

V Jornada de la **demència** en l'Atenció Primària

DIAGNÒSTIC PRECOÇ I CELERITAT D'ACTUACIÓ

24 de Febrer de 2015 - CAMFiC - Diputació 316, Barcelona

**La importancia del diagnóstico precoz...
temprano...
a tiempo...**

Barcelona 24 de Febrero de 2014

Pablo Martinez-Lage

**Centro de Investigación y Terapias Avanzadas (CITA)
Donostia / San Sebastián**



**Fundación
CITA.alzhéimer
Fundazioa**

"Estas diapositivas son del Dr. Pablo Martinez-Lage. Si se van a utilizar en presentaciones el autor agradecería que se citase su procedencia"



(*) 2002. Salón de los pasos perdidos. Congreso de los diputados. “Se le soltó mucho la lengua, nos partimos con él”
-¿Sabes qué me pasa Lucía?
-¿Qué, presidente?
- ... hay mucha gente de la que veo hoy que creo que conozco y no me acuerdo de ella...
- Vaya

- **Es que los médicos me han dicho que esto me ha pasado por cuidar de mi mujer** [...] yo no sabía que eso de cuidar a Amparo podía producirme lo de no conocer a la gente...

2003. Albacete. “Discurso” en el mitin de presentación de Adolfo Suarez Illana (papá se emperró)

- Perdonen ustedes pero creo que me he liado...

(*) Lucía Méndez. Citada por Pedro Simón. Memorias del alzheimer. La esfera de los libros. Madrid. 2012

Características clínicas y demográficas de los casos de demencia diagnosticados en la Región Sanitaria de Girona durante el período 2007-2010: datos del Registro de Demencias de Girona (ReDeGi)

Laia Calvó-Perxas, M. Teresa Osuna, Jordi Gich, Erelido Eligio-Hernández, Marta Linares, Marta Viñas, Isabel Casas, Oriol Turró-Garriga, Secundino López-Pousa, Josep Garre-Olmo, en representación del Grupo de Estudio del Registro de Demencias de Girona

Aproximadamente la mitad de los casos se diagnostican en fase de demencia moderada

Tabla III. Características clínicas de los casos de demencia: Registro de Demencias de Girona (2007-2010).

	DDP				DSV		ODS	DNE
	EA	DCL	DFT	ODD	DV	DDCV		
Inicio (años): media ± DE	2,5 ± 1,7	2,2 ± 1,3	2,8 ± 2,3	2,4 ± 1,3	2,4 ± 1,9	2,6 ± 2,1	2,7 ± 2,7	2,4 ± 1,4
MMSE: media ± DE	17,4 ± 5,4	17,0 ± 5,6	20,0 ± 6,3	18,0 ± 5,6	18,7 ± 5,7	17,2 ± 5,0	18,2 ± 5,7	18,0 ± 5,6
BDRS cognitivo: media ± DE	3,5 ± 1,6	3,9 ± 1,5	3,4 ± 1,6	3,6 ± 1,7	3,8 ± 1,7	3,9 ± 1,7	3,9 ± 1,6	4,1 ± 2,0
BDRS funcional: media ± DE	0,9 ± 1,7	1,9 ± 2,2	1,0 ± 1,4	1,9 ± 2,5	2,2 ± 2,3	1,6 ± 2,1	2,1 ± 2,6	2,1 ± 2,6
BDRS conductual: media ± DE	2,8 ± 1,9	3,6 ± 1,6	3,7 ± 1,6	3,3 ± 1,7	3,7 ± 1,6	3,5 ± 1,9	3,6 ± 2,0	3,4 ± 2,2
Gravedad (CDR)								
Leve (CDR = 1)	1.056 (66,2%)	66 (46,8%)	60 (69,8%)	63 (58,3%)	81 (47,6%)	185 (53,5%)	60 (44,8%)	100 (57,5%)
Moderada (CDR = 2)	399 (25,0%)	50 (35,5%)	23 (26,7%)	35 (32,4%)	64 (37,6%)	115 (33,2%)	51 (38,1%)	47 (27,0%)
Grave (CDR = 3)	141 (8,8%)	25 (17,7%)	3 (3,5%)	10 (9,3%)	25 (14,7%)	46 (13,3%)	23 (17,2%)	27 (15,5%)

Estadio evolutivo de los pacientes con enfermedad de Alzheimer que acuden a la consulta especializada en España. Estudio EACE[☆]

J. Alom Poveda^a, M. Baquero^{b,*} y M. González-Adalid Guerreiro^c



NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



Demencia (1.694 casos en el momento del dx)

MMSE			CDR	
> 20	30%	Posible	0,5	18%
10-20	64%	Leve	1	52%
< 10	6%	Moderada	2	25%
		Avanzada	3	4%

de la EA. El uso del MMSE como herramienta para clasificar la gravedad de la demencia podría sobreestimarla en un grupo de pacientes con bajo nivel de instrucción. No obstante, lo consideramos más fiable que el CDR, escala que en

nuestro medio tiene un uso mucho menos extendido y con la que muchos investigadores, creemos, están poco entrenados y familiarizados. Las fortalezas del estudio también son

Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la atención primaria

M.V. Zunzunegui Pastor^a, T. del Ser^b, A. Rodríguez Laso^c, M.J. García Yébenes^c, J. Domingo^b y A. Otero Puime^c

Aten Primaria 2003;31(9):581-6

TABLA 2

Número de casos y casos detectados de demencia en personas mayores de 70 años, supervivientes de la cohorte de Leganés, 2000 (n = 527)

	Casos con demencia		
	Totales	Detectados	No detectados
Grado de demencia ^a			
Demencia leve	20	1 (5%)	19
Demencia moderada	29	9 (31%)	20
Demencia grave	14	9 (64%)	5
Causa de demencia ^b			
Enfermedad de Alzheimer	42	13 (31%)	29
Demencia vascular	12	4 (33%)	8
Demencia con cuerpos de Lewy	5	2 (40%)	3
Otra	4	0 (0%)	4
Total	63	19 (30%)	44

^aEl grado de demencia se estableció según criterios DSM-III-R ($\chi^2 = 13,76$; gl = 2; p = 0,001). ^bLa causa de demencia se estableció según los datos clínicos ($\chi^2 = 2,03$; gl = 3; p = 0,56). gl: grados de libertad..

El 50-70% de las demencias están sin diagnosticar

En el caso de las demencias leves alcanza al 90%

ASSESSING PHYSICIAN ATTITUDES AND PERCEPTIONS OF ALZHEIMER'S DISEASE ACROSS EUROPE

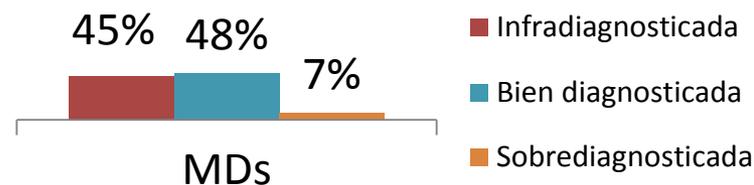
P. MARTINEZ-LAGE¹, L. FRÖLICH², S. KNOX³, K. BERTHET⁴

1. Fundació ACE – Institut Català de Neurociències Aplicades, Barcelona, Spain; 2. Central Institute of Mental Health, University of Heidelberg, Mannheim, Germany; 3. Eisai Europe Ltd., Hatfield, United Kingdom; 4. Pfizer Inc, Paris, France. Corresponding author: Pablo Martínez-Lage, Area of Neurology, Fundación CITA Alzheimer, Paseo Mikeletegi 61, 1º, 20009 San Sebastian, Spain, Phone: +34 94 330 8203, E-mail: pmartinezlage@gmail.com / pmartinezlage@fundacioace.com

Abstract: Given the important role that physicians play in clinical care, disease advocacy, national health policy making and clinical research, the IMPACT survey sought to assess the attitudes and perceptions of physicians in 3 general categories: diagnosis and treatment of Alzheimer's disease (AD); caregivers and families of patients with AD; and the role of government in dealing with this disease and its consequences. Survey respondents comprised a total of 250 generalists and 250 specialists (neurologists, geriatricians, neuro-psychiatrists, psychiatrists and psychogeriatricians) from France, Germany, Italy, Spain and the United Kingdom. Physicians were aged 25 to 69 years, in practice for between 5 and 30 years and currently spending more than 50% of their time in direct patient care. Results showed that a sizable majority of physicians throughout Europe, specialists and generalists alike, agree that: 1) AD is underdiagnosed and undertreated; 2) patients and families are not prepared to recognise the early symptoms of the disease; 3) early treatment can help to slow the progression of the disease; and 4) more effective treatments are needed. Attitudes were statistically significantly different between some groups of physicians regarding disclosure of the diagnosis of AD, the benefits of lifestyle modification, and the value of AD-specific medication in patients whose symptoms are worsening. Differences in attitudes and perceptions of AD between specialists and generalists were limited; differences between countries were more common and of greater magnitude, particularly with respect to barriers to the use of prescription medications.

Key words: Alzheimer's disease, physicians, treatment, diagnosis, survey, dementia, attitudes.

Percepciones sobre el diagnóstico de la EA



¿Por qué cree usted que la EA está infradiagnosticada en su país?	MDs (n=100)
Los pacientes/familiares no vigilan los síntomas	89%
Falta de “vigilancia” y experiencia para detectar la EA leve	84%
Los pacientes/familiares evitan diagnósticos “desagradables”	76%
Desconocimiento de la EA en la población	82%
Los fallos de memoria son explicables por la edad	89%
Pacientes y familiares “ignoran” conscientemente los síntomas	80%
La comunidad médica DUDA ante las fases iniciales del alzhéimer, hay incertidumbre	76%
No hay buenas herramientas diagnósticas	80%
Como no hay tratamientos eficaces no merece la pena diagnosticarlo pronto	58%
Los médicos se sienten INCOMODOS dando malas noticias	42%



¿Los pacientes van tarde al médico?

Mild cognitive impairment and dementia in primary care: the value of medical history

Family Practice 2011; 28:385–392

Javier Olazarán^{a,b,*}, Pedro Torrero^c, Isabel Cruz^b,
Esperanza Aparicio^c, Ana Sanz^c, Nieves Mula^c, Garbiñe Marzana^c,
Dionisio Cabezón^c and Concepción Begué^c

TABLE 1 Baseline clinical variables in the three study groups and, within MCI group, by 1-year outcome^a

	NCI (n = 77)	MCI (n = 81)	Dementia (n = 18)	P
Age	68.7 (8.6)	73.5 (8.3)	81.1 (4.9)	0.000 ^b
Sex (% women)	76.3	65.4	66.7	0.309
Education (% illiterate, none or incomplete)	39.5	58.1	61.1	0.000
Chronic medical conditions (n)	2.1 (1.5)	2.2 (1.5)	2.4 (1.8)	0.804
Medications (n)	2.5 (2.0)	2.8 (2.1)	3.5 (2.4)	0.174
Family history of dementia (%) ^c	18.1	19.2	18.8	0.983
Memory symptoms (%)	64.5	69.1	83.3	0.298
Attention/dysexecutive symptoms (%)	50.6	44.4	11.1	0.010
Language symptoms (%)	10.5	9.9	0.0	0.361
Visuospatial symptoms (%)	0.0	3.7	5.6	0.182
Behavioral symptoms (%)	11.8	17.3	22.2	0.449
Symptom domains (n)	1.4 (0.6)	1.4 (0.7)	1.2 (0.4)	0.356
Source of symptoms (% informant or PCP)	20.8	40.7	88.9	0.000
Duration of symptoms (years) ^c	3.2 (3.9)	2.0 (2.9)	1.9 (1.3)	0.071

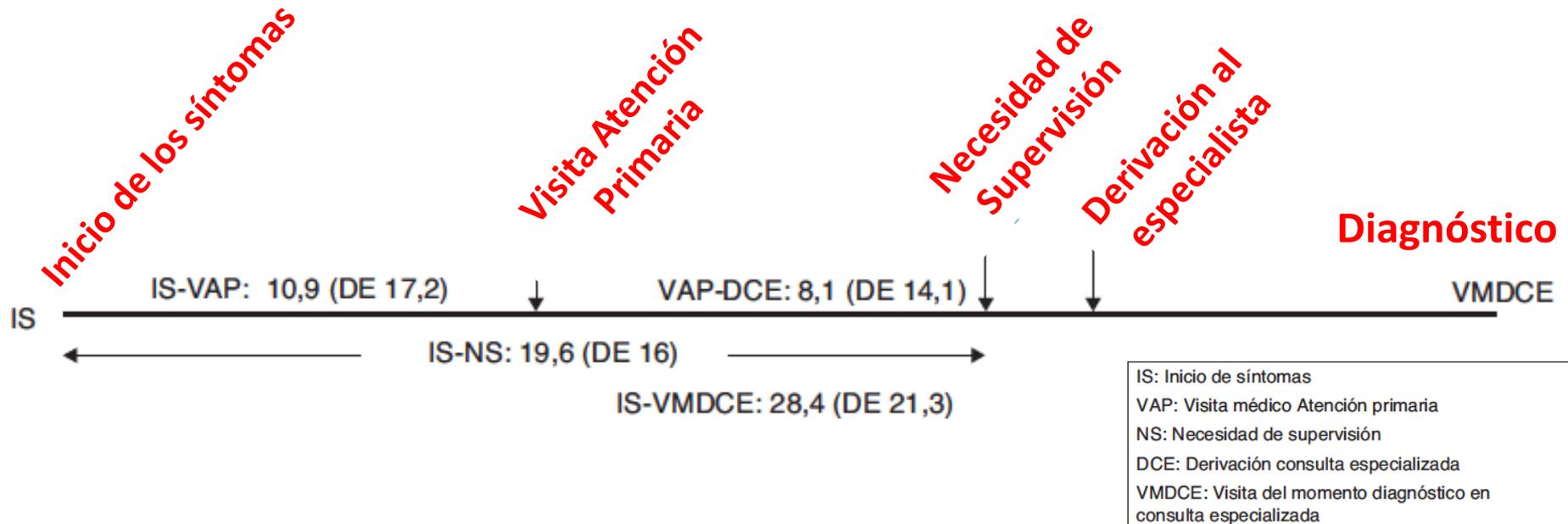
¿ Los pacientes/familias van tarde al médico?

Estadio evolutivo de los pacientes con enfermedad de Alzheimer que acuden a la consulta especializada en España. Estudio EACE[☆]



J. Alom Poveda^a, M. Baquero^{b,*} y M. González-Adalid Guerreiro^c

Neurología. 2013;28(8):477–487



The typical patient experiences symptoms for more than 2 years (26.1 mo) and **visits an average of 2.3 doctors** before diagnosis. Only 43% of patients are in the mild stage
Alzheimer's Foundation of America. | CAN: Investigating caregivers attitudes and needs.

