



IX Congreso Nacional de
ALZHEIMER
10, 11, 12 y 13 de noviembre de 2021



“CUIDA TU CEREBRO”

El papel de la AFA en la Detección Precoz Resultados Fase II

Federación de Asociaciones de Familiares de enfermos de
Alzheimer de Cataluña (FAFAC)

Dr. Juan L. García Fernández
Neuropsicólogo Clínico



¿Porqué valorar nuestra Salud Cerebral?

En España se estima según la sociedad española de neurología (SEN) 800.000 casos diagnostican cada año.

En Cataluña se estima que aproximadamente 123.000 personas sufren algún tipo de demencia.

Muchos de los casos de deterioro cognitivo **no se diagnostican en momentos iniciales de la enfermedad**, por diversos motivos (familia, sistema de salud, etc).



INFRADIAGNÓSTICO

La sociedad española de neurología (SEN) estima que entre el 30% y el 40% de los casos de Alzheimer estaría sin diagnosticar, unas cifras que llegan al 80% en casos leves.

¿Porqué es importante la detección precoz?

Un diagnóstico precoz, permitiría abordar a la persona en fases leves y poder ayudarla (y a su familia), para intentar ralentizar el avance del deterioro, intentando mantener su calidad de vida (Rasmussen y Langerman, 2019; Vilorio, 2011).

- Abordaje Farmacológico (Kongpakwattana et al., 2018; Knight et al., 2018)
- Inicio de terapias No farmacológicos (Zuchella et al. 2018; Kim et al., 2017; Straubmeier et al., 2017)
 - Estimulación cognitiva (Kim et al., 2017; Carvalho et al., 2017)
- Soporte familiar desde las fases tempranas (Whitlatch y Orsulic-Jeras, 2018; Hopwood et al., 2018; Gitlin et al., 2018; Lindeza et al., 2020)



Proyecto “Cuida tu cerebro”

Iniciativa
desde
FAFAC
como
respuesta:

- **Infra diagnósticos y diagnósticos tardíos que acuden a las AFAs.**
- Demandas del entorno.
- Limitación de los recursos sanitarios actuales
- **Resultados de la FASE I Estudio Cuida tu cerebro. Año 2019.**

Realización II FASE desde Septiembre de
2019 a Marzo de 2021

Proyecto “Cuida tu cerebro” : Objetivos

Iniciativa
desde
FAFAC
como
respuesta:

- **Infra diagnósticos y diagnósticos tardíos que acuden a las AFAs.**
- Demandas del entorno.
- Limitación de los recursos sanitarios actuales
- **Resultados de la FASE I Estudio Cuida tu cerebro. Año 2019.**

Realización II FASE desde Septiembre de 2019 a Marzo de 2021

Detección de posibles casos susceptibles de un deterioro cognitivo.

Detección de posibles casos de alteración emocional que afecte al rendimiento cognitivo.

Promoción de la importancia de la prevención de la salud cerebral y de la estimulación cognitiva y hábitos de vida saludables.

Conocimiento del entorno social de las asociaciones.

Promoción de la utilidad social de las asociaciones.

Hipótesis

1. La historia familiar influirá en la motivación para el estudio.

2. Reducida concienciación sobre Prevención de la Salud Cerebral.

3. Las personas de mayor nivel cultural tendrán una mayor probabilidad de querer conocer su estado cognitivo.

4. Detectaremos un porcentaje similar al estudio I de casos susceptibles de deterioro cognitivo



Estructura del Estudio

- **Cuestionario del estudio** consta de:
 - Historia personal y familiar.
 - Quejas subjetivas del participante, motivación para el estudio y calidad de vida.
 - Valoración de la percepción de las asociaciones de familiares de Alzheimer y otras demencias
- **Batería de pruebas neuropsicológicas:**
 - MiniMental State Examination (Folstein, 1975)
 - MEC (Lobo et al. 1975)
 - Lista de aprendizaje verbal (BNB-D; Cejudo 2017)
 - TMT-A y B (Reitan y Wolfson, 1985; Neuronorma, Peña-Casanova et al. 2009)
 - Frontal Assessment Battery (FAB; Dubois, 2000)
 - Dígitos inversos (BNB-D; Cejudo 2017)
 - Denominación imágenes (BNB-D; Cejudo 2017)
 - Fluencia categorial (Animales) (Neuronorma, Peña-Casanova et al., 2009)
 - Fluencia Letra P (Neuronorma; Peña-Casanova et al., 2009)
- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Goldberg, 1988)
- Escala Zarit Sobrecarga Cuidador principal (Zarit et al., 1980; Martín et al., 1996)

Participants

N=230 participants

Edad: Media: 66,21 (De:
10,59).
Rango edad: 40 a 97 años

73,5% Mujeres

94,3% Dominancia derecha

55,7% Lengua materna Catalán

Nivel de
estudios

Básicos: 13,9%

Primarios: 29,6%

Medios: 29,1%

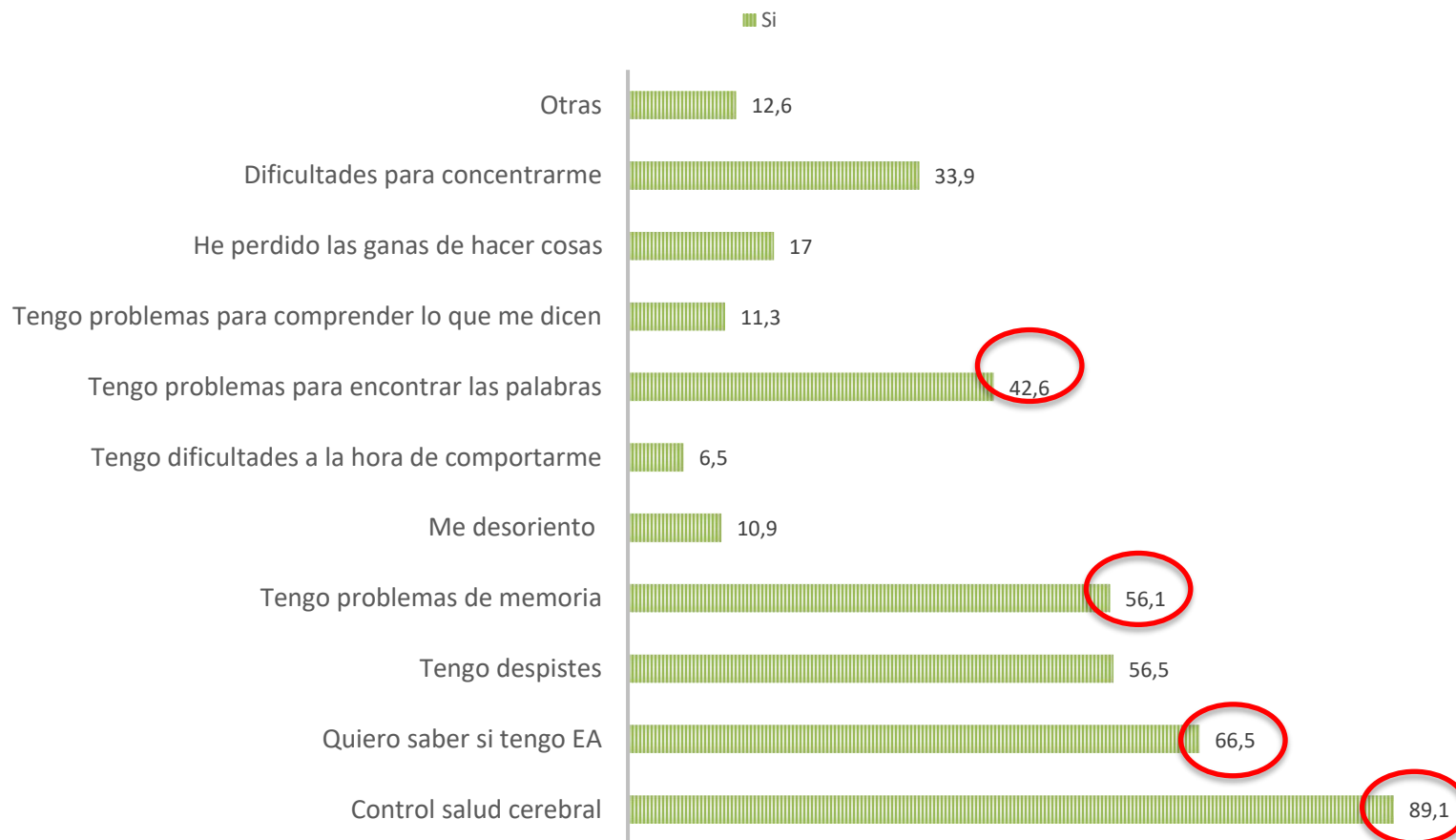
Universitarios:
27,4%

Criterios Exclusión

- Edad inferior a 40 años
- Historial trastorno psiquiátrico (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc)
- Historia de trastorno neurocognitivo previo (ictus, TCE, etc).

