

# #EVOLUCION

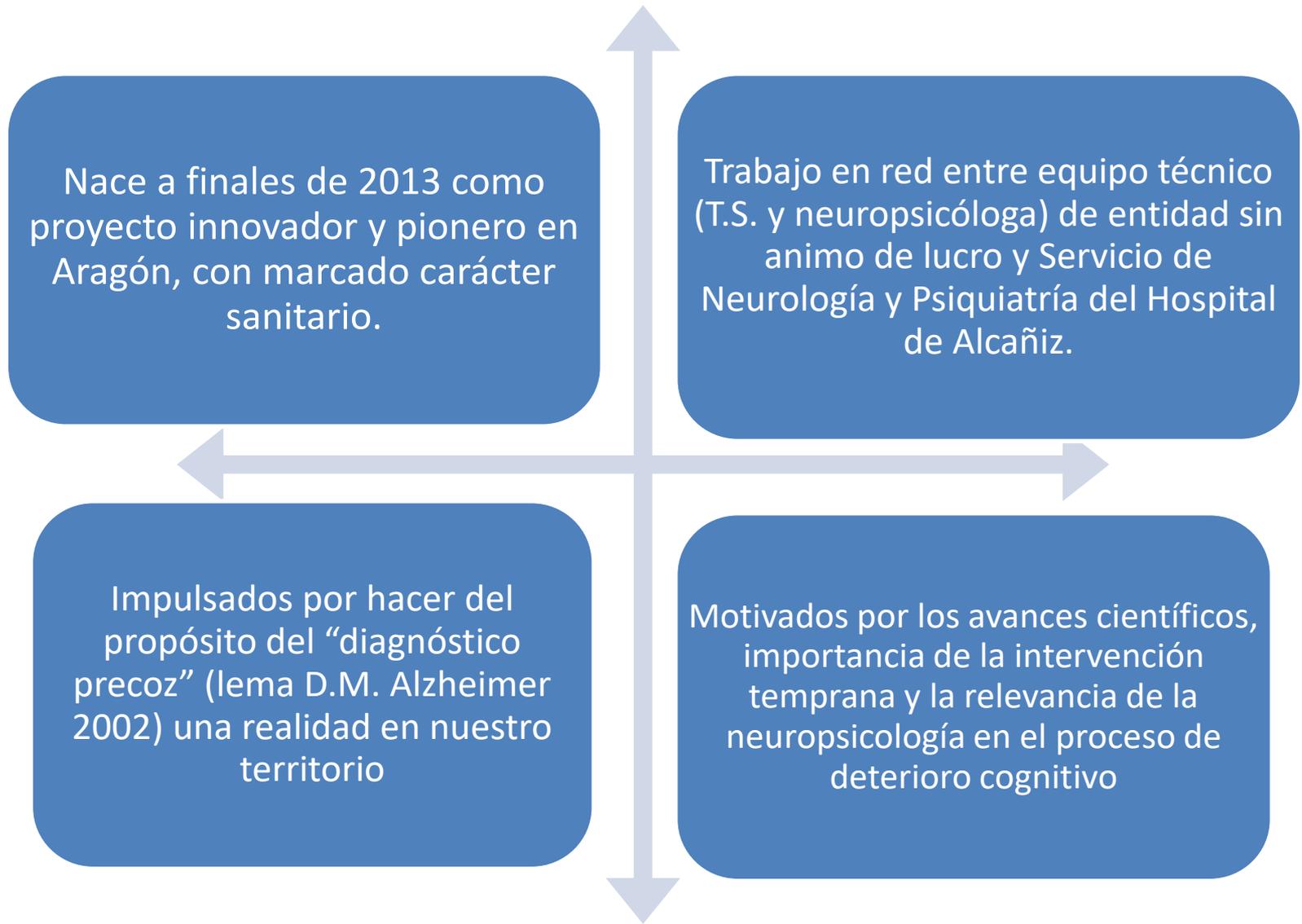
VIII Congreso Nacional de Alzheimer. Huesca - 14, 15 y 16 de noviembre de 2019

## **SERVICIO DE UNIDAD MEMORIA: Apoyo al diagnóstico precoz del deterioro cognitivo**

Belén Hernández Blasco.

Neuropsicóloga AFEDA. Bajo Aragón “Los  
Calatravos”.