<http://www.2f.biglobe.p.jp/~boke/ican2996.pdf>. Accessed march 5 2009

Estadio evolutivo de los pacientes con enfermedad de Alzheimer que acuden a la consulta especializada en España. Estudio EACE[☆]



J. Alom Poveda^a, M. Baquero^{b,*} y M. González-Adalid Guerreiro^c

Neurología. 2013;28(8):477–487

Tabla 3 (Continuación)

	Institucionalizado				Cuidador				Localidad (N.º de habitantes)					
	No		Sí		Cónyuge/pareja		Hija/o		< 100.000 h		100.000-500.000 h		> 500.000 h	
<i>CDR, (n, %)</i>														
Demencia posible	278	18,8	3	2,6	166	23,1	88	13,4	80	17,3	118	17,1	85	18,8
Demencia ligera	793	53,6	44	38,6	388	53,9	327	49,8	235	50,8	340	49,3	257	56,7
Demencia moderada	348	23,5	52	45,6	143	19,9	203	30,9	124	26,8	195	28,3	93	20,5
Demencia severa	52	3,5	15	13,2	18	2,5	35	5,3	22	4,8	33	4,8	13	2,9

Pruebas de significación estadística utilizadas: para la comparación entre 2 grupos se utilizó la prueba *t* de Student para las muestras independientes y para las variables cuantitativas, y la prueba exacta de Fisher para las variables categóricas; para la comparación entre más de 2 grupos se utilizó el análisis de la varianza para variables cuantitativas y la prueba exacta de Fisher, Chi-cuadrado o prueba de Mantel-Haenszel, según proceda para las variables categóricas. Los resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$) se señalan en negrita.

AP= Atención Primaria; CDR= *Clinical Dementia Rating*; DE = desviación estándar; MMSE = *Minimal State Examination*; NPI = *Neuropsychiatric Inventory*.

Demencia	Cónyuge	Hijo/a
Posible	23,1%	13,4%
Leve	53,9%	49,8%
Moderada	19,9%	30,9%
Avanzada	2,5%	5,3%

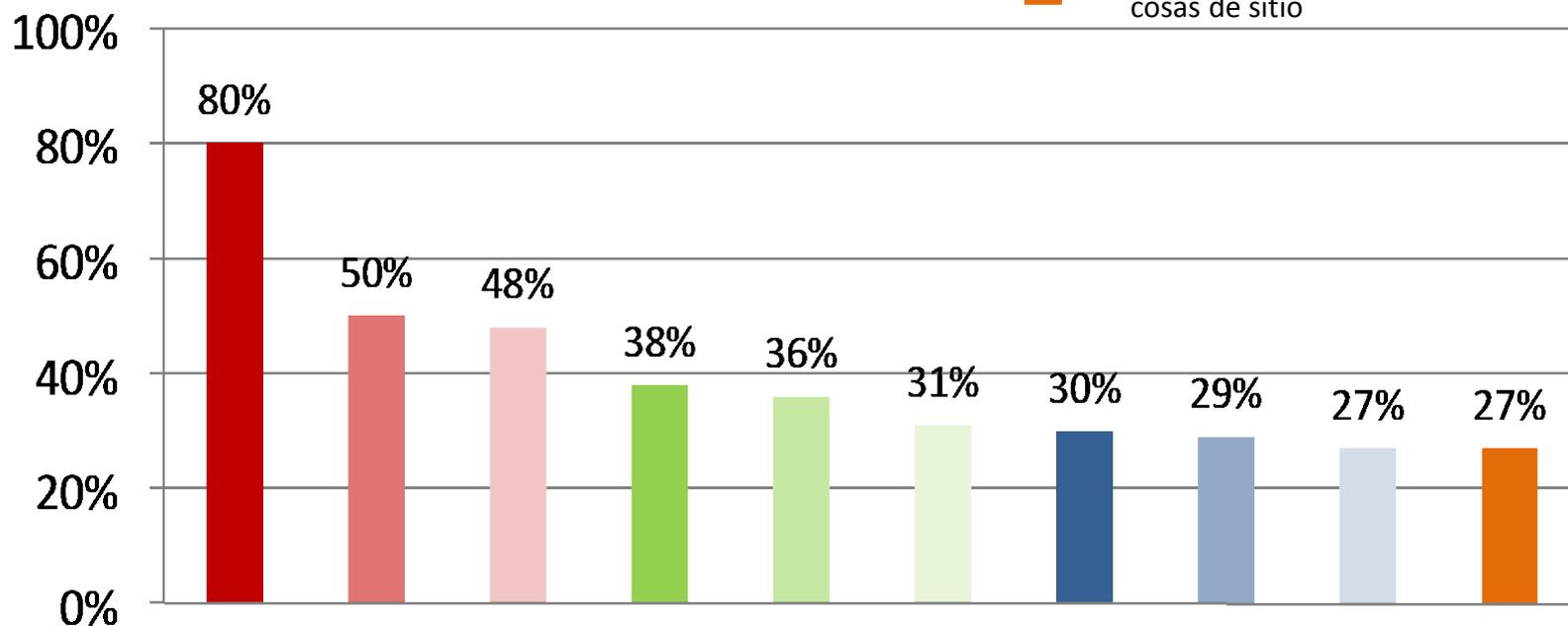
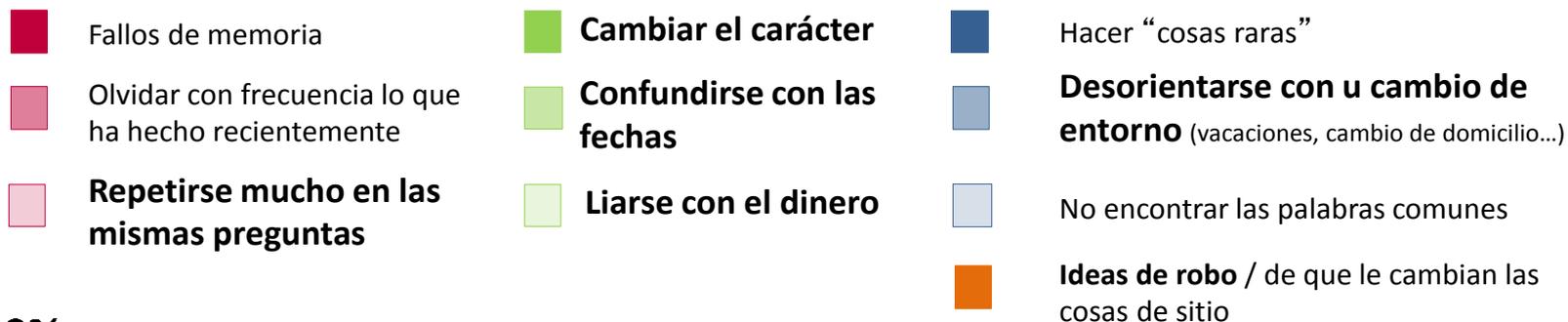
de la EA. El uso del MMSE como herramienta para clasificar la gravedad de la demencia podría sobreestimarla en un grupo de pacientes con bajo nivel de instrucción. No obstante, lo consideramos más fiable que el CDR, escala que en

nuestro medio tiene un uso mucho menos extendido y con la que muchos investigadores, creemos, están poco entrenados y familiarizados. Las fortalezas del estudio también son

Falta de “vigilancia” y experiencia para detectar la EA leve

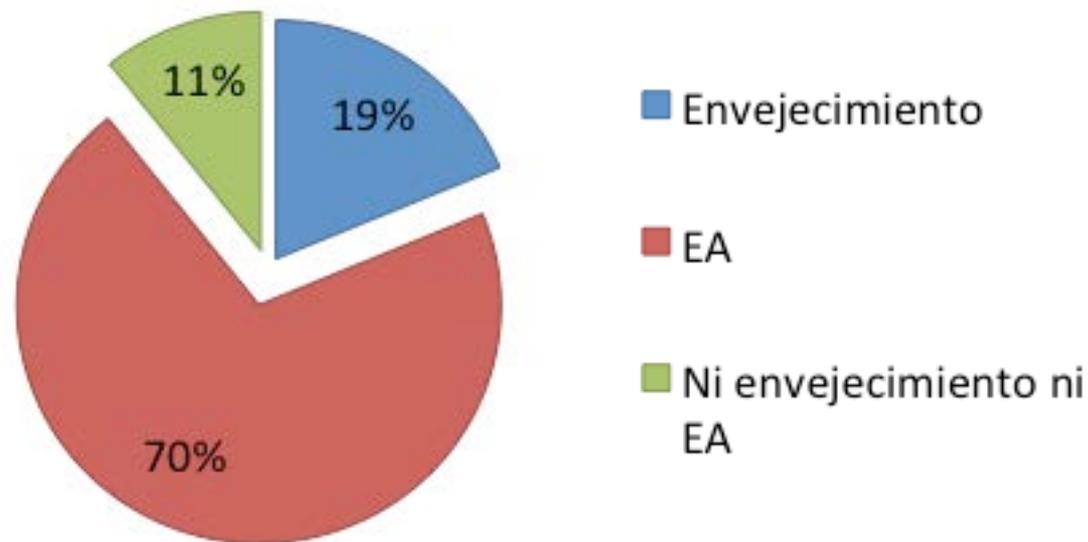
**La comunidad médica DUDA ante las fases iniciales del
alzhéimer, hay incertidumbre**

¿Cuáles fueron los primeros síntomas que se le notaron?

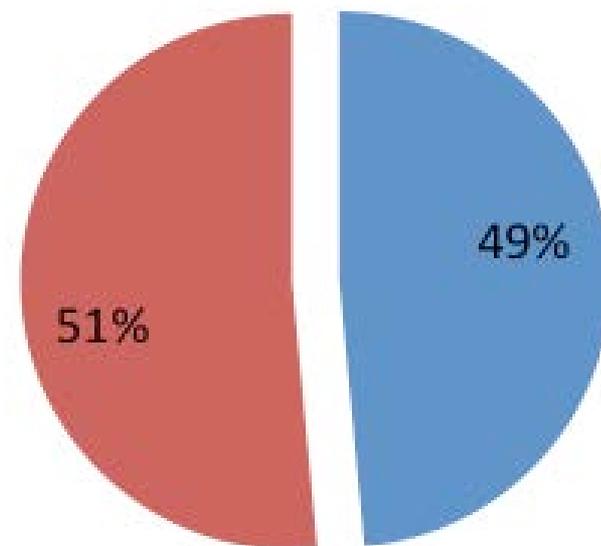




Neurólogos



Atención primaria



12.a.- Repetir las mismas preguntas

• Retraso en el diagnóstico

• (40% más de 6 meses entre la primera consulta y el diagnóstico)

■ **El médico de cabecera pensó al principio que no había motivo para derivar al especialista**

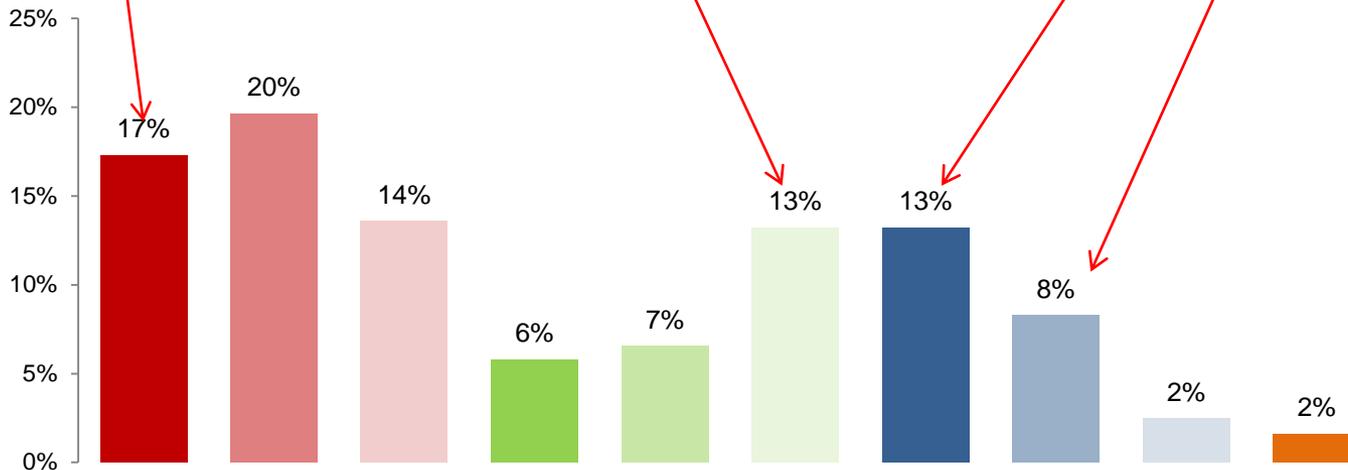
- Lista de espera para la consulta con el especialista
- Lista de espera para las pruebas que pidió el especialista

■ Pasó mucho tiempo entre que se hizo las pruebas y nos dieron el resultado

- Al principio nos dijeron que no era nada
- Al principio nos dijeron que era una **demenia senil**, que era de la edad

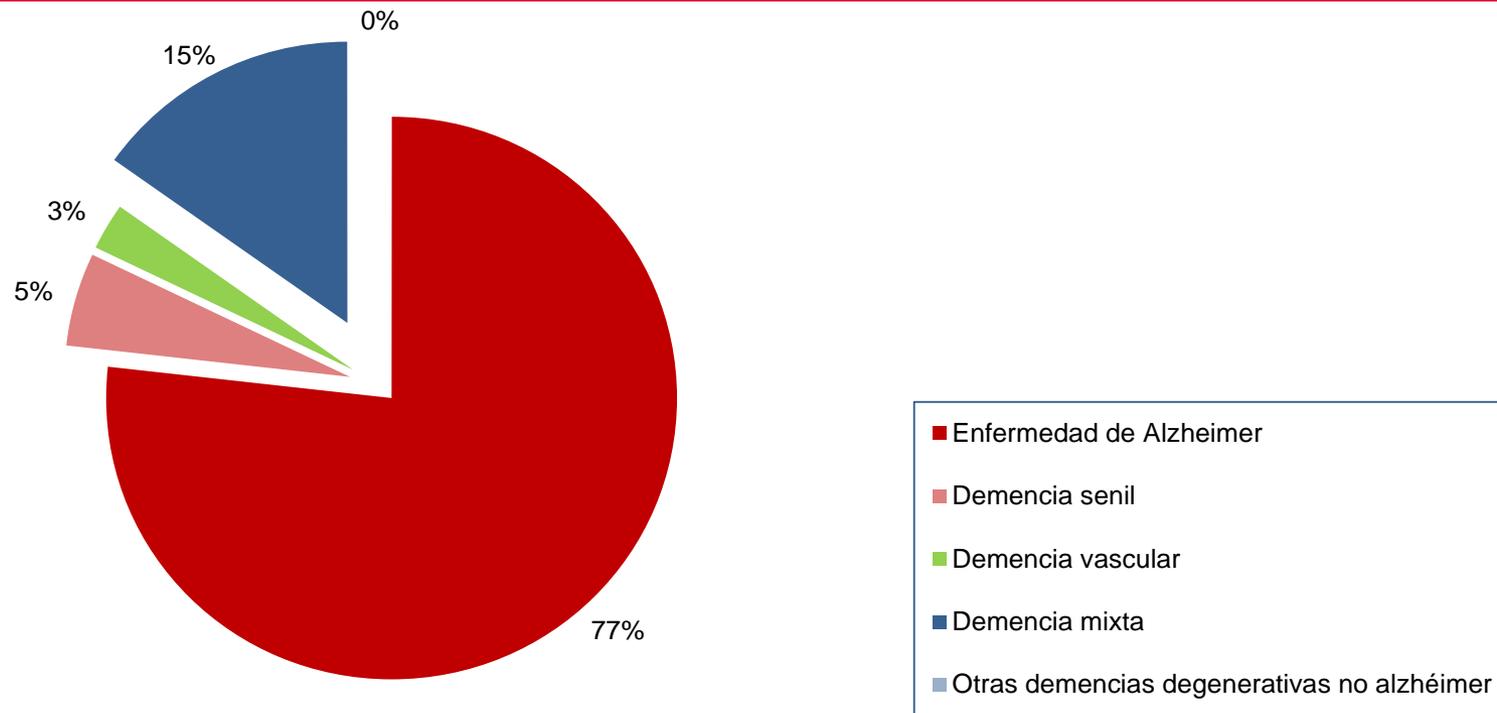
■ Al principio nos dijeron que era una depresión