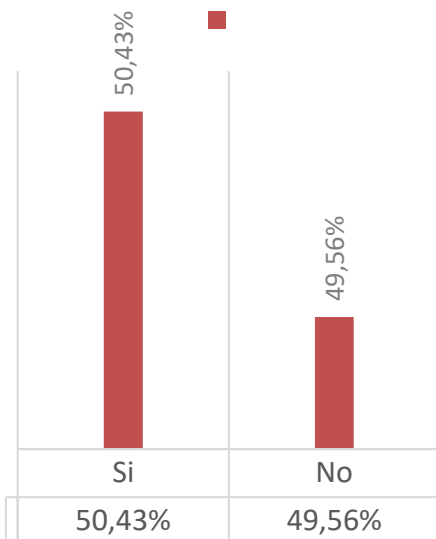
Participantes: Quejas subjetivas y motivaciones

MOTIVACIONES DE LOS PARTICIPANTES

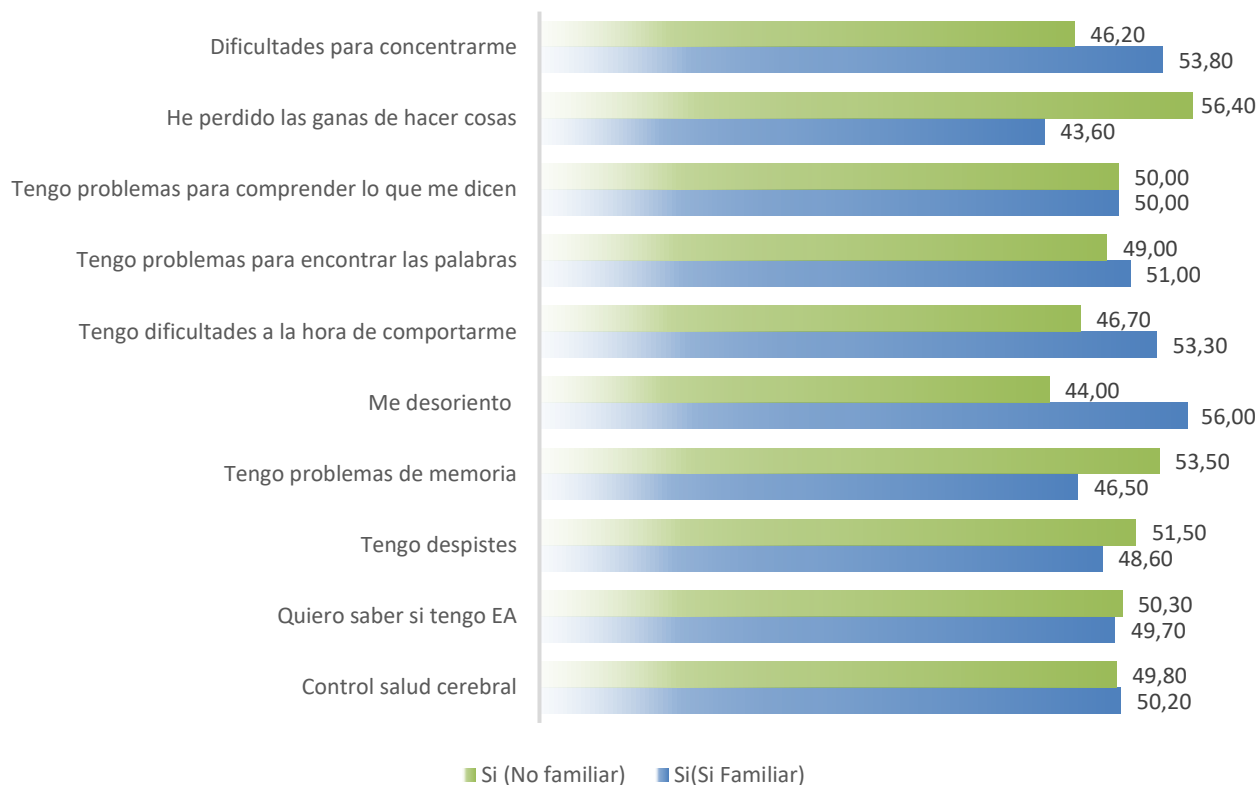


Participantes: Historia familiar

PARTICIPANTE CON FAMILIAR CON DEMENCIA

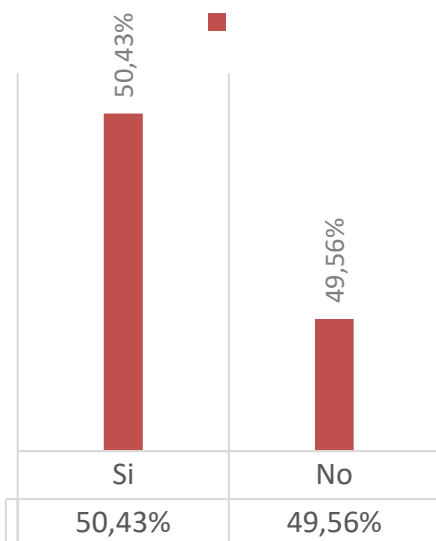


INFLUENCIA HISTORIA FAMILIAR EN MOTIVACIÓN ESTUDIO

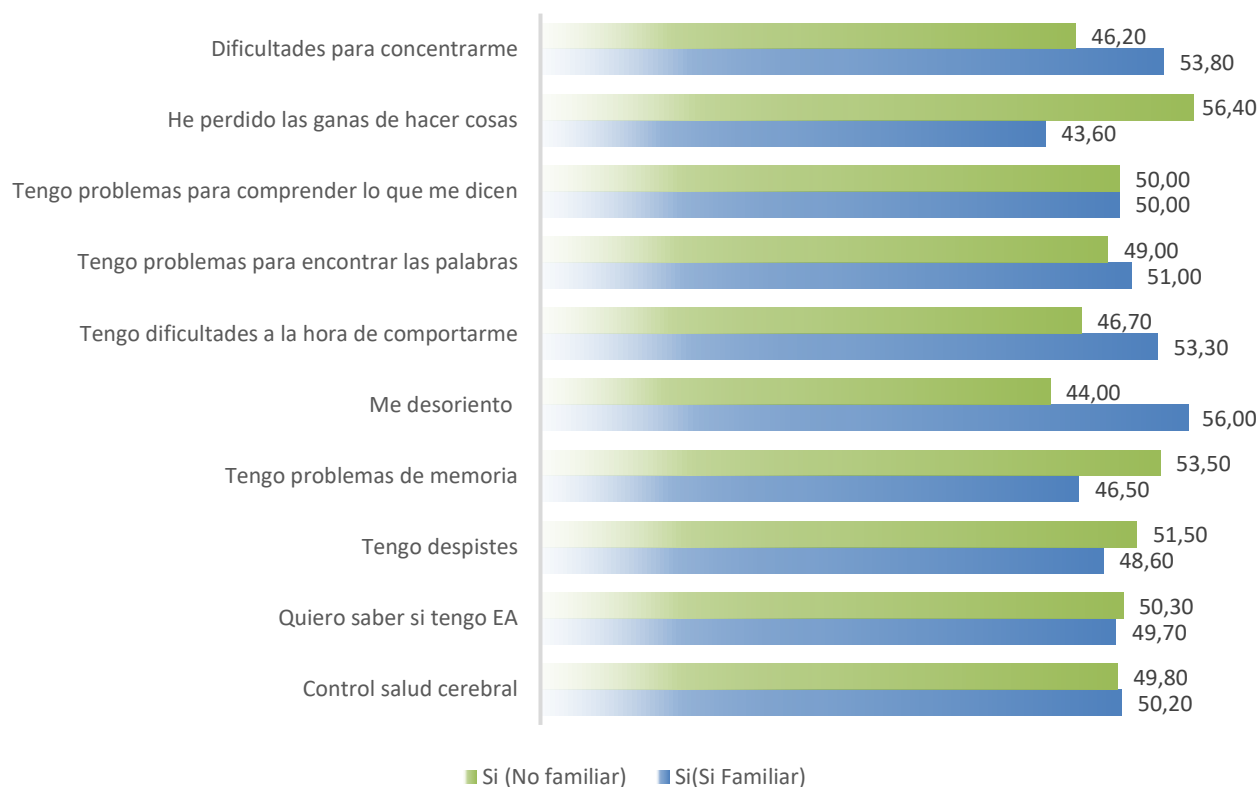


Participantes: Historia familiar

PARTICIPANTE CON FAMILIAR CON DEMENCIA



INFLUENCIA HISTORIA FAMILIAR EN MOTIVACIÓN ESTUDIO

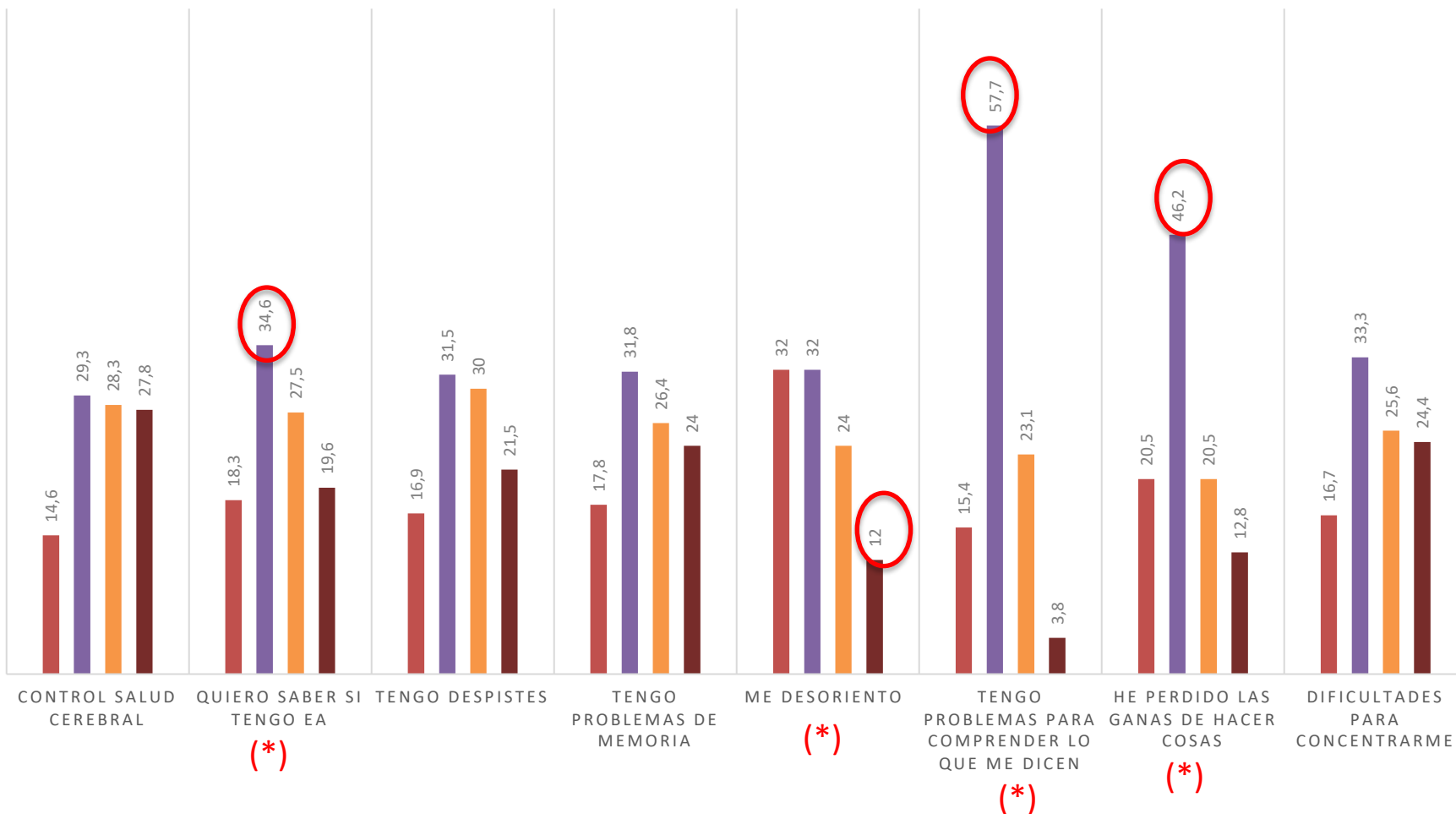


- No diferencias significativas en función de su historia familiar.
- Rechazo hipótesis inicial