# SERVICIO “UNIDAD MEMORIA”



# DETECCIÓN PRECOZ DEL DETERIORO COGNITIVO Y SU PERFIL PARA:

CONTRIBUIR A  
DIAGNÓSTICOS  
TEMPRANOS DE  
DEMENCIA

FACILITAR  
DIAGNÓSTICOS  
ETIOLÓGICOS  
DIFERENCIALES

DETECTAR GRUPOS DE  
RIESGO COMO  
PACIENTES CON D.C.L.

FACILITAR LA PRONTA  
INTERVENCIÓN-  
PREVENCIÓN

# PROTOCOLO

Derivación paciente por parte de Neurología o Psiquiatría.  
Informe de derivación a prueba complementaria NPS.

Exploración neuropsicológica

Informe NPS a neurología o psiquiatría

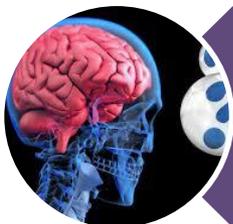
Plantea intervención según nuestro juicio, nuestras orientaciones y su impresión diagnóstica



# PERFIL DE PACIENTES DERIVADOS



D.C. SUGERENTE DE INICIO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



SUGERENTE DE INICIO OTRO TIPO DE OTRA DEMENCIA POR ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA



D.C.L.  
D.C.L. Y DEPRESIÓN



D.C. SECUNDARIO A PATOLOGÍAS O DAÑOS COMO SON EL VASCULAR, TRAUMATISMOS CRANEO-ENCEFALICOS, TUMORES ...