- El especialista dijo que no estaba seguro y que había que esperar y verlo más adelante
- El paciente no quiso acudir a la consulta con el especialista
- El paciente no quiso hacerse las pruebas



Neurólogos

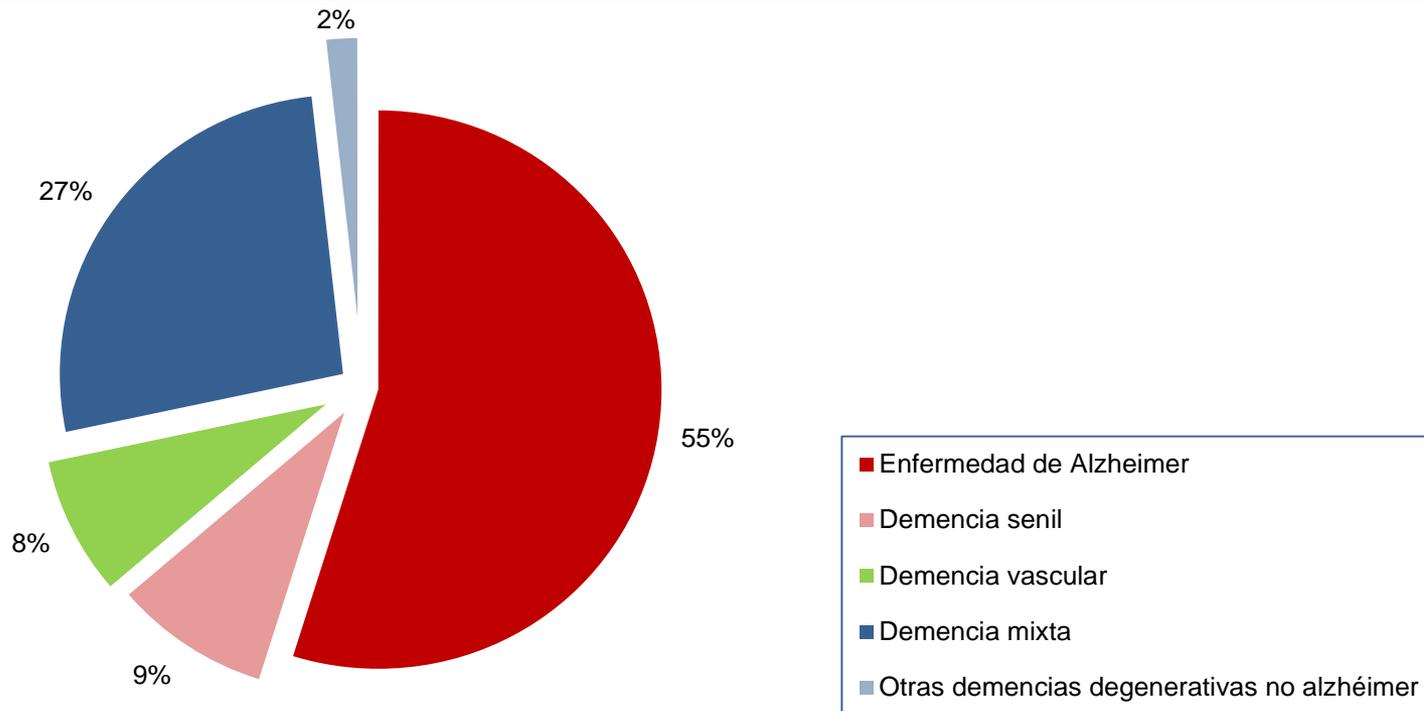
El 77% de encuestados afirma que la EA es la demencia más frecuente entre sus pacientes.



11.- De manera aproximada, la forma más frecuente de demencia entre los pacientes que usted atiende es:

Geriatras

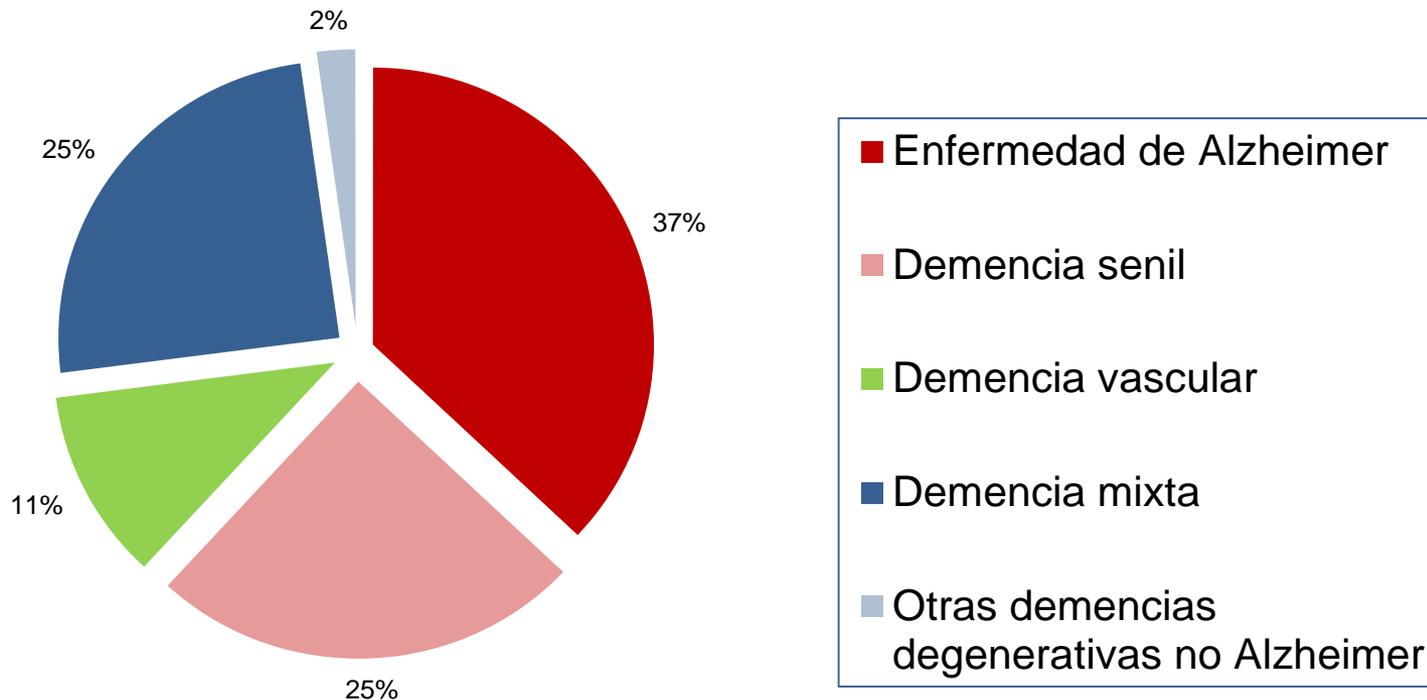
El 55% de encuestados afirma que la EA es la demencia más frecuente entre sus pacientes.



11.- De manera aproximada, la forma más frecuente de demencia entre los pacientes que usted atiende es:

Atención primaria

El 37% afirma que la forma más frecuente de demencia entre sus pacientes es la EA, el 25% la demencia senil y el 25% la demencia mixta.



12.- En su opinión, la forma más frecuente de demencia entre los pacientes que usted atiende es:

Información

Los médicos se sienten INCOMODOS dando malas noticias

Attitudes of Patients With Mild Dementia and Their Carers Towards Disclosure of the Diagnosis

International Psychogeriatrics, Vol. 15, No. 3, 2003, pp. 279-288 **GILL PINNER AND WALTER PIERRE BOUMAN**

If you were to develop cancer, would you wish to be told?		
Yes	49 (98%)	49 (98%)
No	1 (2%)	1 (2%)
If you were to develop cancer, would you wish your family to be told?		
Yes	47 (94%)	46 (92%)
No	3 (6%)	4 (8%)

Cáncer

If you were to develop dementia/AD, would you wish to be told?		
Yes	46 (92%)	49 (98%)
No	4 (8%)	1 (2%)
If you were to develop dementia/AD, would you wish your family to be told?		
Yes	49 (98%)	46 (92%)
No	1 (2%)	4 (8%)

Demencia

Do you think you might be suffering from dementia?		
Yes	14 (28%)	41 (82%)
No	31 (62%)	9 (18%)
Don't know	5 (10%)	

Do you mind if we discuss the diagnosis with the patient?		
Yes		13 (26%)
No		37 (74%)

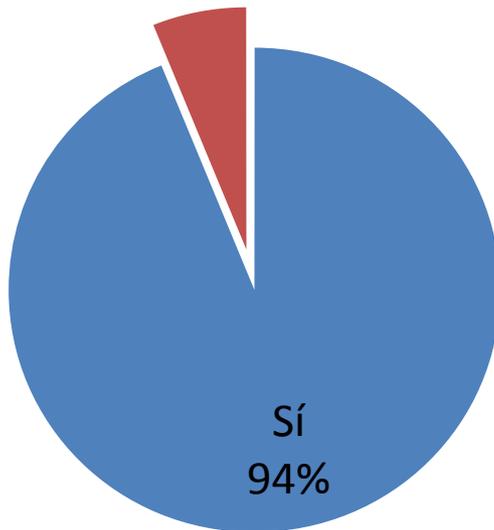


know Alzheimer

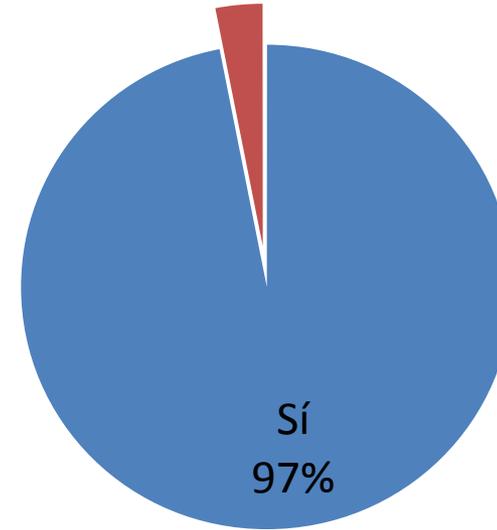
Respuestas concretas a dudas reales



94 % de cuidadores querrían saber si tienen alzhéimer lo antes posible



28.- Si usted tuviera la enfermedad de Alzheimer, ¿querría saberlo cuanto antes?



29.- Si un familiar suyo tuviera la enfermedad de Alzheimer, ¿querría saberlo cuanto antes?

No maleficencia. No hacer daño. *Primum no nocere*

Originales

Impacto psicológico del diagnóstico
de la enfermedad de Alzheimer

A. Lladó
S. Antón-Aguirre
A. Villar
L. Rami
J. L. Molinuevo

Servei de Neurologia
Unitat d'Alzheimer i Altres Trastorns Cognitius
Institut Clínic Neurociències
Hospital Clínic i Universitari
Barcelona

Tabla 2

Puntuaciones de pacientes y cuidadores del grupo que recibió el diagnóstico (n=26) en las diferentes escalas evaluadas

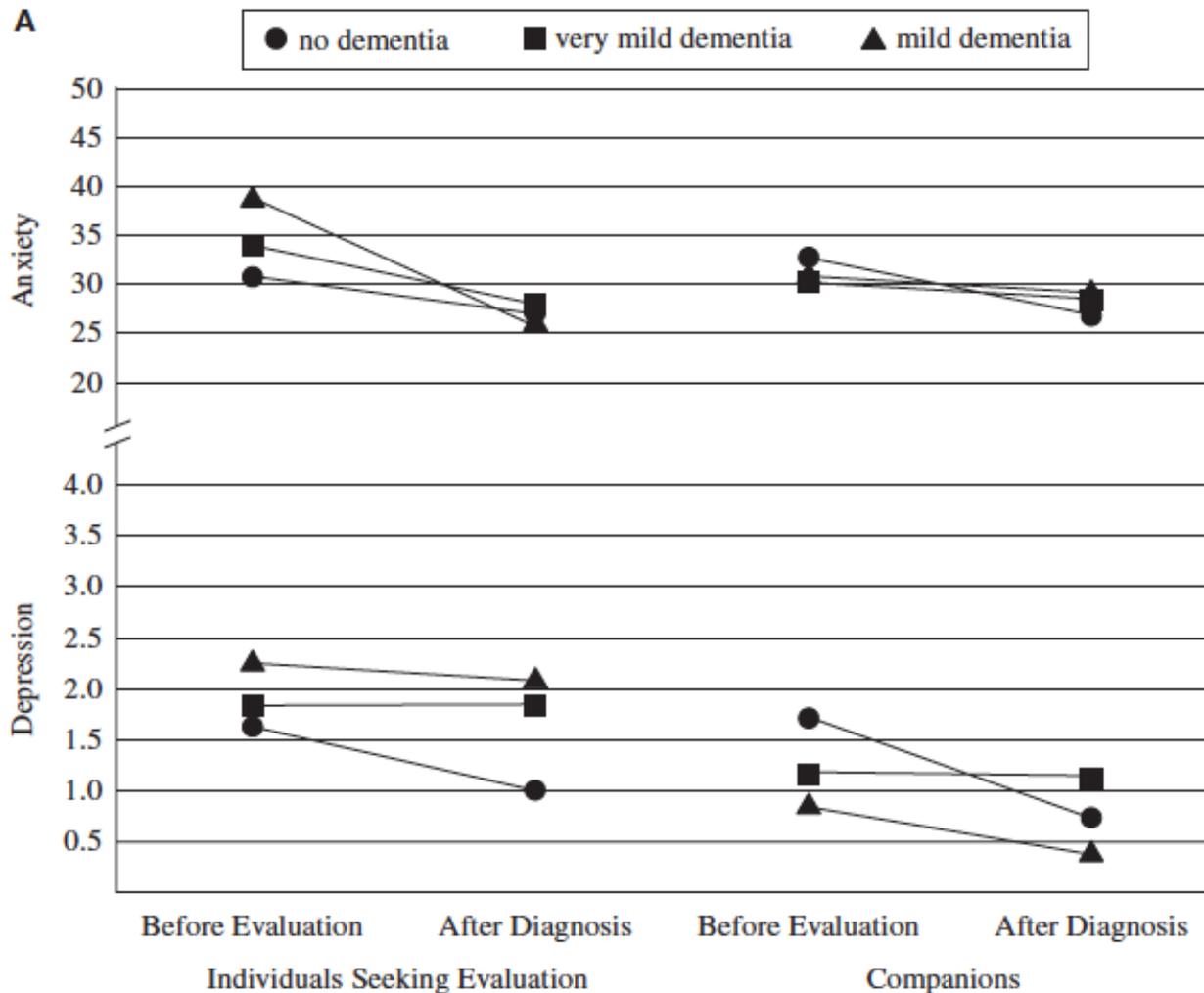
Escalas	Prediagnóstico		Posdiagnóstico			
	Media	DE	Media	DE	<i>p</i>	
Pacientes	GDS	9,5	6,2	9,0	6,0	NS
	NPI-t	15,4	9,1	16,3	10,5	NS
Cuidadores	NPI-e	8,4	5,1	10	7,3	0,05
	ZARIT	24,4	11,5	25,3	11,4	NS
	BDI	6,9	6,5	9,7	7,5	0,003
	STAI-e	18,7	10,8	22,3	9,7	NS
	STAI-r	17,8	9,2	19,6	9,4	NS

DE: desviación estandar; GDS: *Geriatric Depression Scale*; NPI-t: *Neuropsychiatric Inventory Total*; NPI-e: subescala de estrés del cuidador del *Neuropsychiatric inventory*; ZARIT: carga del cuidador de la escala Zarit; BDI: *Beck's Depression Inventory*; STAI-e: *State-Trait Anxiety Inventory* (estado); STAI-r: *State-Trait Anxiety Inventory* (rasgo); NS: no significativo ($p > 0,05$).