Participantes: Nivel de estudios y motivación

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE ESTUDIOS Y QUEJAS SUBJETIVAS

■ Básicos ■ Primarios ■ Secundarios ■ Universitarios



Exploración Cognitiva

Si nos basamos en las pruebas de screening general:

MMSE
(Folstein,
1975)

Sin alteración: 72,2%
Sospecha: 14,8%
DC Probable: 13%

Media Total Grupo: 27,42
(De: 2,82)

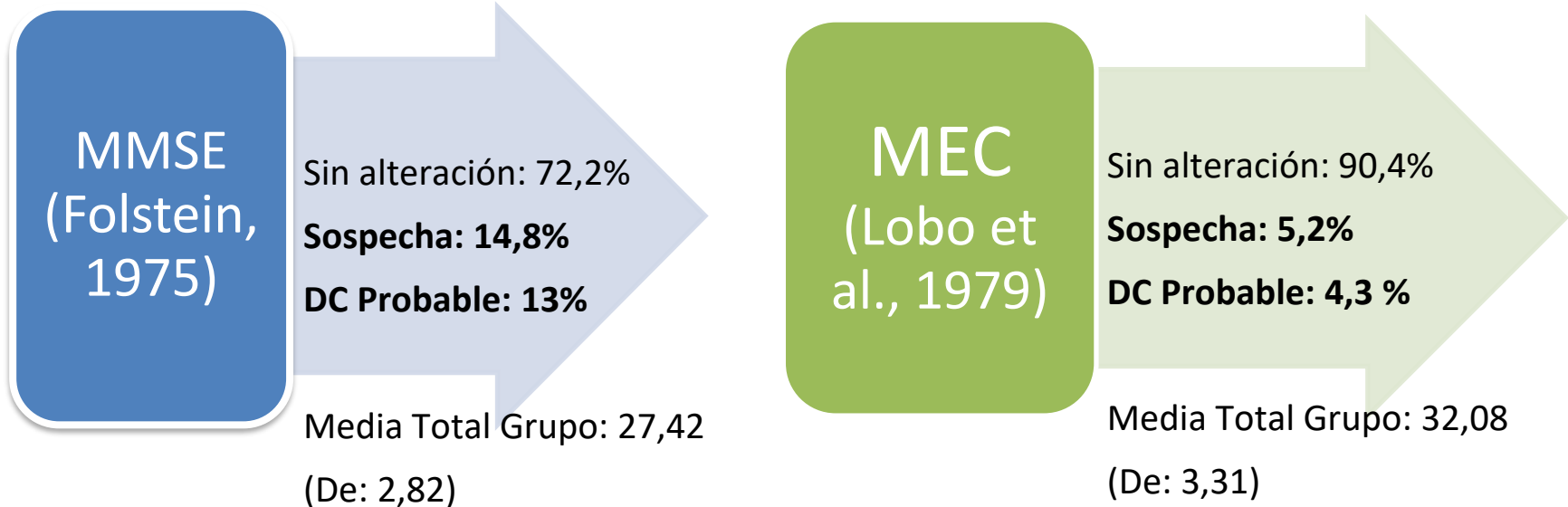
MEC
(Lobo et
al., 1979)

Sin alteración: 90,4%
Sospecha: 5,2%
DC Probable: 4,3 %

Media Total Grupo: 32,08
(De: 3,31)

Exploración Cognitiva

Si nos basamos en las pruebas de screening general:



El uso de una herramienta de valoración ÚNICA indica resultados dispares.