# SUGERENTE DE INICIO DE OTRO TIPO DE DEMENCIAS PRIMARIA

DEGENERACIÓN LOBAR FRONTO TEMPORAL

- VARIANTE CONDUCTUAL
- AFASIA PROGRESIVA PRIMARIA

DEGENERACIÓN FOCAL

- APRAXIA PROGRESIVA PRIMARIA
- ATROFIA CORTICAL POSTERIOR

CUERPOS DE LEWY

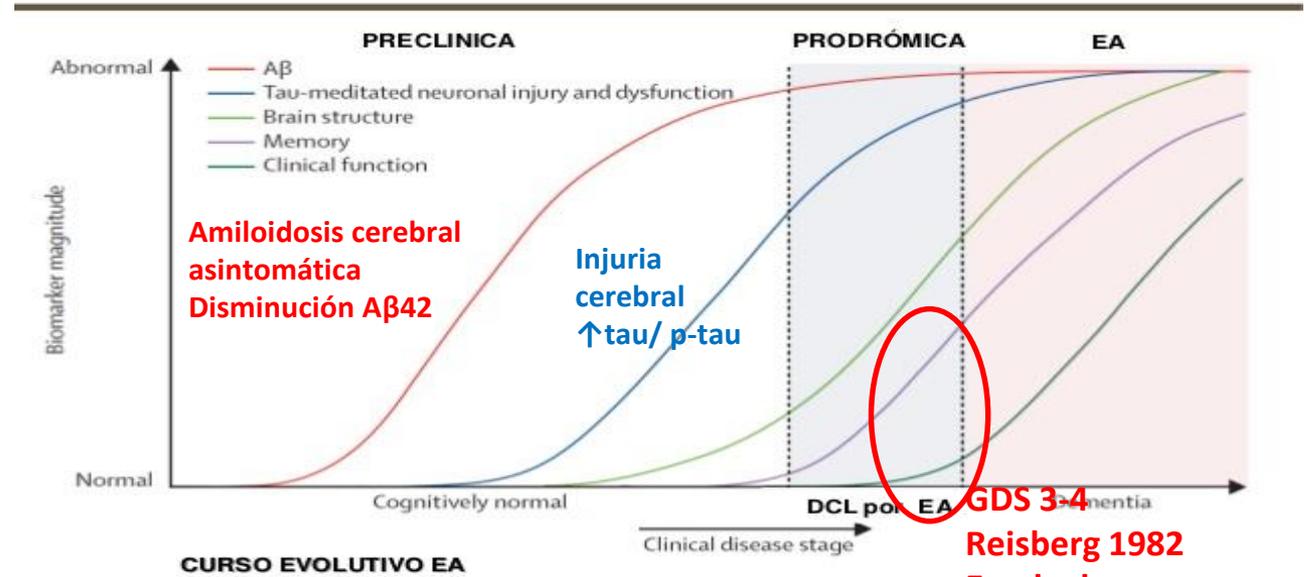
DEGENERACIÓN CORTICO-BASAL

ENFERMEDADES CAUSANTES DE DEMENCIA PRIMARIA SUBCORTICAL

- ENFERMEDAD PARKINSON,
- HUNTINTONG,
- PARALISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA

# SUGERENTE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Lancet Neurol 2010; 9: 119-28



**GDS 3-4**  
**Reisberg 1982**  
**Escala de deterioro global.**

Crterios NINCDS-ARDRA, 1984

**Estudios actuales muestran presencia patolgica de EA en el cerebro previa al diagnstico clnico y que la enfermedad se inicia tiempo antes de su manifestacin: BIOMARCADORES**

**Nuevos criterios Gran avance en la busca del diagnstico precoz**

- Crterios de Dubois et al Lancet Neurol 2010 Nov; 9(11): 1118-27;
- Crterios NIA-AA. McKhann GM et al. Alzheimer's & Dementia 2011; 7:263-9.

**Gran inters y gran reto diferenciar cuando es un caso de DCL o cuando, con mayor probabilidad, se trata de un caso de inicio de EA**

# DETERIORO COGNITIVO LEVE

El DCL cuenta con unos índices de conversión a demencia del 12% anual durante los cinco primeros años, frente al 1-2% de la población normal de la misma edad. *Serrano CM et al. Rev Neurol Arg 2007; 32: 75-93*

El DCL es el paso previo a la demencia o fase prodrómica del Alzheimer · *Farias ST et al. Arch Neurol. 2009 Sep;66(9):1151-7.*

Recogido en los criterios NIA-AA:  
**DCL alto grado de certeza  
aportando biomarcadores.**

*McKhann GM et al. Alzheimer Dement 2011; 7:263-9*

Para algunos autores diferentes subtipos como entidades nosológicas diferentes

Grupo de riesgo

# Nuestra realidad



# RELEVANCIA EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

NEUROPSICOLOGÍA

NEUROLOGÍA NEUROCIENCIA

PSICOLOGÍA COGNITIVA

IMPRESINDIBLE

OBJETIVAR EL DETERIORO

REQUISITO DIAGNÓSTICO

MARCADORES NEUROCOGNITIVOS

MAS ACCESIBLES

MÁS ECONOMICOS

# EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

BAJO CITA PREVIA

1 hora 30 minutos

AMANESIS

PACIENTE

INFORMADOR

VALORACIÓN

COGNITIVA: NPS (semiología patológica)

FUNCIONAL-CONDUCTUAL: T.S.

INFORME

JUICIO NEUROCOGNITIVO

PLAN DE INTERVENCIÓN

Las **pruebas deben de ser las adecuadas** para poner de manifiesto aquello que queremos observar, poniendo en evidencia aquellos signos patológicos que son específicos de la tarea.

Reto principal y más habitual es detectar el deterioro cognitivo que con mayor probabilidad y certeza es debido a la E.A. o E.A. prodrómica y distinguirlo diferencialmente de otros DCL

En estos casos se hace especialmente importante la exploración de la memoria episódica verbal, teniendo en cuenta los procesos de aprendizaje implicados y la exploración de las funciones ejecutivas

## ESTUDIOS MEMORIA EPISÓDICA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ E.A.

TiradoV et al Rev Neurol 2008; 47 (6): 290-294.

- ✓ **Intrusiones** útiles para diferencia no portadores de portadores de la mutación E280A de la P1 sin demencia (marcador preclínico para la EA familiar).
- ✓ No encontraron diferencias significativas en el tipo de intrusiones.

Romero- Vanegas et al. Acta Neurol Colomb 2010;26:177-194. **Relacionan el no beneficio de las pistas con déficit en la codificación en DCL portadores mutación E280A PS1/asintomáticos portadores/sanos a través de**

- MIS DCL no beneficio por codificación en MIS menos profunda, con interferencia previa evocación, lo que provoca incapacidad para utilizar estrategia de asociación o categorización que les impide registrar o codificar adecuadamente.
- MCT bajo rendimiento en recuerdo facilitado

Grober E et al. Alzheimer Dis Assoc Disord 2010 Jul-Sep; 24(3):284-290.