Reaction to a Dementia Diagnosis in Individuals with Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment

Brian D. Carpenter, PhD,* Chengjie Xiong, PhD,† Emily K. Porensky, MA,* Monica M. Lee, MA,* Patrick J. Brown, MA,* Mary Coats, RN,‡ David Johnson, PhD,‡ and John C. Morris, MD‡

JAGS 56:405–412, 2008



Diagnosis and disclosure of a memory problem is associated with quality of life in community based older Australians with dementia

Karen E. Mate,^{1,2} Constance D. Pond,¹ Parker J. Magin,¹ Susan M. Goode,
Patrick McElduff³ and Nigel P. Stocks⁴

International Psychogeriatrics (2012), 24:12, 1962–1971

ABSTRACT

Background: Identification of factors associated with quality of life (QoL) in people having dementia will help develop strategies for maintenance and improvement of patient QoL. This study examined the predictors of QoL in a community-dwelling population aged 75 years and over, with or without dementia.

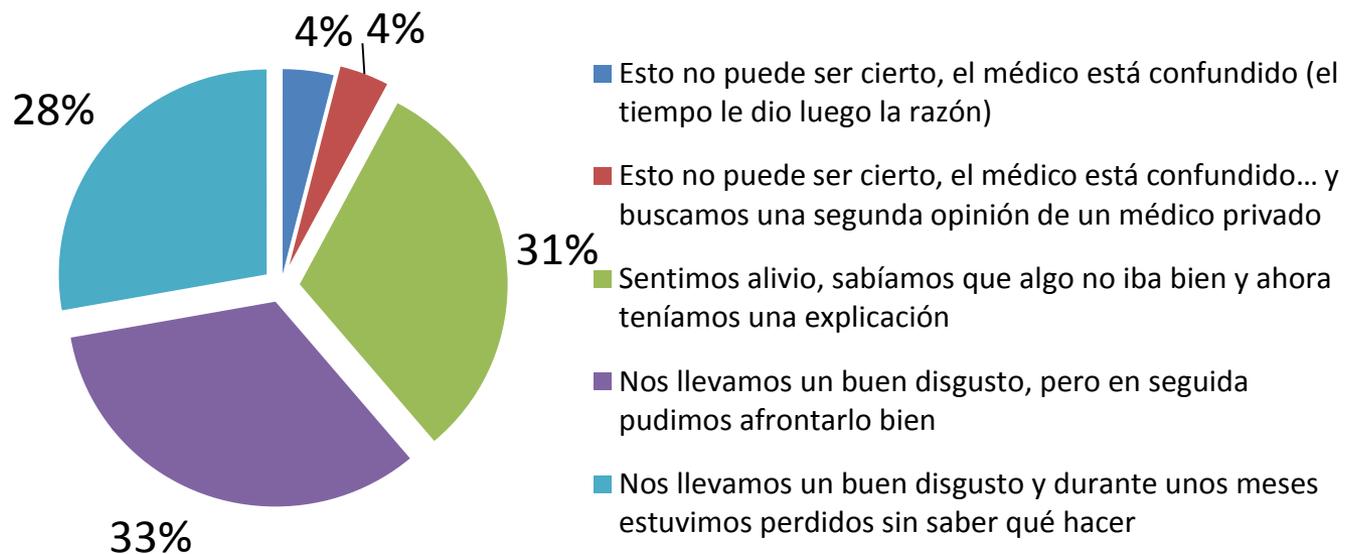
Methods: This was a cross-sectional study involving 169 GPs and 2,028 patients. Patients were interviewed to collect information on personal circumstances. Several instruments were administered including the WHOQOL-BREF (quality of life outcome measure), Geriatric Depression Scale, GPAQ (satisfaction with GP care), and the CAMCOG-R (cognitive function). Patients with a CAMCOG-R score < 80 were allocated to the dementia group. GPs provided an independent clinical judgment of cognitive function for each of their participating patients.

Results: The dementia group had significantly lower QoL scores in all four domains of the WHOQOL-BREF (all $p \leq 0.002$). The GDS score was negatively correlated with all four domains in the non-dementia group and with physical, psychological, and environmental QoL in the dementia group (all $p < 0.001$). Satisfaction with GP communication was positively associated with psychological QoL in the dementia group and all domains in the non-dementia group. Participants in the dementia group who had been given a diagnosis of a memory problem had significantly higher physical (2.05, 95% CI 0.36 to 3.74) and environmental (2.18, 95% CI 0.72 to 3.64) QoL.

Conclusions: Satisfaction with GP communication is associated with a higher QoL in their older patients. Diagnosis and disclosure of memory problems is associated with better QoL in people with dementia. Clinicians should not be deterred from discussing a memory diagnosis and plans for the future with patients.



33% de cuidadores sintieron alivio con el diagnóstico



25.- ¿Podría señalar qué pensamientos tuvo al saber que su familiar tenía enfermedad de Alzheimer (u otro tipo de demencia)?

**Los médicos no disponen de buenas herramientas
diagnósticas**



Tiempo de consulta

Tiempos disponibles en primera consulta de valoración de un paciente con deterioro cognitivo

	Neurología	Geriatría	Atención primaria	
15 min.	20%	9%	< 5 min.	15%
20 min.	22%	12%	5-10 min.	59%
30 min.	39%	21%	10-20 min.	16%
45 min.	9%	15%	20-30 min.	10%
≥60 min.	20%	44%		

Efectividad del Mini-Mental en la detección del deterioro cognitivo en Atención Primaria

Cristóbal Carnero Pardo^{a,b,*}, Isabel Cruz Orduña^c, Beatriz Espejo Martínez^d, Salvador Cárdenas Viedma^e, Pedro Torrero García^f y Javier Olazarán Rodríguez^{g,h}

Aten Primaria. 2013;45(8):426-433

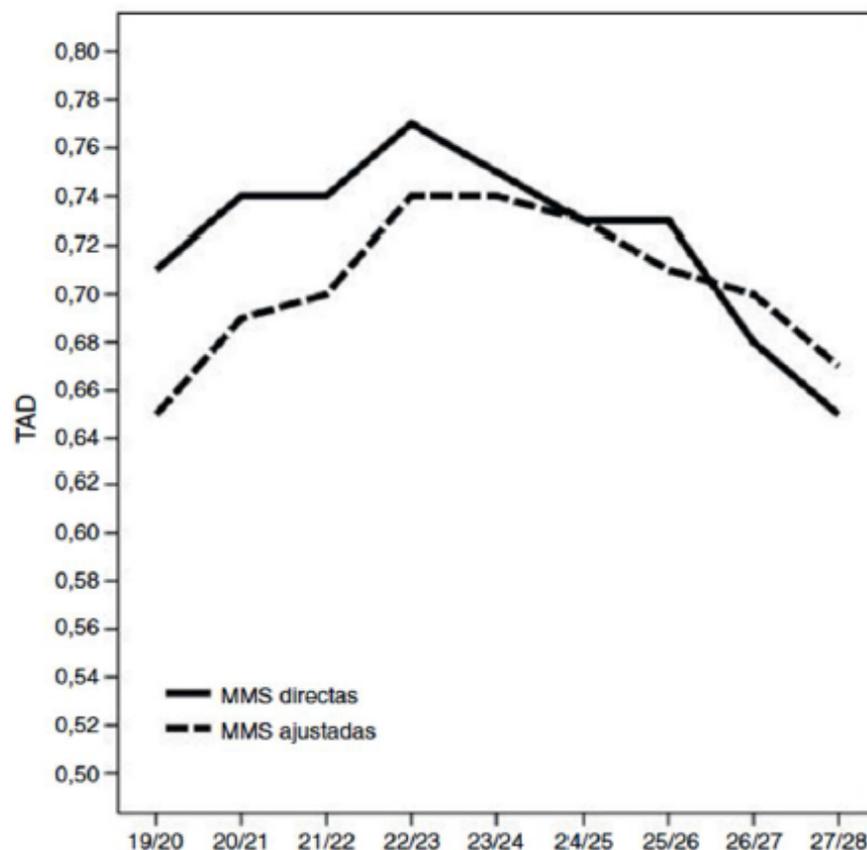
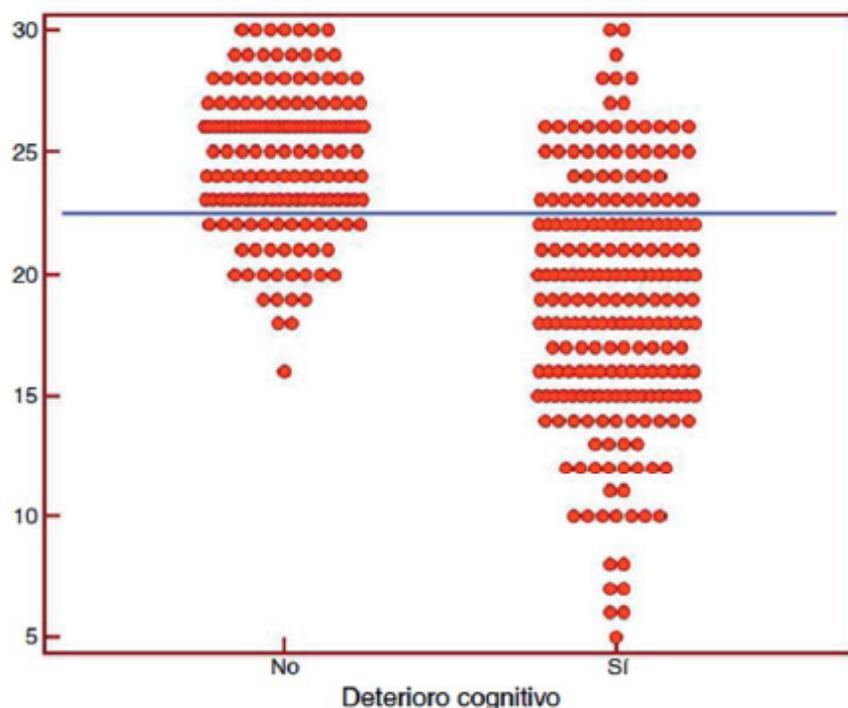


Figura 1 Distribución de resultados de las puntuaciones directas del MMS en la muestra conjunta.

Detecting MCI and dementia in primary care: efficiency of the MMS, the FAQ and the IQCODE

Isabel Cruz-Orduña^{a,b,*}, José M Bellón^c, Pedro Torrero^d,
Esperanza Aparicio^d, Ana Sanz^d, Nieves Mula^d, Garbiñe Marzana^d,
Concepción Begué^d, Dionisio Cabezón^d and Javier Olazarán^{a,e}

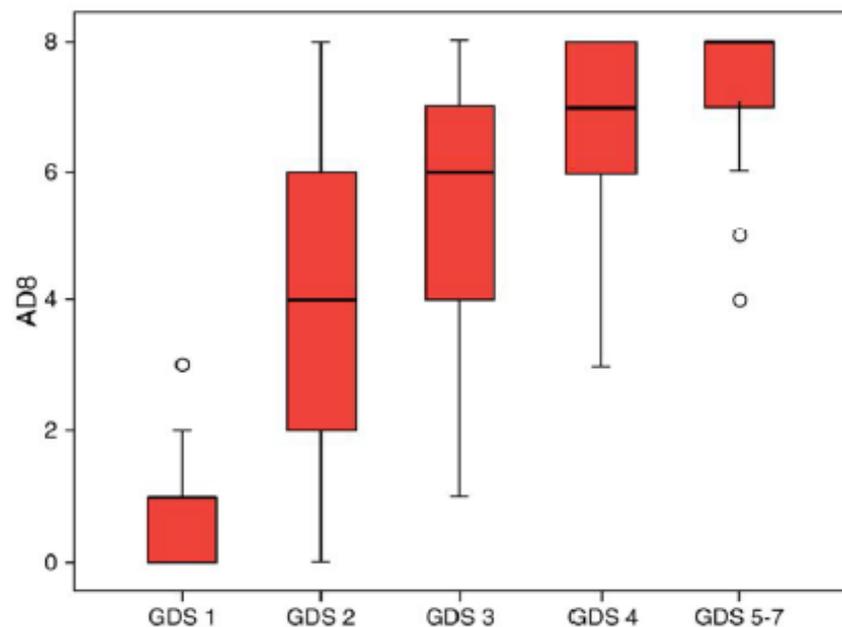
Results. Of the 160 study patients, 90 (56%) had cognitive impairment (15 of these had dementia). The MMS had a sensitivity of 77% and a specificity of 70% in screening for cognitive impairment, with an AUC of 0.82. Incorporation of the IQCODE increased the AUC to 0.86 ($P = 0.01$). As for dementia, the FAQ reached a sensitivity of 87% and a specificity of 82%, with an AUC of 0.91. Incorporation of the MMS increased the AUC to 0.95 ($P = 0.03$).