Teniendo en cuenta el criterio Sospecha MMSE

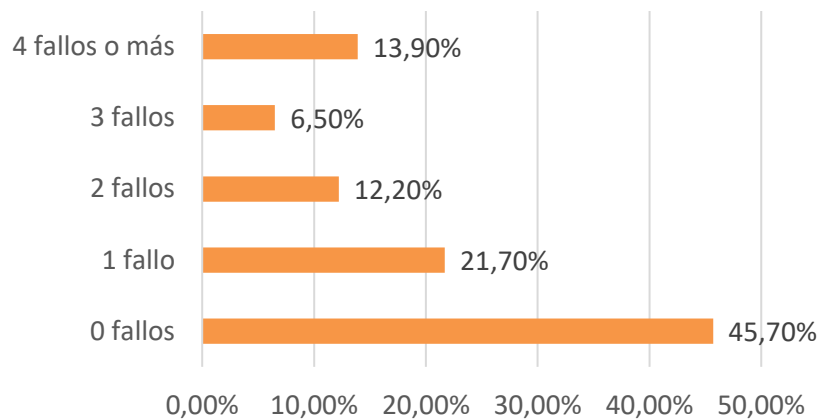
	MMSE	MEC	PT BNB CP	PT LP Memo	P.T Reconoci miento BNB-D	PE TMT-A	PE TMT-B	FAB	PT Dígitos Inversos	PE Animal	PE Letra P	Denomina ción Imág.	P.T Denomina ción Imág.
Sospecha vs DC Probable	0,000	0,001	0,006	0,001	0,022	0,170	0,548	0,012	0,972	0,890	0,029	0,010	0,434
DC Probable vs Sin Alteración	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,090	0,000	0,203	0,004	0,000	0,000	0,139
Sospecha vs Sin alteración	0,000	0,000	0,825	0,346	0,486	0,001	0,067	0,001	0,085	0,006	0,715	0,002	0,173

Teniendo en cuenta el criterio Sospecha MEC

	MMSE	MEC	PT BNB CP	PT LP BNB	P.T Reconocimiento BNB-D	PE TMT-A	PE TMT-B	FAB	PT DI	PE Animal	PE Letra P	Denom. Imág.	P.T Denominación Imág.
Sospecha Vs. DC Probable	0,003	0,000	0,080	0,059	0,025	0,098	0,727	0,123	0,754	0,310	0,004	0,923	0,628
DC Probable vs Sin alteración	0,000	0,000	0,013	0,024	0,000	0,002	0,872	0,000	0,924	0,018	0,000	0,135	0,484
Sospecha vs Sin alteración	0,031	0,000	0,695	0,434	0,180	0,154	0,295	0,013	0,878	0,524	0,639	0,015	0,459

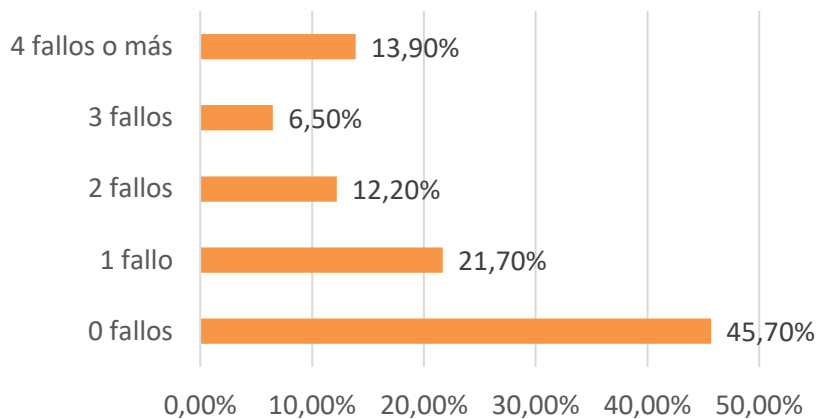
Criterio Nº de pruebas Alteradas

Porcentajes de rendimientos deficitarios



Criterio Nº de pruebas Alteradas

Porcentajes de rendimientos deficitarios



Categorías nº Pruebas alteradas

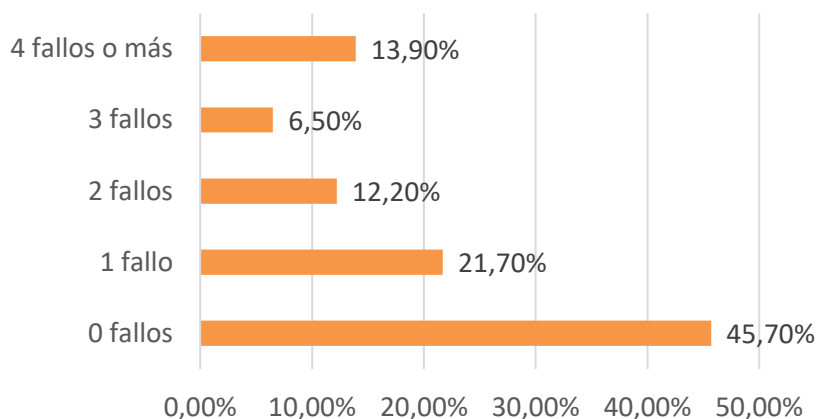
	0 fallos	1 fallo	2 fallos	3 fallos	4 fallos o más
GDS1	79,50%	20,50%	0,00%	0,00%	0,00%
GDS2	0,00%	57,50%	40,00%	2,50%	0,00%
GDS3	0,00%	0,00%	25,50%	27,70%	46,80%
GDS4	0,00%	0,00%	0,00%	9,10%	90,90%

Criterio Nº de pruebas Alteradas

La distribución del número de fallos entre los GDS es escalonado.

