoperfusión biparietal

¿Podemos diagnosticar demencia a esta paciente?

Criterios de Demencia DSM-IV

- **A) Desarrollo de déficit cognitivos múltiples** que se manifiestan por:
- 1. Alteración de la memoria: incapacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida.
 - 2. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - Afasia
 - Apraxia
 - Agnosia
- -Alteración función ejecutiva (pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo).
- **B)** Los defectos cognoscitivos de los **criterios A1 y A2** han de ser de la suficiente intensidad como para provocar un **deterioro** significativo de la **actividad social o laboral**.

Evaluación Neuropsicológica:

(CAMCOG 44/107): Punto de corte 69-70

- Comprensión Lenguaje (6/9)
- Percepción visual (6/11)
- Expresión lenguaje (11/21)

- Memoria reciente (1/6)
- Memoria aprendizaje (2/17)
- Atención/concentración (1/7)
- Cálculo (0/2)
- Orientación temporal y espacial (4/10).
- Abstracción (5/8)
- Memoria remota (2/4)
- **Praxias** (6/12)

Caso Clínico 2.

1.- Diagnóstico más probable:

- A.- Demencia secundaria a hidrocefalia normotensiva
- B.- Demencia fronto-temporal
- C.- Demencia vascular
- D.- Delirio
- E.- Enfermedad de Alzheimer

¿Cuál NO es un criterio imprescindible en el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable?

- a) Empeoramiento progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas.
- b) Demencia
- c) Ausencia de alteraciones sistémicas o enfermedades cerebrales potencialmente responsables de la alteración cognitiva detectada
- d) TAC cerebral: atrofia cerebral moderada
- e) Inicio entre los 40 y 90 años.

3.- ¿Respecto al tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. ¿Cual es FALSA?

- a) Está indicado por ser una EA en estadio moderado.
- b) Donepezilo, rivastigmina, galantamina y memantina son los inhibidores de la acetilcolinesterasa más eficaces.
- c) Debe iniciarse a dosis bajas e incrementarlo progresivamente hasta la dosis máxima tolerada.
- d) Debemos monitorizar el efecto del tratamiento sobre la función cognitiva, alteraciones conductuales e impresión del cuidador.
- e) Debe suprimirse el tratamiento cuando el grado de demencia es muy severa o no existen expectativas terapéuticas razonables.

CONCLUSIONES

Conclusiones (I).

- Los tests psicométricos deben evaluarse conjuntamente con la historia del paciente y otros datos antes de establecer un diagnóstico de deterioro cognitivo. (AAN)
- No hay datos que justifiquen el cribado cognitivo de pacientes asintomáticos. (AAN)
- Los pacientes PPP tienen más alteraciones cognitivas que los ancianos de similar edad sin comorbilidad.

Conclusiones (II).

- Instrumentos de cribado como MMSE, Test de los 7 minutos son útiles así como las baterías neuropsicológicas (guía clínica) (AAN).
- Instrumentos cognitivos focales (T. Del Reloj; MIS) o basados en informadores (T. Informador) (opcionales) (AAN).
- Delirio y Depresión deben descartarse en todo paciente con alteración cognitiva.

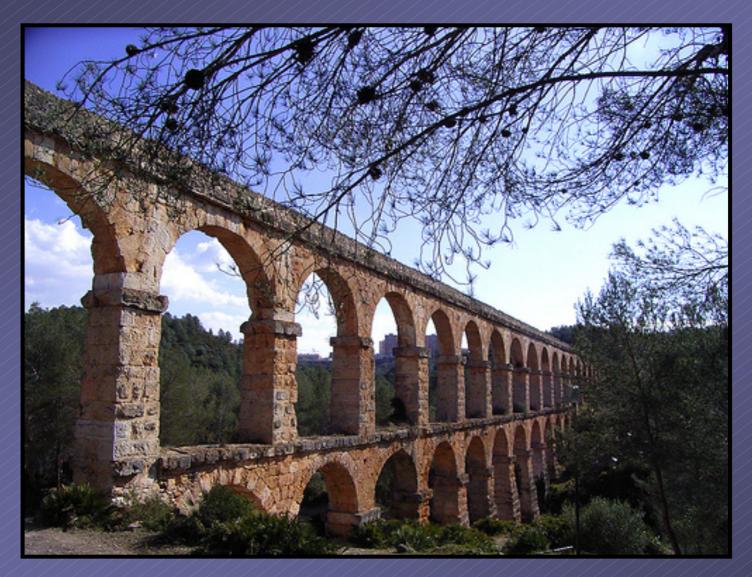
Conclusiones (III).

Es necesario seguimiento psicométrico y funcional del paciente con DCL para detectar precozmente el desarrollo de demencia (AAN).

El D. Diferencial entre DCL y EA inicial es muy difícil y puede mejorarse con la puntuación agregada de varios tests psicométricos de la batería CERAD.

Conclusiones (IV).

- La aplicación de baterías neuropsicológicas debe reservarse a personal especialmente adiestrado.
- Está indicado administrar baterías neuropsicológicas a:
 - Pacientes con test de cribado positivos.
 - Pacientes con test de cribado negativos pero nivel educativo elevado o evidencia clínica de deterioro cognitivo.



Muchas Gracias