Conclusions. Cognitive impairment is probably underdiagnosed in primary care. The combination of the FAQ and the MMS had excellent performance for dementia detection; however, no satisfactory instrument or instrument combination could be found for cognitive impairment.

Evaluación de la utilidad diagnóstica de la versión española del cuestionario al informador «AD8»*

C. Carnero Pardo^{a,b,*}, R. de la Vega Cotarelo^c, S. López Alcalde^a, C. Martos Aparicio^a, R. Vílchez Carrillo^a, E. Mora Gavilán^a, and J.E. Galvin^d

Resultados—En la muestra, 105 no tenían DC, 99 tenían DC sin DEM y 203 DEM. La consistencia interna es alta (α 0,90, IC del 95%, 0,89–0,92), al igual que las correlaciones con GDS ($r = 0,72$, $p < 0,001$), Fototest ($r = -0,61$, $p < 0,001$) e IF ($r = 0,59$, $p < 0,001$). El aROC del AD8 es 0,90 (IC del 95%, 0,86–0,93), sin diferencia significativa con la del Fototest (aROC 0,93, IC del 95%, 0,89–0,96); el mejor punto de corte es 3/4 con **sensibilidad de 0,93** (IC del 95%, 0,88–0,96), **especificidad de 0,81** (IC del 95%, 0,72–0,88) y el 88,8% de las clasificaciones



CUESTIONARIO AL INFORMADOR AD8 (versión española)

(Carnero Pardo C, et al. Neurología 2012. doi:10.1016/j.nrl.2012.03.012)

Con respecto a la persona a la que acompaña, ¿qué opina sobre los siguientes aspectos?:

Recuerde, "Sí, ha cambiado" significa que usted piensa que ha habido un cambio en los siguientes aspectos en los últimos años causado por problemas cognitivos (razonamiento y memoria)	Sí, Ha cambiado	No, No ha cambiado	NS/NC No sabe/ No contesta
Problemas para emitir juicios y tomar decisiones adecuadas (ej.: le engañan o timan, toma decisiones financieras erróneas, hace regalos inapropiados, etc.)			
Pérdida de interés en sus aficiones y actividades (ej.: ha dejado de hacer actividades que le gustaban)			
Repite las preguntas, los comentarios o las cosas que cuenta			
Dificultad para aprender a usar herramientas, aparatos o dispositivos (ej.: video o DVD, ordenador, microondas, mandos a distancia, teléfono móvil o inalámbrico)			
Olvida el mes o año correcto			
Dificultad para manejar asuntos financieros complicados (ej.: ajustar cuentas, talones, impuestos, facturas, recibos, etc.)			
Dificultad para recordar las citas y cosas que tiene que hacer			
Los problemas de razonamiento y/o memoria son cotidianos y no ocasionales			
TOTAL			





¿Problemas de Memoria?

Una iniciativa de:



CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE
ASOCIACIONES
DE PERSONAS CON
ALZHEIMER
Y OTRAS DEMENCIAS

Avalado por:



Cuenta con el apoyo de:



INICIO

EL ALZHEIMER

COMITÉ



Bienvenido a Proyecto Memoria

Este Proyecto, promovido por CEAFA y con el soporte técnico de las Sociedades Científicas más relevantes en el campo de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España, tiene como objetivo principal facilitar la detección de estas patologías

(Alzheimer) al sistema

A través de este test podremos ayudarle con los problemas de memoria que ha notado en una persona cercana.

A continuación le ofrecemos una serie de pruebas y cuestionarios. Al resolverlos, podremos ayudarle a decidir si los síntomas tienen la importancia suficiente como para que su familiar sea evaluado por un médico, ya que pueden formar parte de un problema serio de salud, como la enfermedad de Alzheimer.

Para debe tener en cuenta algunos aspectos

Este test solo es fiable si es administrado por un familiar o persona cercana que conozca bien al evaluado

Datos del evaluado

Démos algunos datos sobre la persona que tiene los fallos de memoria,

Yo mismo

¿En qué país vive?

www.problemasmemoria.com

¿Qué edad tiene su familiar/amigo?

¿En qué ciudad?

Sexo

Hospital público de referencia

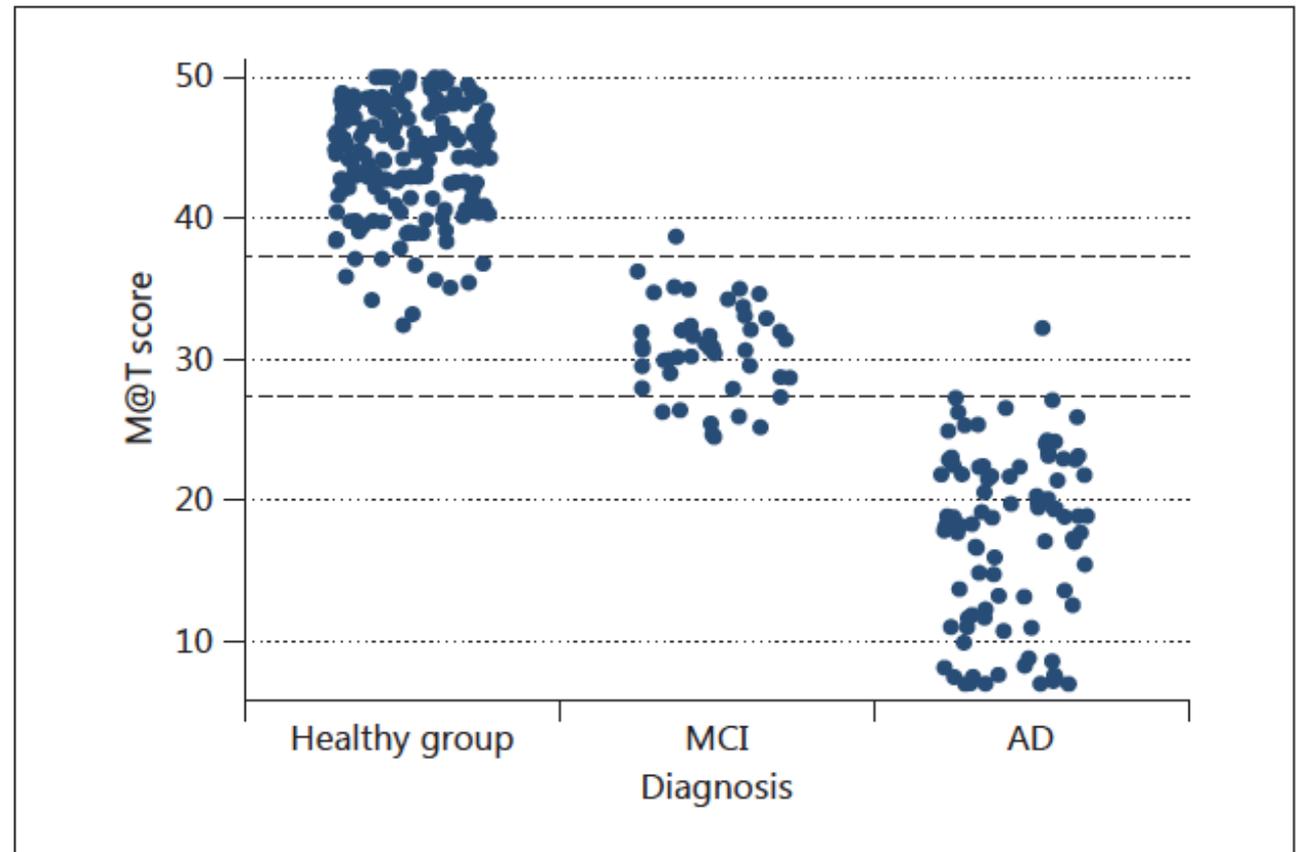
¿Nivel de estudios de su familiar/amigo?

Datos del evaluador

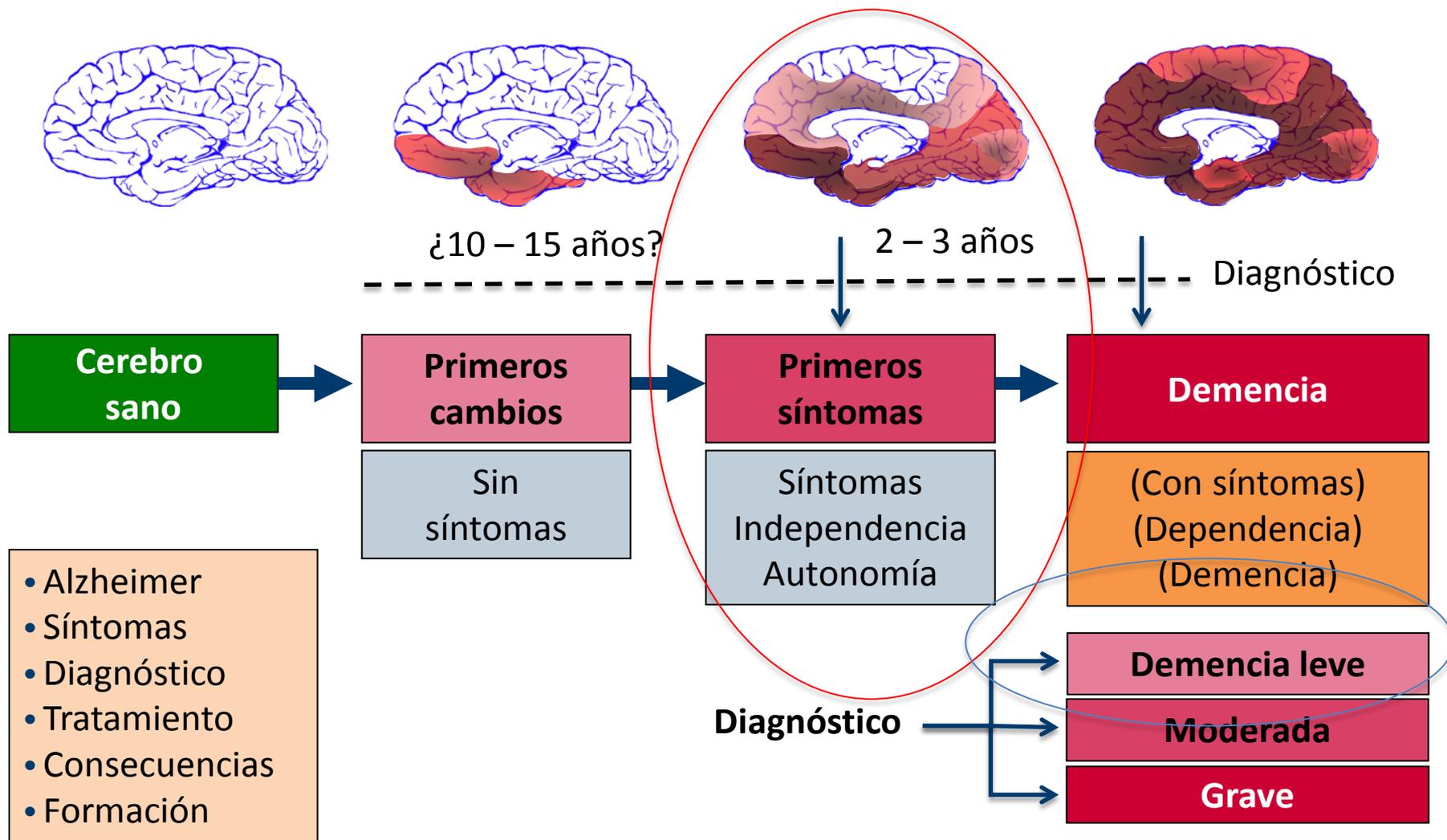
The Memory Alteration Test Discriminates between Cognitively Healthy Status, Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease

Dement Geriatr Cogn Disord Extra 2014;4:314–321

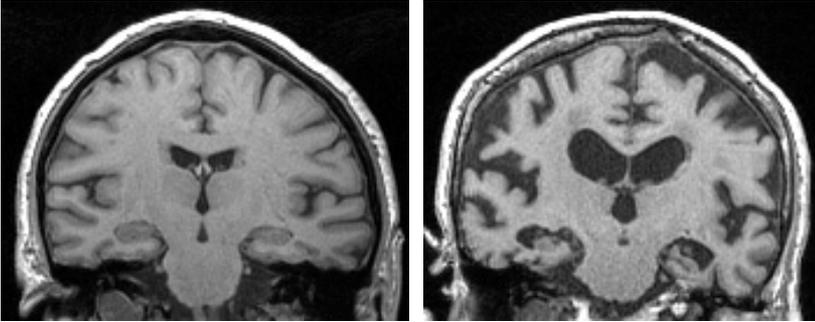
Nilton Custodio^{a, b, d} David Lira^{a, b, d} Eder Herrera-Perez^{d-f}
Liza Nuñez del Prado^{d, g} José Parodi^h Erik Guevara-Silvaⁱ
Sheila Castro-Suarez^{d, j} Rosa Montesinos^{b-d} Patricia Cortijo^d



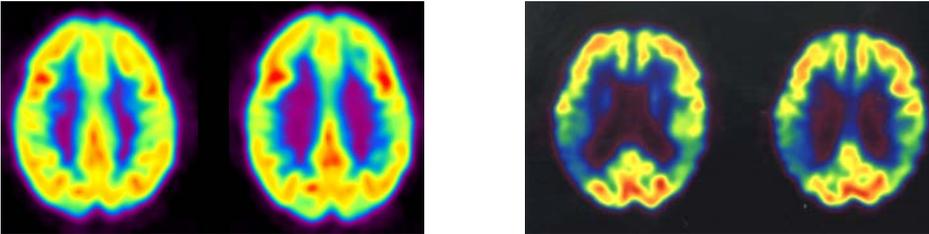
El diagnóstico de la EA ANTES de la demencia. Antes de la pérdida de autonomía



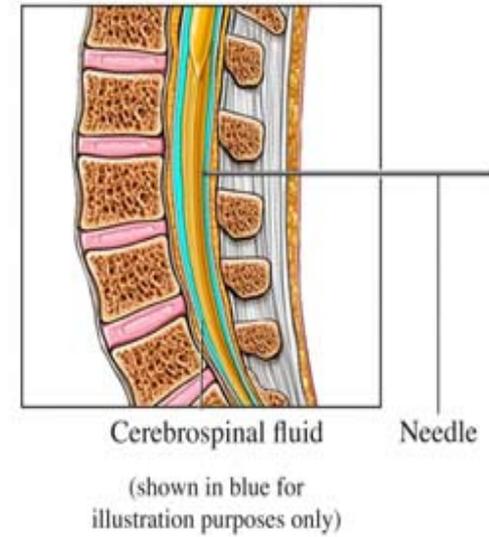
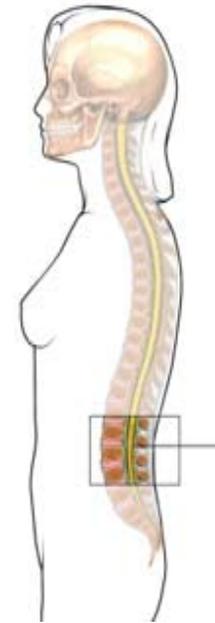
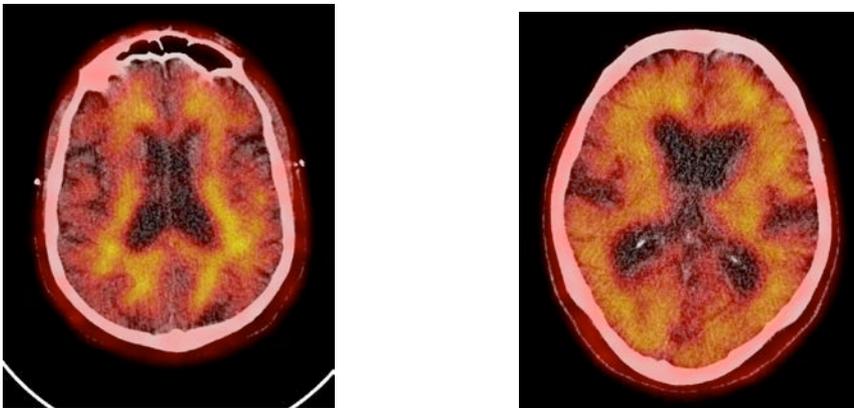
Resonancia magnética