El Criterio nº de pruebas alteradas no es un criterio válido de clasificación

Porcentajes de rendimientos deficitarios

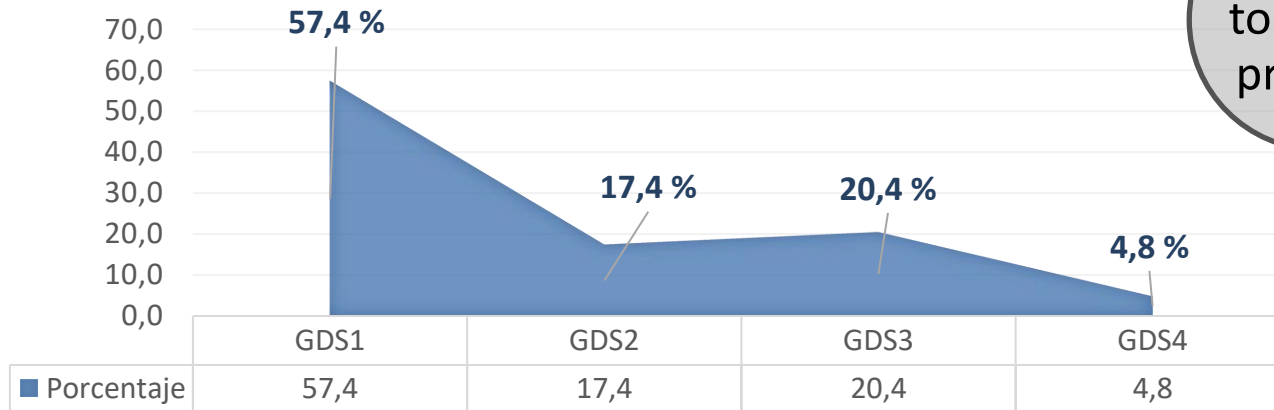


Categorías nº Pruebas alteradas

	0 fallos	1 fallo	2 fallos	3 fallos	4 fallos o más
GDS1	79,50%	20,50%	0,00%	0,00%	0,00%
GDS2	0,00%	57,50%	40,00%	2,50%	0,00%
GDS3	0,00%	0,00%	25,50%	27,70%	46,80%
GDS4	0,00%	0,00%	0,00%	9,10%	90,90%

Criterio Clínico Estándar (GDS)

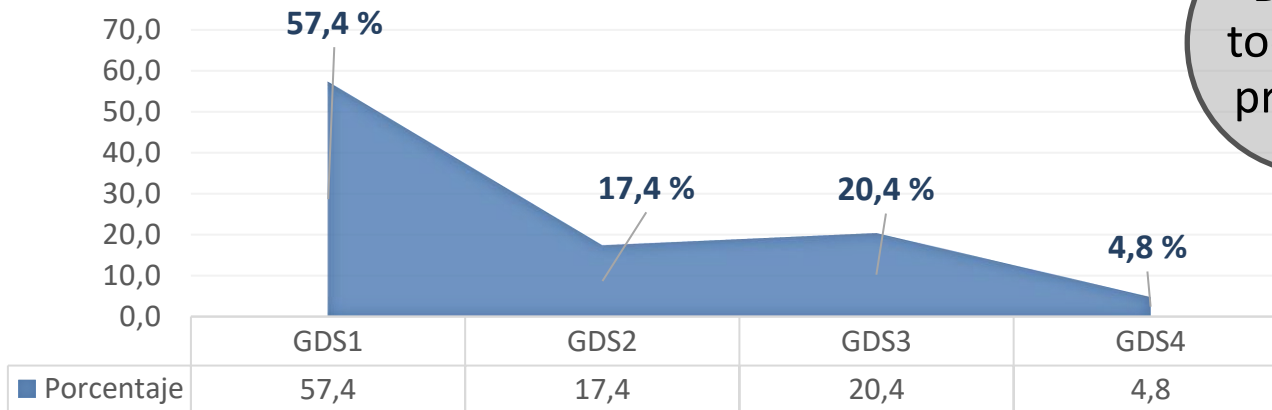
PORCENTAJE POR GDS



Dif. en todas las pruebas

Criterio Clínico GDS

PORCENTAJE POR GDS

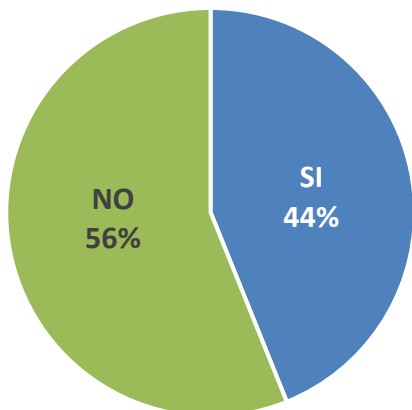


Dif. en todas las pruebas

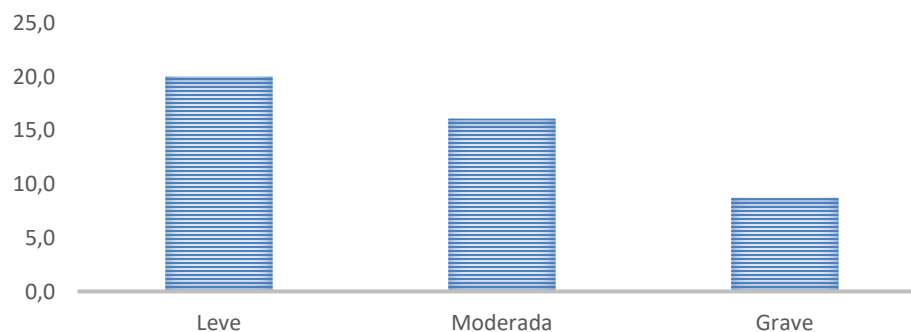
	MMSE	MEC	Puntuación Típica de la prueba BNB-D Memoria	Puntuación Típica LP	P.Típica Reconocimiento BNB-D	PE TMT-A	PE TMT-B	TOTAL Puntuación FAB	Puntuación Típica DI	PE.Animales	PE Letra P	Denominación Imágenes Correcta	P.T Denominación Imágenes.
GDS 1-2	0,012	0,001	0,001	0,035	0,876	0,025	0,018	0,006	0,000	0,031	0,132	0,074	0,877
GDS 1-3	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
GDS 2-3	0,000	0,042	0,642	0,042	0,006	0,001	0,038	0,002	0,756	0,002	0,012	0,000	0,068
GDS 2-4	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,123	0,000	0,846	0,008	0,021	0,000	0,241
GDS 1-4	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,032	0,000	0,026	0,000	0,002	0,000	0,037