- Puntuación total FCRST útil distinción DTA no-DTA debido a que en **DTA no hay beneficio de claves semánticas por déficit en almacenamiento**
- **Recuerdo libre reducido útil para detectar inicios de demencia. No específico de EA.**
- *Greenaway et al. Cogn Behav Neurol. 2006; 19:79-84:* Mayor **tasa de olvido** (recuerdo libre-ultimo ensayo de aprendizaje) (**déficit consolidación**) y aprendizaje reducido en **DCL (CVLT)**.
- *Chen et al Neurolgy.200 Dec26;55(12):1847-53:* Escaso recuerdo libre (tasa de olvido) mejor predictor de futura DTA.

## Estudios sobre funciones ejecutiva y detección precoz E.A.

- *Sebastian MV et al. Memory. 2001. Jul-Nov; 9(4-6):223-31.* Tarea Brown-Peterson pacientes EA: tendencia **perseveración** como indicativo alteración ejecutivo central de working memory, de déficit del control inhibitorio y atención dividida).
- *Pekkala et al. Disease Dement Geriatr Cogn Disord 2008; 25:109-114.* Mayor presencia **perseveraciones** en tareas de **fluidez verbal semántica a mayor gravedad de EA** como indicativo alteración flexibilidad cognitiva
- Fluidez verbal reducida debe ser interpretada con cautela. Una medida cuantitativa más interesante es extraer un **índice de eficiencia cognitiva**. No hay estudios sobre dicho índice.
- *Estudio De Paula JJ et al. Psychology, 2012, Vol3, N5, 379-383.* (FDT aplicado a DCL: aumentos de **tiempo** y errores, siendo los **errores** el mejor predictor indicativo de conversión a DTA) como indicativo alteración control inhibitorio.
- *García-Viedma. Tesis, Universidad de Jaén 2006.* estudia los déficit en el control atencional en el inicio de la EA. Específicamente a través de una tarea tipo **stroop** ponen de manifiesto **tiempo** de respuesta mayores y mayor número de **errores**.
- *Rainville et al J.Clin Exp Neuropsychol 2012; 34 (3): 306-24.* Ejecución **DCL en TOL: quebranto de normas** relacionado con déficit control inhibitorio
- *Rainville et al Arch Clin Neuropsychol. 2002 Aug; 17 (6): 513-30.* Ejecución **EA en TOL: exceso de movimientos** y sobretodo **quebranto de normas** (relacionado con control inhibitorio, automonitoreo y planificación)
- *Framceschi M et al Dement Geriatr Cogn Disord. 2007; 24(6):424-8.* EA valorados a través de TOL: **Exceso de movimientos y tiempo**

# EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

## VALORACIÓN COGNITIVA

- TAVEC, FIGURA DE REY
- RBANS VISOESPACIAL, LENGUAJE, ATENCIÓN
- EC2
- LNS III, TOL, FDT
- IFS, TMT-A, TMT-B.
- EXPLORACIÓN CUALITATIVA LENGUAJE
- EXPLORACIÓN CUALITATIVA ATENCIÓN

## VALORACIÓN FUNCIONAL

- LAWTON
- EXPLORACIÓN CUALITATIVA
- TIN

## VALORACIÓN NEUROCONDUCTUAL

- NPI-NH

SEGÚN PERFIL EL  
NEUROPSICOLÓGICO E  
IMPRESIÓN ETIOLÓGICA  
NEUROLÓGICA:

PLAN DE  
INTERVENCIÓN

# PLAN DE INTERVENCIÓN

¿Qué es útil en la vida del paciente?  
¿Qué necesita?

Con una visión integral del paciente y familia, facilitando procesos de adaptación, orientación, manejo emocional, cognitivo, funcional etc

En grupo o individual

Presencial/online/mixto

Con objetivos y tareas adaptadas y personalizadas según perfil cognitivo y otros factores

Buscando el rendimiento optimo o alto rendimiento en aquellos dominios relevantes