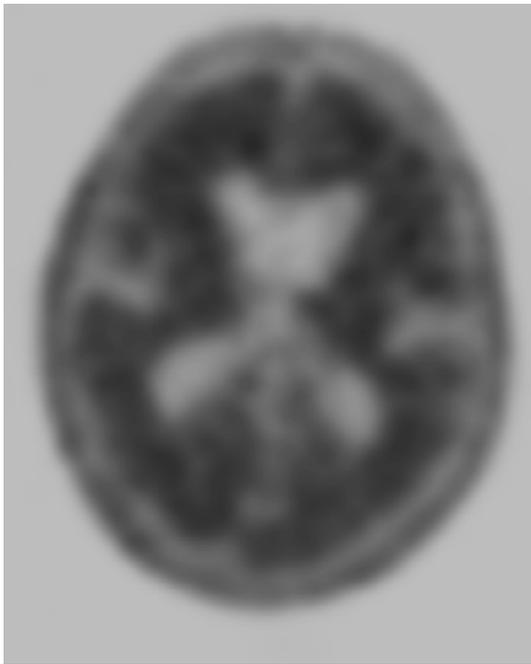
PET cerebral de metabolismo



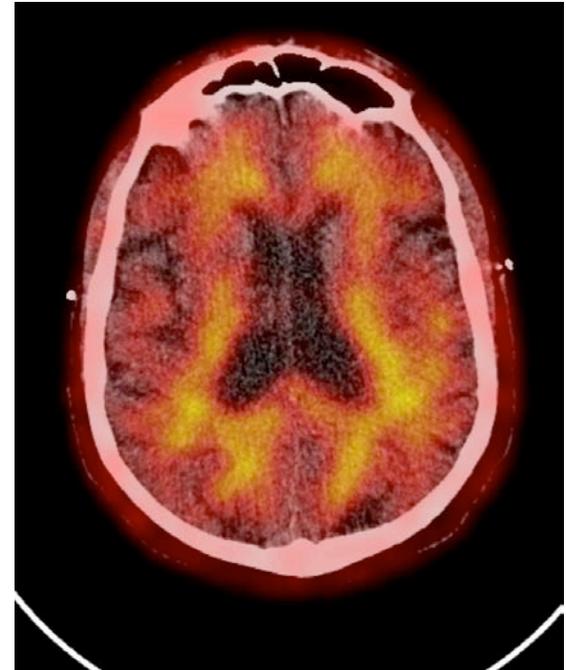
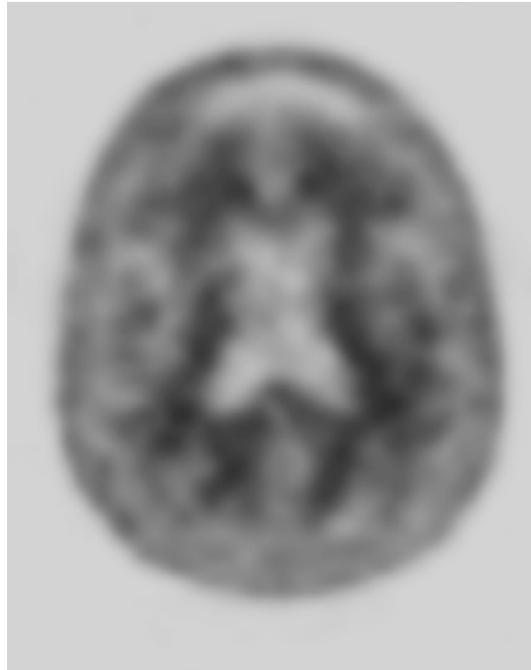
PET cerebral de amiloide (FLORBETAPIR, FLORBETABEN)



Punción lumbar



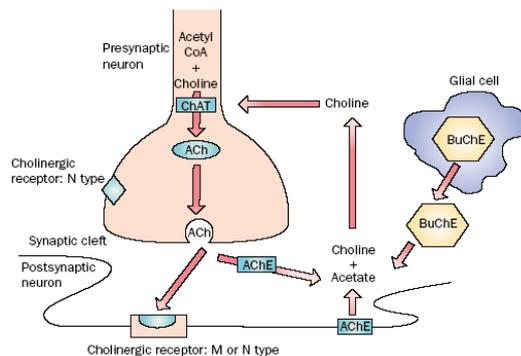
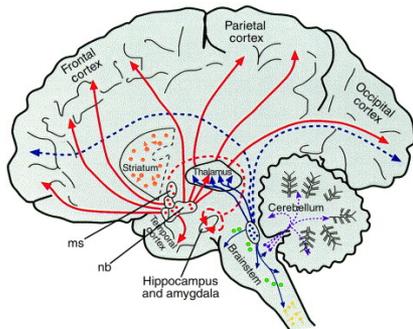
**PET cerebral de amiloide
(FLORBETAPIR)**



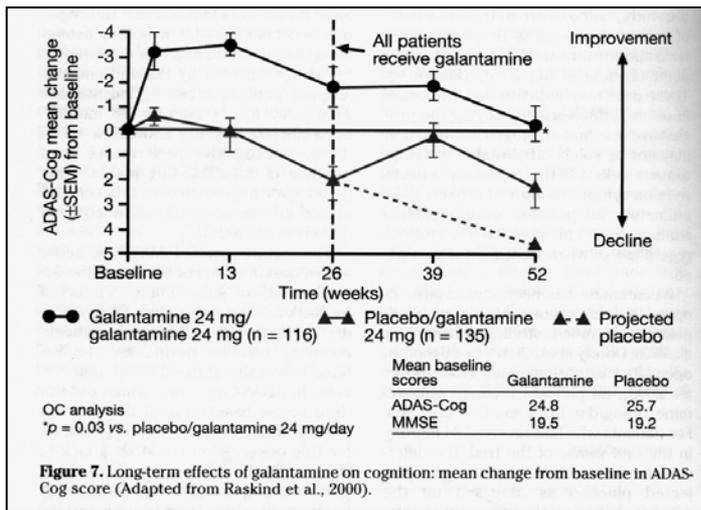
Como no hay tratamientos eficaces no merece la pena diagnosticarlo pronto

Neurotransmisores alterados en la enfermedad de Alzheimer

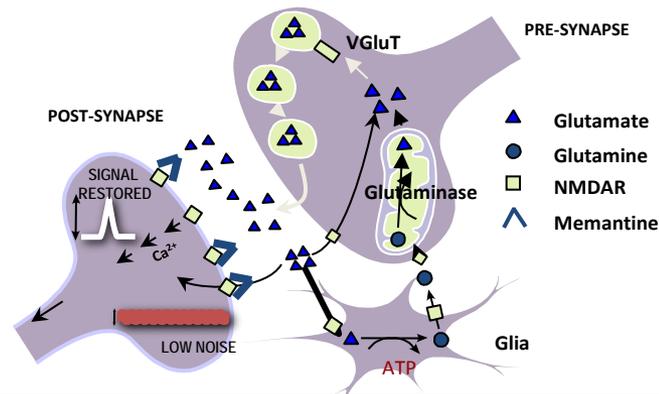
Acetil - Colina



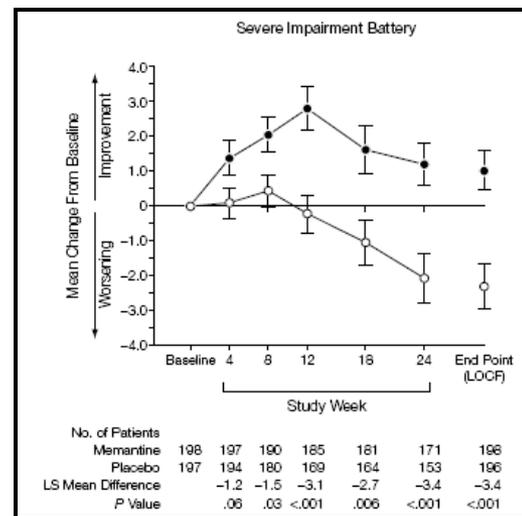
Fármacos que aumentan la Acetil-colina
Donepezilo/ Rivastigmina/ Galantamina



Glutamato - Aspartato



Fármacos que modulan el glutamato
Memantina



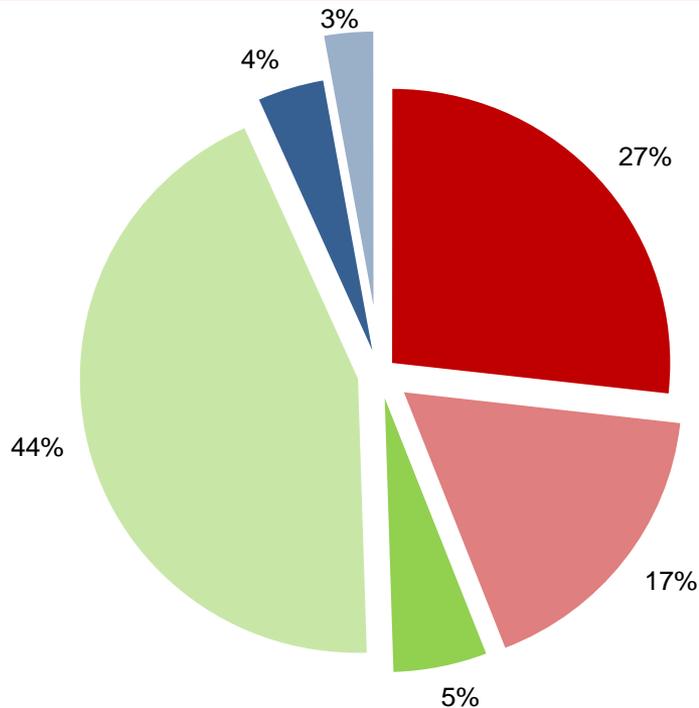


KNOW Alzheimer

Respuestas concretas a dudas reales



2 de cada 3 cuidadores notaron mejoría o estabilización de los síntomas cuando se inició el tratamiento



■ Nada, siguió igual

■ Mejoró un poco

■ Mejoró mucho

■ No mejoró pero la enfermedad se estabilizó o fue más despacio

■ Empeoró un poco

■ Empeoró mucho

32.- ¿Qué ocurrió tras el inicio el tratamiento?

Donepezil provides greater benefits in mild compared to moderate Alzheimer's disease: Implications for early diagnosis and treatment

J.L. Molinuevo^{a,*}, M.L. Berthier^b, L. Rami^a

Archives of Gerontology and Geriatrics 52 (2011) 18–22

Table 2

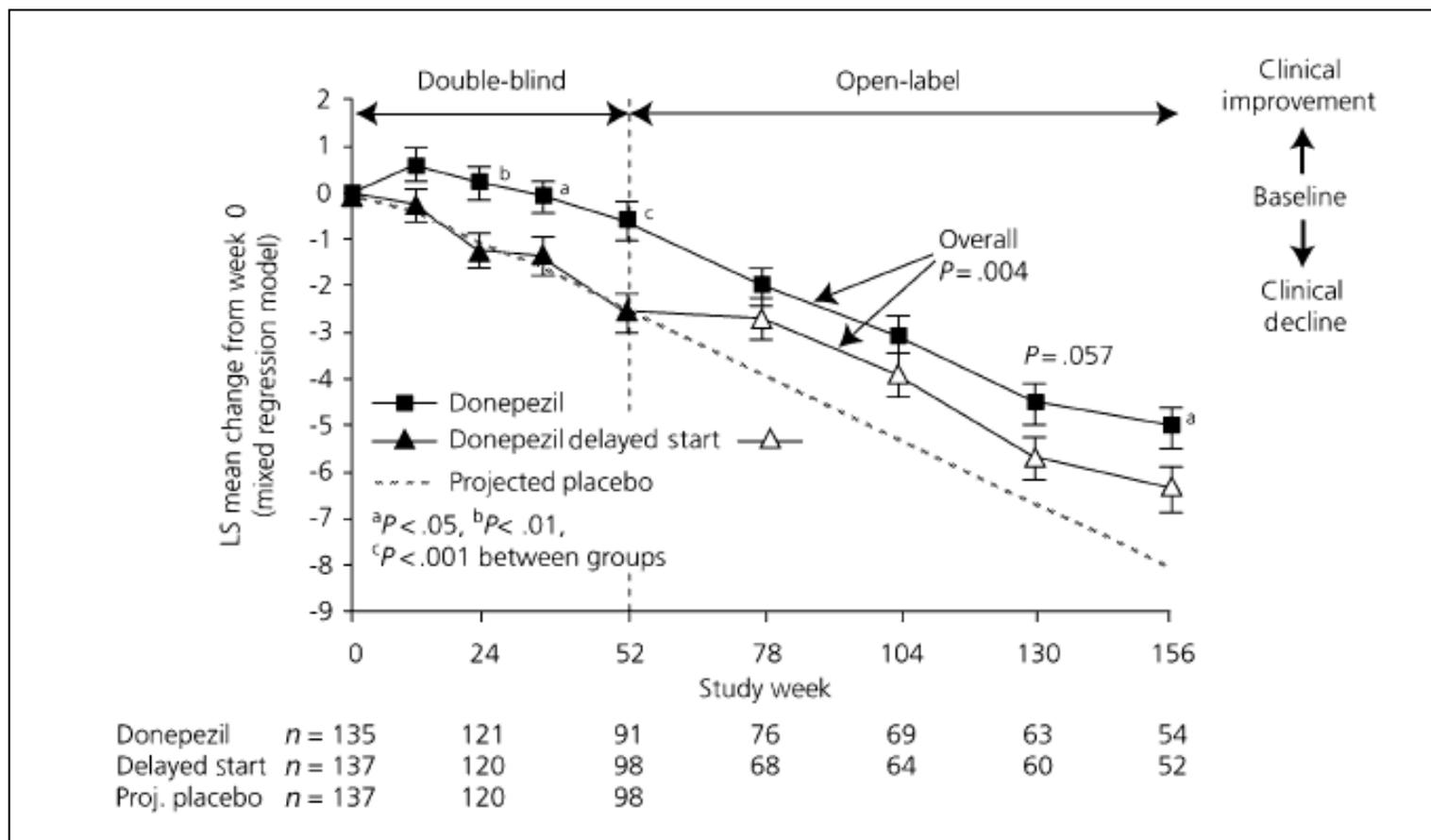
Mean changes in MMSE, M@T and ADFACS scores at 6 months in patients treated with donepezil monotherapy and differences between mild and moderate AD groups, adjusted by baseline score, age and education.