Aspectos Emocionales

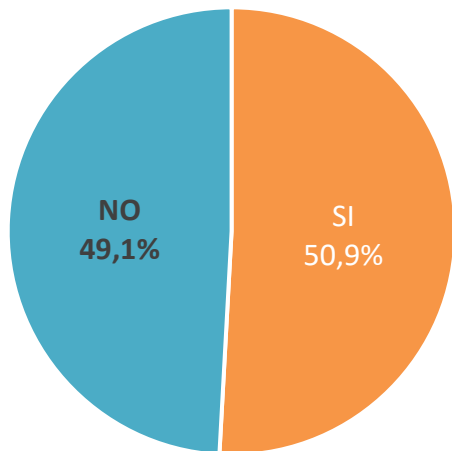
Positivos Ansiedad Goldberg



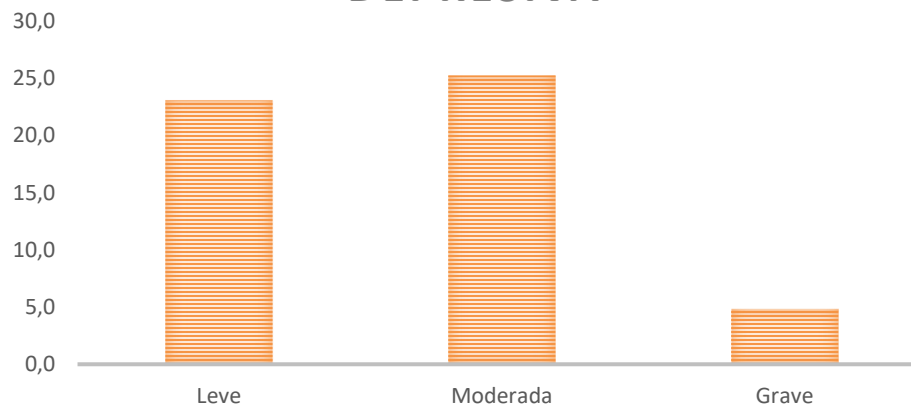
GRADO SINTOMATOLOGÍA ANSIEDAD



Positivos Depresión Goldberg



GRADO SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

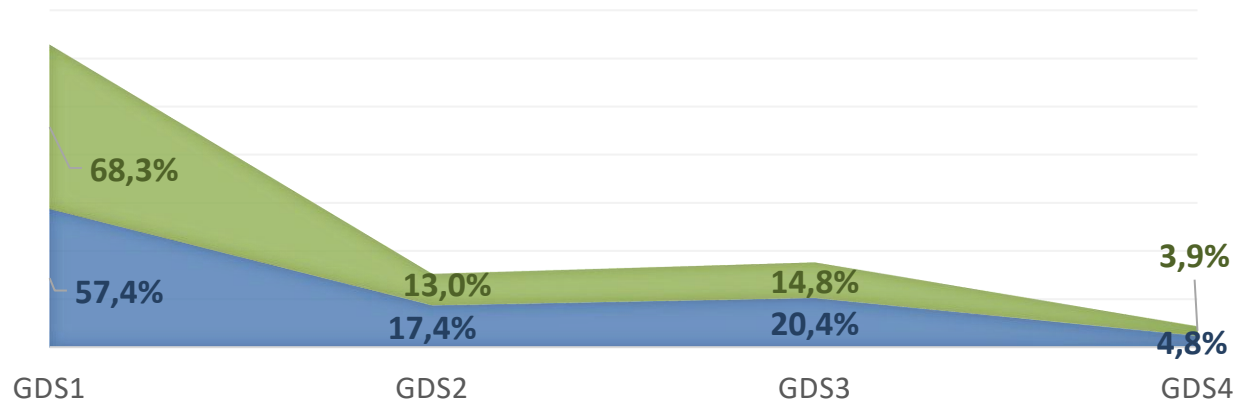




CERO OMISIONES
CERO ALZHEIMER

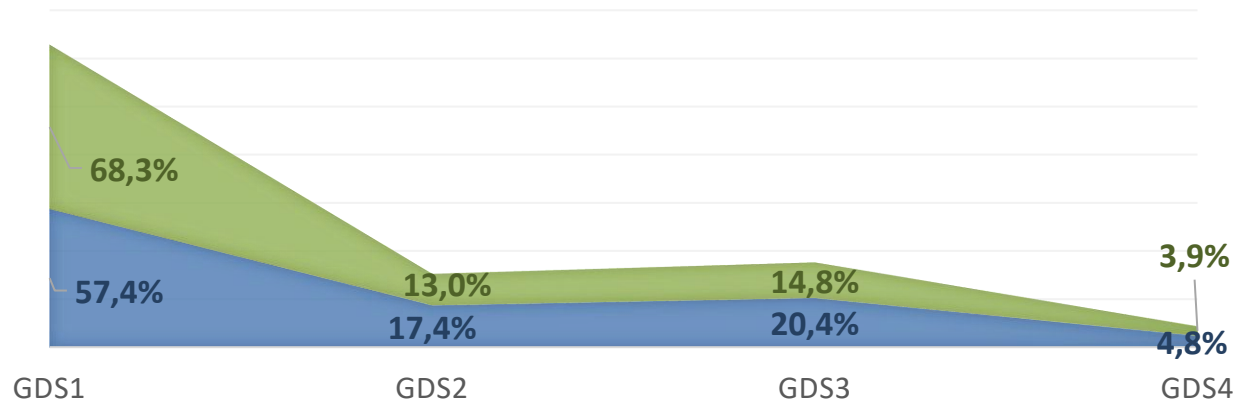
Criterio Clínico GDS* aspectos emocionales

PORCENTAJE GDS + ASPECTOS EMOCIONALES



Criterio Clínico GDS*Emoción

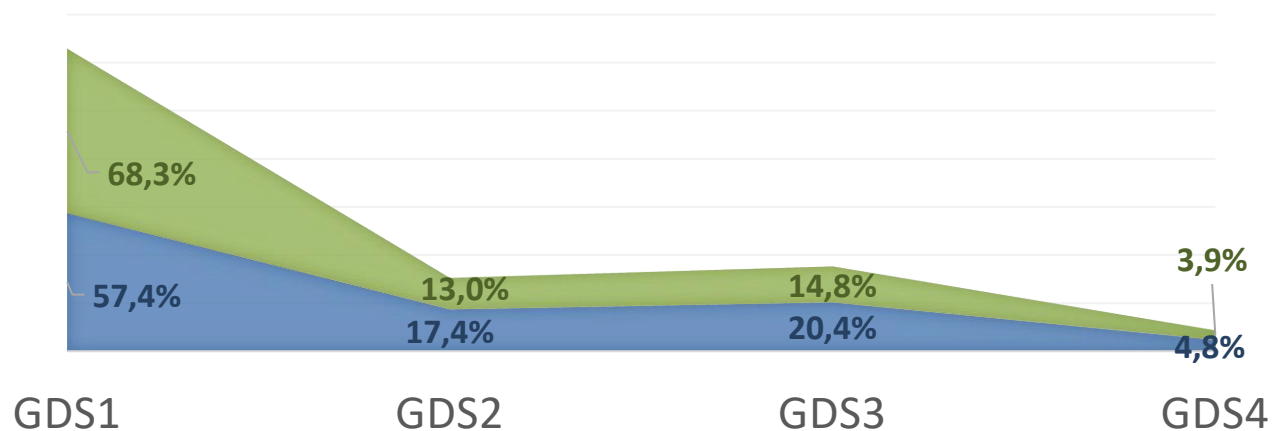
PORCENTAJE GDS + ASPECTOS EMOCIONALES



	MMSE	MEC	Lista de palabras Ensayo 1	Lista de palabras Ensayo 2	Lista de palabras Ensayo 3	Lista de palabras Ensayo 4	PT BNB-D Memo	PT LP Memoria	PT Reconocimiento BNB-D	PE TMT-A	PE TMT-B	FAB	Puntuación Típica DI	PE.Animales	PE Letra P	P.T Denominación Imágen
GDS 1-2	0,000	0,000	0,001	0,000	0,016	0,020	0,006	0,102	0,939	0,000	0,003	0,000	0,001	0,000	0,009	0,007
GDS 1-3	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,012
GDS 2-3	0,058	0,150	0,341	0,125	0,005	0,004	0,168	0,016	0,026	0,345	0,275	0,254	0,861	0,136	0,168	0,906
GDS 2-4	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005	0,762	0,000	0,843	0,207	0,009	0,500
GDS 1-4	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,188	0,000	0,173	0,002	0,000	0,021

Criterio Cognitivo +aspectos emocionales

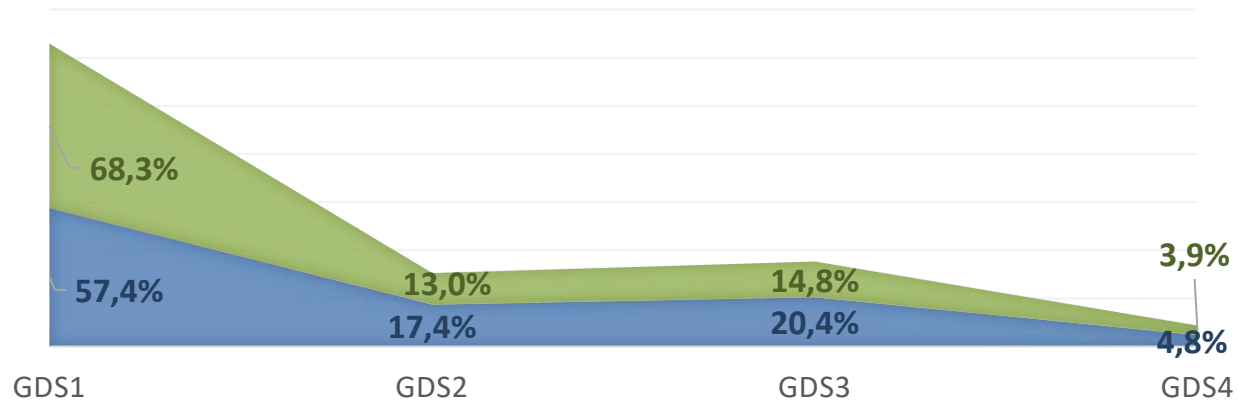
PORCENTAJE GDS + ASPECTOS EMOCIONALES



18,7% casos
susceptibles de
deterioro cognitivo

Criterio Cognitivo + aspectos emocionales

PORCENTAJE GDS + ASPECTOS EMOCIONALES



14,8% casos compatibles con GDS-3
NO DIAGNOSTICADO

3,9% casos con probable GDS-4
NO DIAGNOSTICADO

En comparación a la FASE I

N=139

7,19% (10 Casos) serían susceptibles de presentar un Deterioro Cognitivo Leve (GDS-3)

6,47% (9 Casos) serían susceptibles de presentar un Deterioro cognitivo moderado (GDS-4).