# OBJETIVOS

Seguimiento evolutivo

Orientación socio-familiar.  
Toma de decisiones

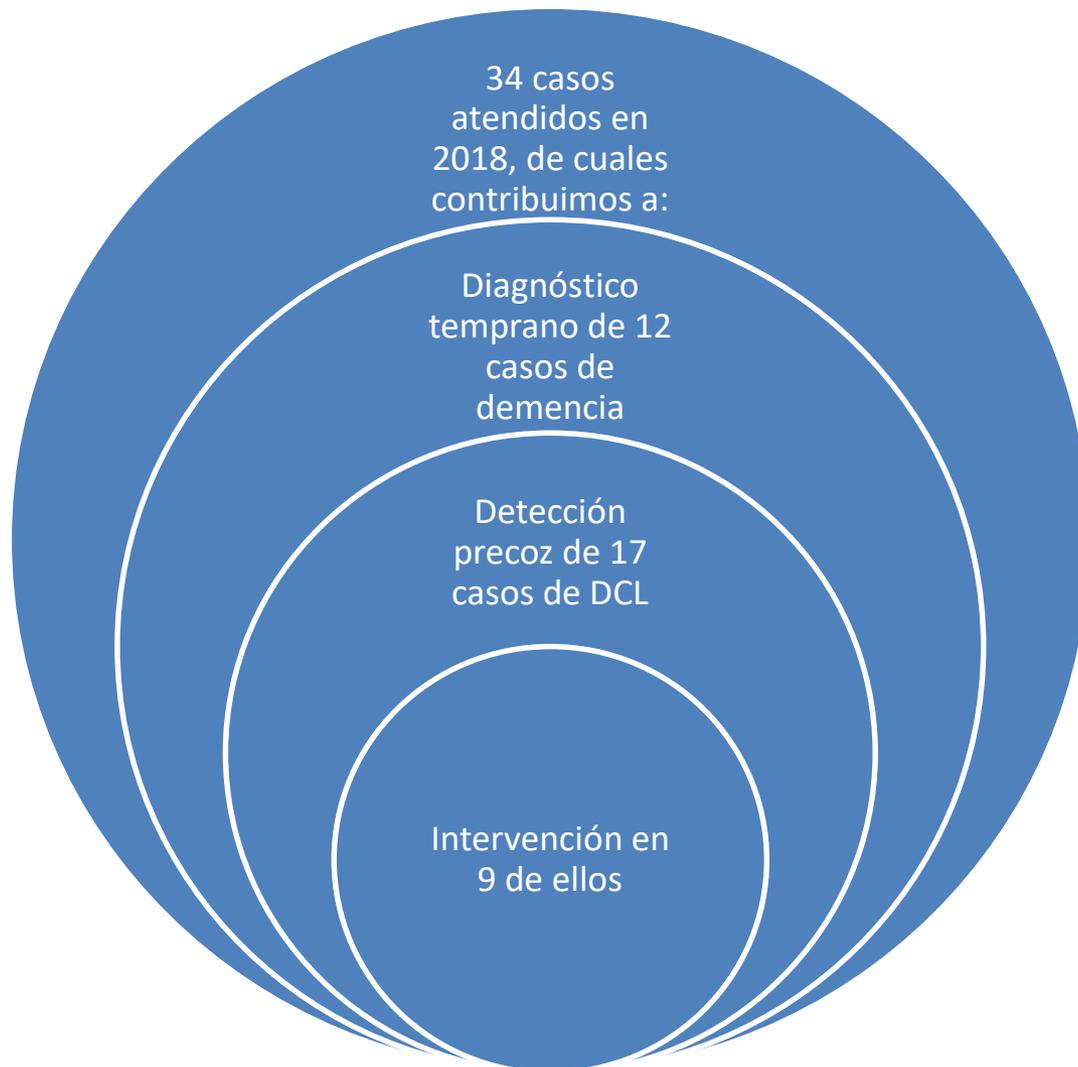
Estimulación directa  
cognitiva y emocional.  
Estrategias  
compensatorias

Disminuir  
síntomatología  
emocional

Aumentar el bienestar  
global del paciente y  
familia

# INTERVENCIÓN TEMPRANA

# DATOS 2018



#EVOLUCION

# PRESENTE Y FUTURO DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DESDE LA NEUROPSICOLOGÍA

Dar importancia a la exploración neuropsicológica en el diagnóstico. **Estudio sobre cómo cambia el diagnóstico etiológico** del neurólogo tras una exploración amplia como esta. el diagnóstico.

Necesidad de **protocolos neuropsicológicos comunes** (por CCAA como mínimo)

Certeza diagnóstica con **estudios retroactivos**.  
Bancos de cerebros

Estudios longitudinales de pacientes con DCL

**HAGAMOS DE LA DETECCIÓN  
PRECOZ DEL DETERIORO COGNITIVO  
Y SU INTERVENCIÓN  
UNA REALIDAD DE ESTADO.  
EN PARTE DEPENDE DE NOSOTROS.**

**GRACIAS**