	Total		Adjusted by baseline score, age and education					
			Moderate AD		Mild AD		Mod-Mild AD	
	<i>M</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>p</i> [*]	Diff.	<i>p</i>
MMSE								
Total score	0.0	0.9564	0.0	0.9066	−0.5	0.0913	0.5	0.0997
Orientation	0.0	0.8050	−0.3	0.0404	0.2	0.2469	−0.5	0.0143
Registration	−0.0	0.8386	−0.1	0.0610	−0.0	0.8483	−0.1	0.1562
Attention and calculation	−0.1	0.2597	−0.1	0.5308	0.2	0.1239	−0.3	0.0775
Memory	0.1	0.0026	−0.1	0.2210	0.2	0.0401	−0.3	0.0041
Language	−0.1	0.1001	−0.2	0.0215	0.1	0.1632	−0.4	0.0022
M@T								
Total score	0.1	0.7982	−0.9	0.1047	−0.0	0.9856	−0.9	0.2220
Encoding	−0.0	0.9527	−0.2	0.1592	0.1	0.6058	−0.3	0.1015
Temporal orientation	0.0	0.8964	−0.3	0.0129	0.3	0.0120	−0.6	<0.0001
Semantic memory	−0.2	0.0623	−0.5	0.0066	0.1	0.7732	−0.6	0.0142
Free recall	0.2	0.0018	0.0	0.7734	0.2	0.0980	−0.2	0.2136
Cued recall	0.2	0.0267	−0.1	0.4462	0.1	0.7591	−0.2	0.3643
ADFACTS								
Total score	2.1	<0.0001	3.8	<0.0001	2.4	0.0004	1.4	0.0626
IADL	1.4	<0.0001	2.5	<0.0001	1.5	0.0010	1.0	0.0386
BADL	0.7	<0.0001	1.1	<0.0001	0.7	0.0050	0.4	0.2043

Alzheimer's disease: the benefits of early treatment

S. G. Gauthier

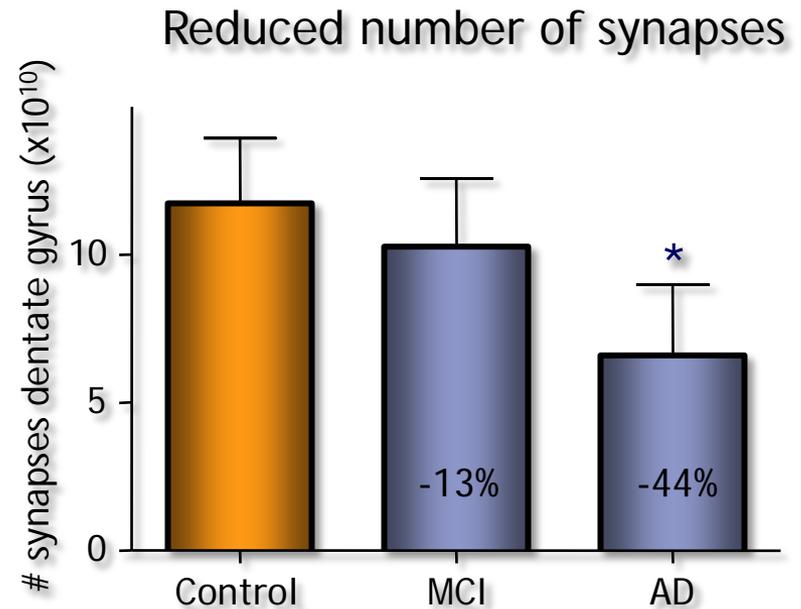
McGill Centre for Studies in Aging, Montréal, Québec, Canada



Physical Basis of Cognitive Alterations in Alzheimer's Disease: Synapse Loss Is the Major Correlate of Cognitive Impairment

Robert D. Terry, MD,* Eliezer Masliah, MD,* David P. Salmon, PhD,* Nelson Butters, PhD,†
Richard DeTeresa, BS,* Robert Hill, PhD,* Lawrence A. Hansen, MD,* and Robert Katzman, MD*

Terry RD, Masliah E, Salmon DP, Butters N, DeTeresa R, Hill R, Hansen LA, Katzman R.
Physical basis of cognitive alterations in Alzheimer's disease: synapse loss is the major correlate
of cognitive impairment. *Ann Neurol* 1991;30:572-580



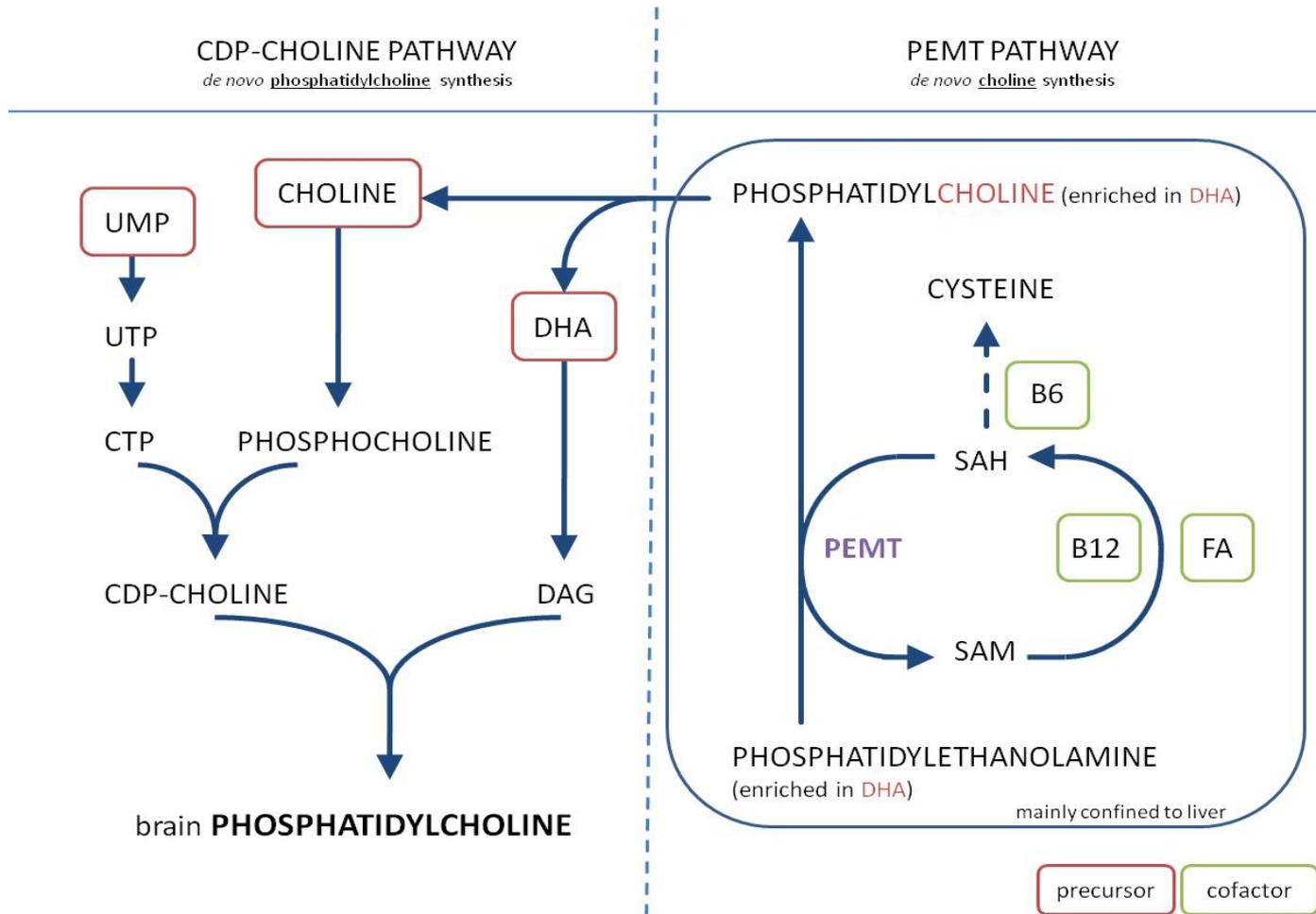
VIEWPOINT

Alzheimer's Disease Is a Synaptic Failure

Dennis J. Selkoe

SCIENCE VOL 298 25 OCTOBER 2002

endogenous production of membrane precursors

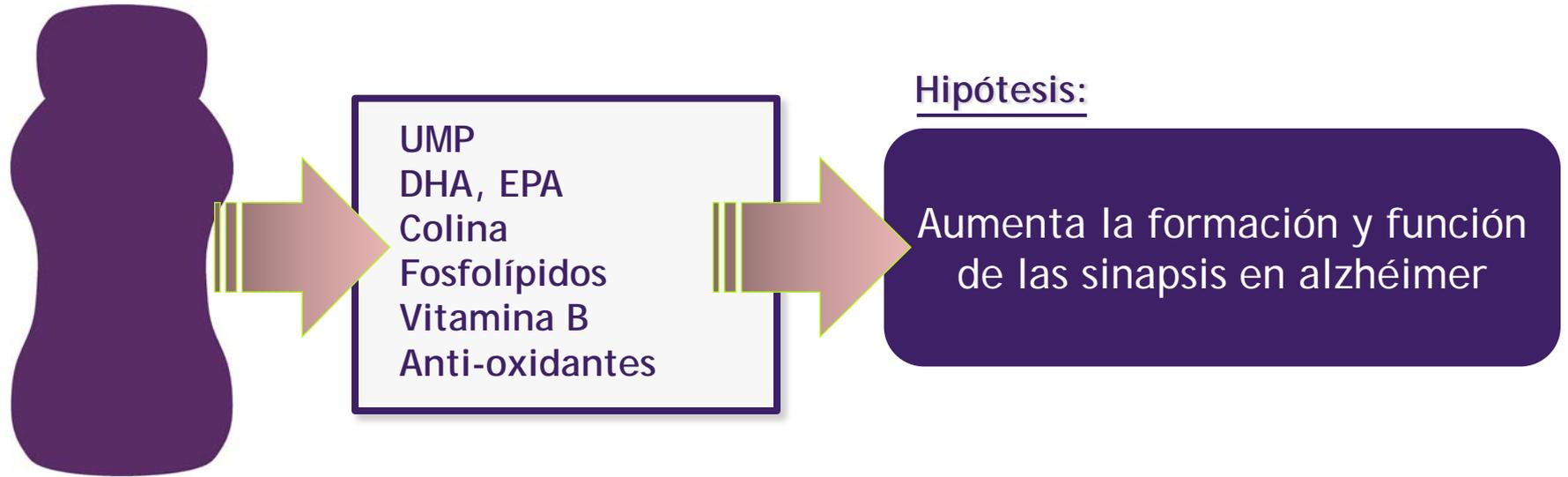


PEMT = phosphatidylethanolamine -N-methyltransferase

Souvenaid®: Proporciona precursores y co-factores que promueven la formación de sinapsis

Souvenaid®

Preparado en formato líquido de 125 ml / una vez al día.



Combinación de nutrientes específica patentada bajo el nombre de Fortasyn Connect®.



Gran parte del desarrollo inicial fue llevado a cabo por el Prof. Richard Wurtman (MIT, Boston, EE.UU.)

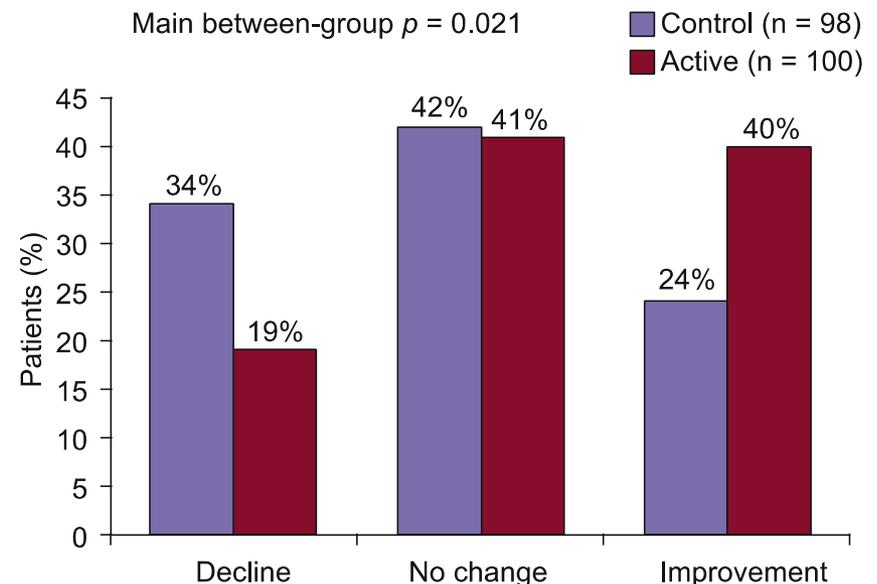
Efficacy of a medical food in mild Alzheimer's disease: A randomized, controlled trial

Philip Scheltens^{a,*}, Patrick J. G. H. Kamphuis^b, Frans R. J. Verhey^c, Marcel G. M. Olde Rikkert^d, Richard J. Wurtman^e, David Wilkinson^f, Jos W. R. Twisk^g, Alexander Kurz^h

Results: At 12 weeks, significant improvement in the delayed verbal recall task was noted in the active group compared with control ($P = .021$). Modified Alzheimer's Disease Assessment Scale–cognitive subscale and other outcome scores (e.g., Clinician Interview Based Impression of Change plus Caregiver Input, 12-item Neuropsychiatric Inventory, Alzheimer's disease Co-operative Study–Activities of Daily Living, Quality of Life in Alzheimer's Disease) were unchanged. The control group neither deteriorated nor improved. Compliance was excellent (95%) and the product was well tolerated.