Por tanto, el **13,6%** de los casos evaluados serían susceptibles de presentar un deterioro cognitivo.
NO DIAGNOSTICADO

Uso de un protocolo más reducido de exploración

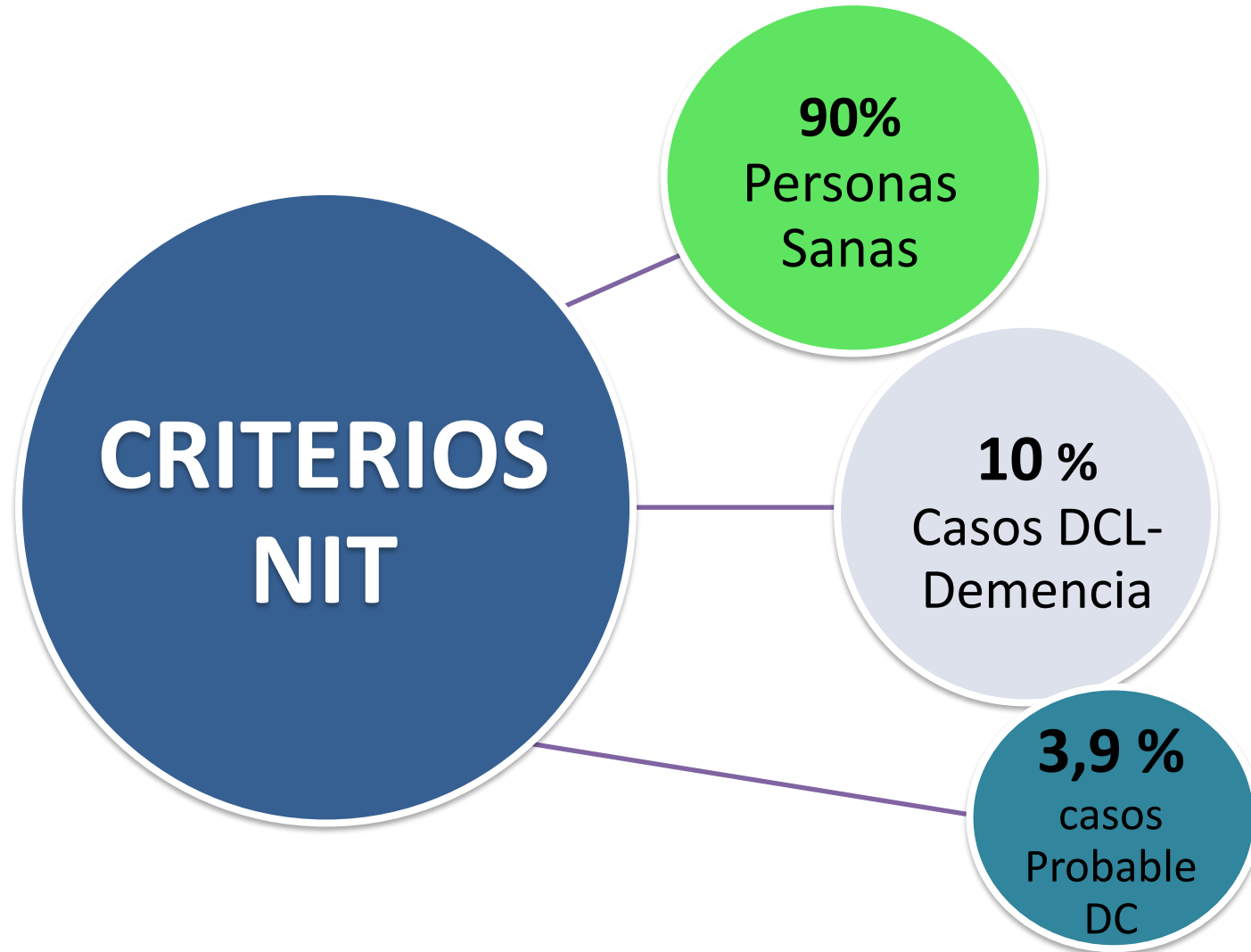
Criterios NIT

(Number of Impaired Test)

Oltra-Cucarella et al. (2018)

- Oltra-Cucarella et al. (2018), plantea que las personas sanas pueden mostrar *“dos puntuaciones iguales o mayores que 1.5 De por debajo de la media cuando se aplica 9 test de diferentes habilidades cognitivas”*.
- Muestra de 415 personas diagnosticadas de DCL amnésico, recalificando:
 - Criterio: ***tres puntuaciones bajas como criterio diagnóstico de DCL*** -- mayor riesgo de EA (en comparación a criterios originales y otros criterios estándar para el diagnóstico del DCL).

¿Y en nuestra muestra?



¿En función de sus quejas, hay alteración?

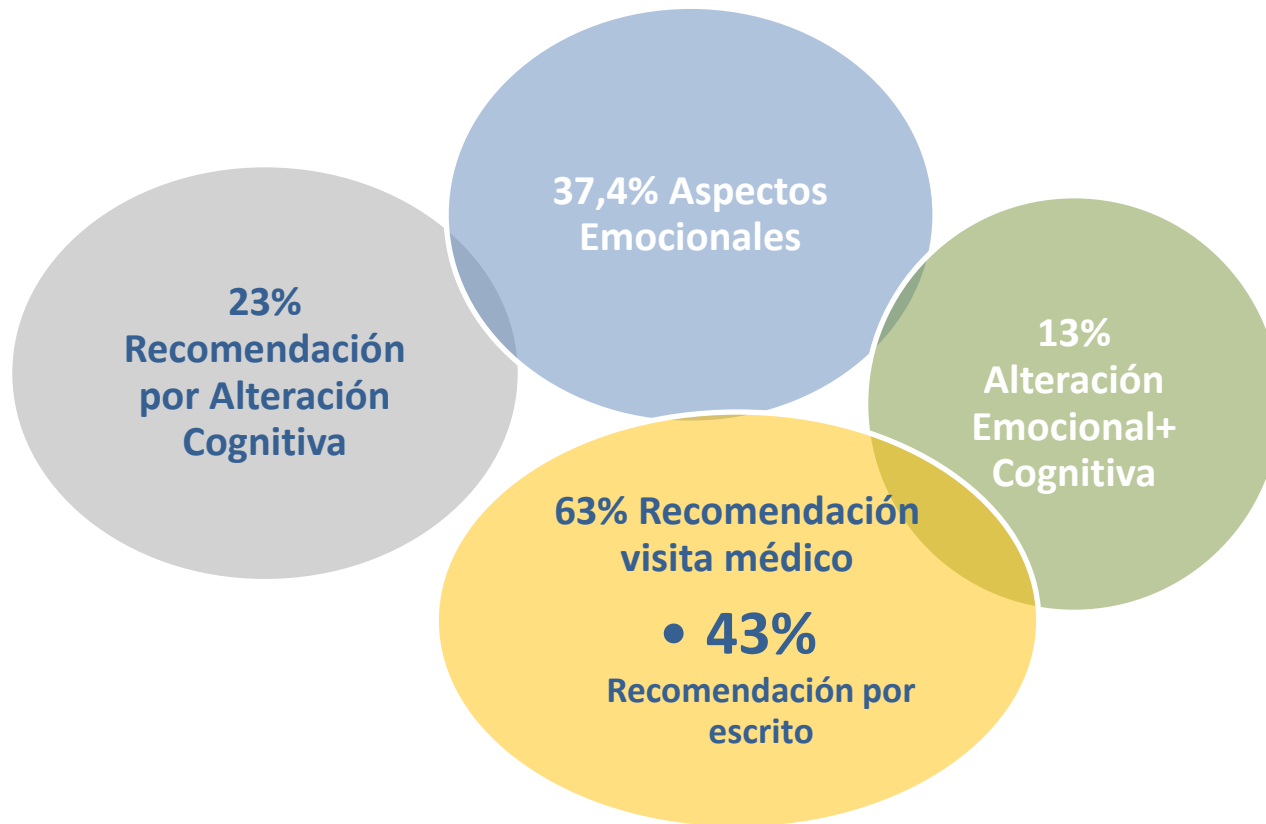
¿He perdido las
ganas de hacer
cosas que antes
me gustaban?
36 personas
(15,65%)

¿Tengo problemas para
encontrar las palabras?
Evocación: 11 personas
(4,78%)
Denominación: 9 personas
(3,91 %)
Ambas: 6 personas (2,60%)

¿Tengo problemas de
memoria?
13% dificultades
mnésicas

¿Tengo despistes?
3 Sujetos (dificultades
mnésicas)

Recomendaciones realizadas



Conclusiones

La Historia familiar previa no es un dato significativo para participar en un estudio

Existe una conciencia de cuidarse y conocer la salud cerebral.

Casos de ansiedad/depresión que se pueden confundir con E. Neurodegenerativa

El estudio ha vuelto a ayudar a conocer el estado de un familiar (viniendo dos como acompañantes) – **“Primera puerta de Entrada”**

Importancia de los estudios de detección y campañas de prevención para la detección de casos susceptibles.

NO uso de una única prueba en la detección de posibles casos de Deterioro Cognitivo. **Uso de PROTOCOLO DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA**

Importante el uso de un **criterio unificado para la detección de casos de posible deterioro**, ya que puede condicionar el diagnóstico de la persona, así como fomentar **el infradiagnóstico**.

Conclusiones (II)

Mostrando este estudio la importancia de la detección precoz y de la necesidad de favorecer/potenciar la prevención de la salud cerebral desde las AFAs, así como el soporte que desde ellas se puede realizar a las personas y sus familias tras el diagnóstico.



CERO OMISIONES
CERO ALZHEIMER



Dr. Juan L. García



Associació de
Familiars de
Malalts
d'Alzheimer
Maresme

Cristina Borràs



Laia Remolà



Blanca de la Cruz

Dra. Margarita Torrente



Dolores Capdevila

Irene Iborra

Ariadna Galán



Vera Noguera

Referencias

- Álvarez-Linera Prado, J., & Jiménez-Huete, A. (2019). Neuroimaging in dementia. Clinical-radiological correlation. *Radiologia*, 61(1), 66–81. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2018.08.004>
- Banerjee, D., Muralidharan, A., Hakim Mohammed, A. R., & Malik, B. H. (2020). Neuroimaging in Dementia: A Brief Review. *Cureus*, 12(6). <https://doi.org/10.7759/cureus.8682>
- CEAFA. (2018). Avanzando en el diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer. In CEAFA. <https://www.ceafa.es/files/2019/03/avanzando-en-el-diagnostico-precoz-de-la-enfermedad-de-alzheimer.pdf>
- Cejudo Bolívar, J.C (2017). Creación , validación, normalización y perfiles cognitivos de una Batería Neuropsicológicas Básica para el uso clínico en demencia, versión D (BNB-D). Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Chu, L. (2012). *Alzheimer's disease: early diagnosis and treatment*. www.hkmj.org
- Clare, L., Bayer, A., Burns, A., Corbett, A., Jones, R., Knapp, M., Kopelman, M., Kudlicka, A., Leroi, I., Oyebode, J., Pool, J., Woods, B., & Whitaker, R. (2013). Goal-oriented cognitive rehabilitation in early-stage dementia: Study protocol for a multi-centre single-blind randomised controlled trial (GREAT). *Trials*, 14(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-152>
- Fernández-Viadero, C., Rodríguez Rodríguez, E., Combarros Pascual, O., & Crespo Santiago, D. (2013). Genética y enfermedad de Alzheimer: Población en riesgo. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 48(1), 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.03.004>
- García Ribas, G., López-Sendón Moreno, J. L., & García Caldentey, J. (2014). Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 58(07), 308. <https://doi.org/10.33588/rn.5807.2013394>
- Kim, K., Han, J. W., So, Y., Seo, J., Kim, Y. J., Park, J. H., Lee, S. B., Lee, J. J., Jeong, H.-G., Kim, T. H., & Kim, K. W. (2017). Cognitive Stimulation as a Therapeutic Modality for Dementia: A Meta-Analysis. *Psychiatry Investigation*, 14(5), 626. <https://doi.org/10.4306/PI.2017.14.5.626>
- Kongpakwattana, K., Sawangjit, R., Tawankanjanachot, I., Bell, J. S., Hilmer, S. N., & Chaiyakunapruk, N. (2018). Pharmacological treatments for alleviating agitation in dementia: a systematic review and network meta-analysis. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 84(7), 1445–1456. <https://doi.org/10.1111/BCP.13604>
- Leifer, B. P. (2003). Early Diagnosis of Alzheimer's Disease: Clinical and Economic Benefits. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5s2), S281–S288. <https://doi.org/10.1046/J.1532-5415.5153.X>
- López-Álvarez, J., & Agüera-Ortiz, L. F. (2015). Evolución histórica Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3–14. www.viguera.com/sepg
- Oltra-Cucarella, J., Sánchez-Sansegundo, M., Lipnicki, D.M., Sachdev, P.S., Crawford, J.D., Pérez-Vicente, J.A., ...Ferrer-Cascales, R. (2018). Using the base rate of low scores help to identify progression from amnesic MCI to AD. *Journal of the American Society*, 66 (7), 1360-1366.
- Oltra-Cucarella, J. (2018). Revisión de los criterios diagnósticos del deterioro cognitivo leve: Nuevos marcadores predictivos de la Enfermedad de Alzheimer. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.
- Petersen, R. C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., & Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: A concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*, 275(3), 214–228. <https://doi.org/10.1111/joim.12190>
- Pierce, A. L., Bullain, S. S., & Kawas, C. H. (2017). Late-Onset Alzheimer Disease. *Neurologic Clinics*, 35(2), 283–293. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2017.01.006>
- Rasmussen, J., & Langerman, H. (2019). Alzheimer's Disease – Why We Need Early Diagnosis. *Degenerative Neurological and Neuromuscular Disease*, 9, 123. <https://doi.org/10.2147/DNND.S228939>
- Serrano, C., Dillon, C., Leis, A., Taragano, F. E., & Allegri, R. F. (2013). Deterioro cognitivo leve: riesgo de demencia según subtipos Mild cognitive Impairment: Risk of Dementia according to Subtypes. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(6), 330–339.
- Vilela, V. C., Pacheco, R. L., Latorraca, C. O. C., Pachito, D. V., & Riera, R. (2017). What do Cochrane systematic reviews say about non-pharmacological interventions for treating cognitive decline and dementia? *Sao Paulo Medical Journal*, 135(3), 309–320. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2017.0092060617>
- Viloria, A. (2011). La enfermedad de Alzheimer antes de la demencia. Beneficios del diagnóstico precoz. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 46(SUPPL. 1), 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.10.010>



IX Congreso Nacional de
ALZHEIMER
10, 11, 12 y 13 de noviembre de 2021

**CERO
OMISIONES
CERO
ALZHEIMER**



“Tengo miedo a tenerlo, pero si lo tengo, no quiero perder más tiempo”

Gracias



FEDERACIÓ CATALANA

Federación de Asociaciones de Familiares de enfermos de Alzheimer de Cataluña (FAFAC)

Dr. Juan L. García Fernández

Neuropsicólogo Clínico AFAB spsicologic@afab-bcn.org