Baseline demographic and clinical characteristics of the intention-to-treat efficacy population (n = 212)[†]

Variable	Control (n = 106)	Active (n = 106)
Men	52 (49%)	54 (51%)
Age at screening, yr [range]	73.3 (7.8) [52–92]	74.1 (7.2) [54–87]
BMI at baseline, kg/m ²	26.2 (3.5)	26.2 (4.8)
Years of education beyond primary school	6.0 (4.0)	5.5 (3.9)
Blood pressure, mm Hg		
Systolic	138.7 (18.6)	139.3 (20.0)
Diastolic	80.7 (10.7)	80.4 (10.4)
Median time from AD diagnosis to baseline, d [range]	31.5 [0–1036]	30.0 [–18 to 1932] [‡]
MMSE	24.0 (2.5)	23.8 (2.7)
13-Item modified ADAS-cog	25.5 (8.8)	25.9 (7.6)
Median WMS-r delayed verbal memory test [range]	2.0 [0–17]	1.0 [0–16]
Median WMS-r immediate verbal memory test [range]	5.0 [0–19]	4.0 [0–15]
ADCS-ADL	61.9 (10.9)	61.1 (10.5)
Median NPI-12	4.00 [0–54]	4.00 [0–37]
Quality of life–AD (composite score) [§]	35.3 (4.7)	34.9 (4.0)



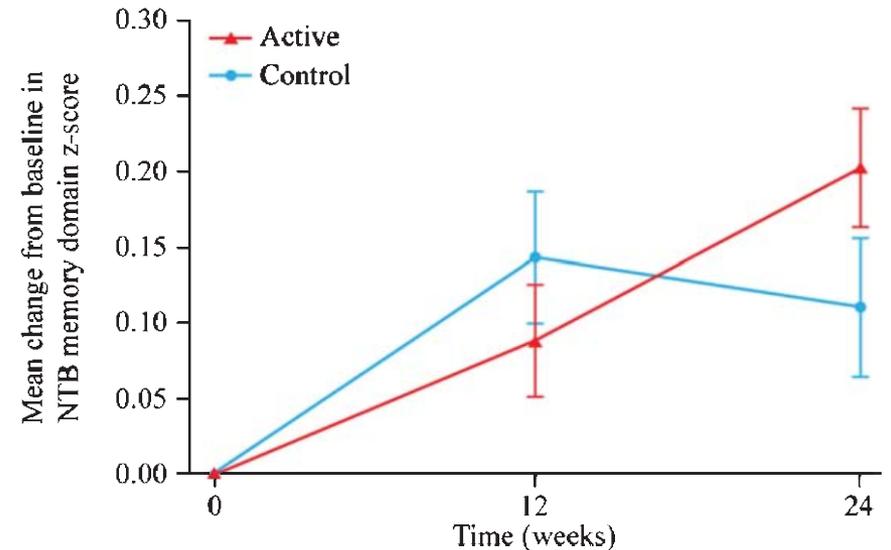
Efficacy of Souvenaid in Mild Alzheimer's Disease: Results from a Randomized, Controlled Trial

Journal of Alzheimer's Disease 31 (2012) 225–236

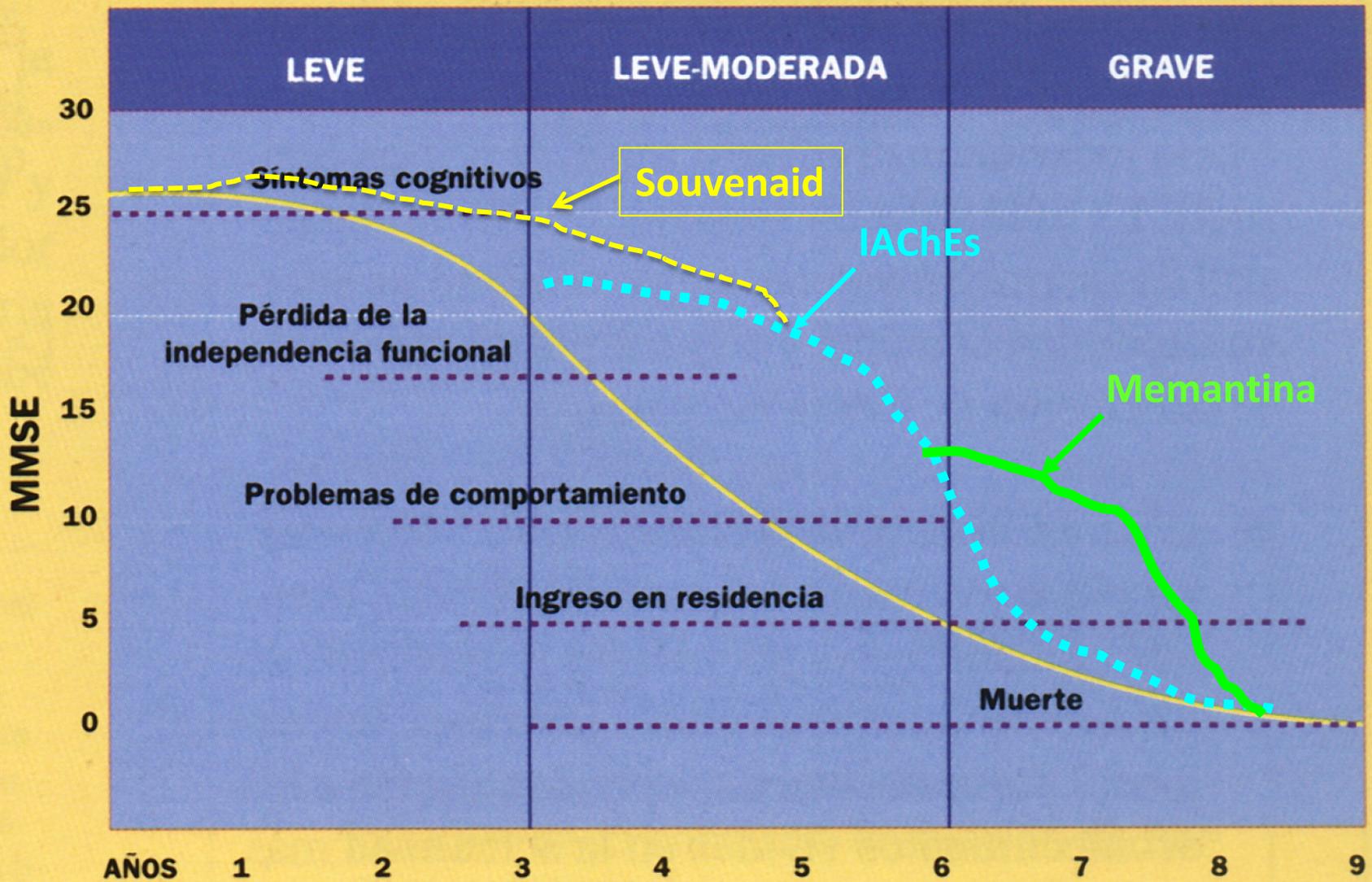
Philip Scheltens^{a,*}, Jos W.R. Twisk^b, Rafael Blesa^c, Elio Scarpini^d, Christine A.F. von Arnim^e, Anke Bongers^f, John Harrison^{g,h}, Sophie H.N. Swinkels^f, Cornelis J. Stamⁱ, Hanneke de Waal^a, Richard J. Wurtman^j, Rico L. Wieggers^f, Bruno Vellas^k and Patrick J.G.H. Kamphuis^f

Baseline demographics and characteristics of the intent-to-treat population

	Control (<i>n</i> = 129)	Active (<i>n</i> = 130)
Male, <i>n</i> (%)	64 (49.6)	68 (52.3)
Age, years [range]	<u>73.2 (8.4)</u> [51–88]	74.4 (6.9) [55–89]
Body mass index, kg/m ²	26.7 (4.2)	26.1 (4.1)
Years of education beyond primary school	6.6 (4.6)	6.5 (4.8)
Duration of AD since diagnosis, months, Median [range]	2.0 [0.0–88.0]	1.0 [0.0–70.0]
Apolipoprotein E ε4 carrier, <i>n</i> (%)		
No	58 (49.2)	62 (51.2)
Yes	<u>50 (50.8)</u>	59 (48.8)
Unknown	11	9
Total Mini-Mental State Examination score	<u>25.0 (2.8)</u>	24.9 (2.9)



Sample size (N)	Active	Control
Active	107	103
Control	100	103

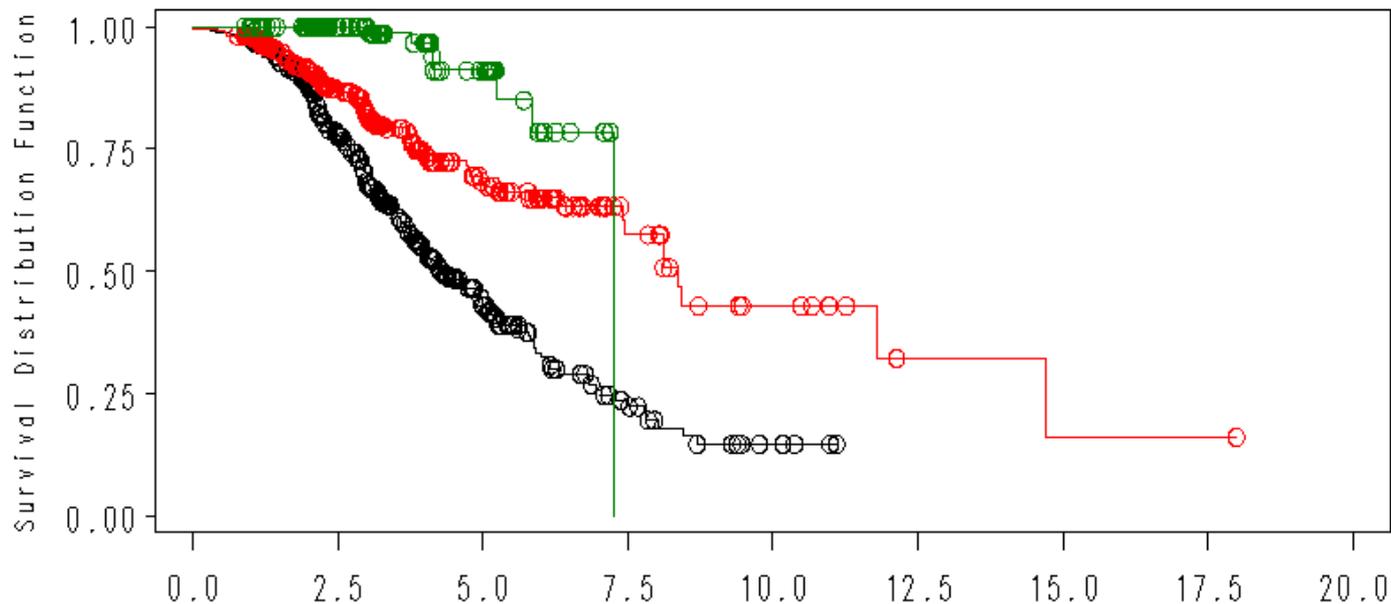


Los pacientes que reciben estos fármacos permanecen más tiempo sin necesidad de ingresar en una residencia

Cholinesterase inhibitor treatment alters the natural history of Alzheimer's disease

O L Lopez, J T Becker, S Wisniewski, J Saxton, D I Kaufer, S T DeKosky

J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002;**72**:310–314



1. Memantine + ChEIs
2. ChEIs alone
3. No dementia medication.

The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

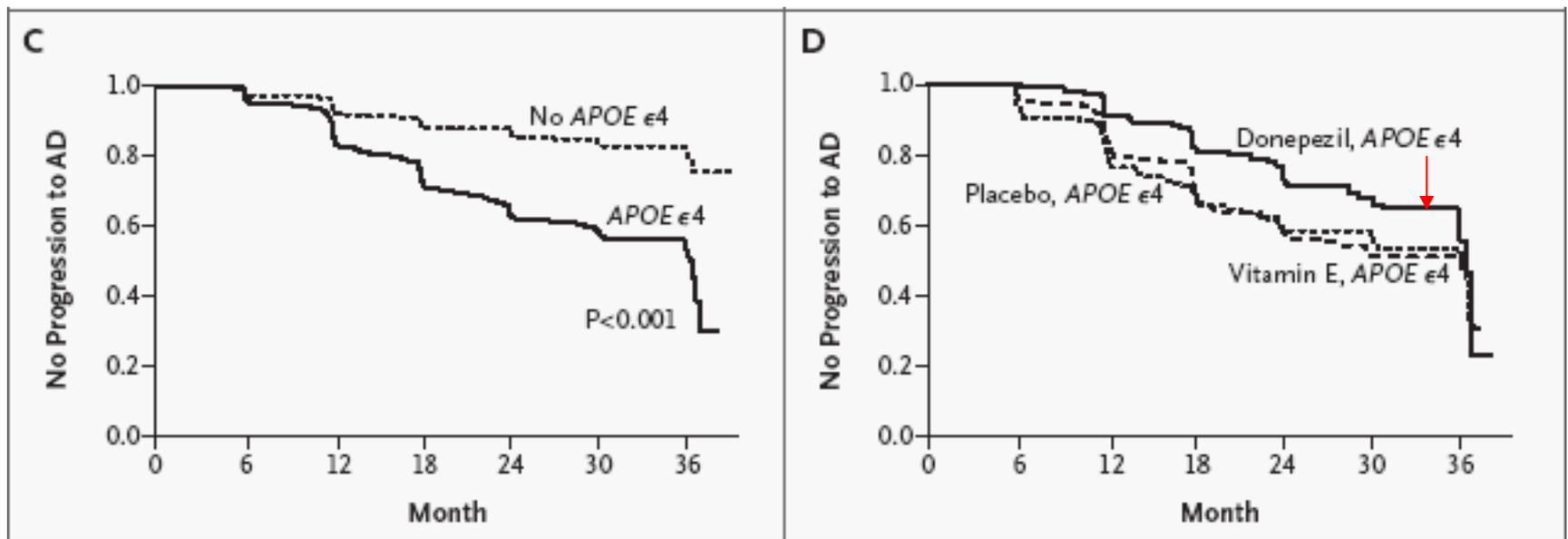
ESTABLISHED IN 1812

JUNE 9, 2005

VOL. 352 NO. 23

Vitamin E and Donepezil for the Treatment of Mild Cognitive Impairment

Ronald C. Petersen, Ph.D., M.D., Ronald G. Thomas, Ph.D., Michael Grundman, M.D., M.P.H., David Bennett, M.D., Rachele Doody, M.D., Ph.D., Steven Ferris, Ph.D., Douglas Galasko, M.D., Shelia Jin, M.D., M.P.H., Jeffrey Kaye, M.D., Allan Levey, M.D., Ph.D., Eric Pfeiffer, M.D., Mary Sano, Ph.D., Christopher H. van Dyck, M.D., and Leon J. Thal, M.D., for the Alzheimer's Disease Cooperative Study Group*



El tratamiento del alzhéimer, *como el de muchas otras enfermedades*, no se limita sólo a la prescripción de fármacos

Además de estos fármacos, el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer incluye:

- **Estimulación y rehabilitación cognitiva**
 - En el domicilio (ejercicios de estimulación cognitiva)
 - Talleres de memoria
 - Terapias en los Centros de Día
- **Tratamiento de los síntomas conductuales**
(antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos, etc. Los justos y a las dosis adecuadas...)
- **Asesoramiento, información y formación** a familiares y cuidadores
- **Apoyo al cuidador** (recursos sociosamnitarios, voluntariados...)
- **Cuidado del cuidador**

Toma de decisiones...

¿cuándo el enfermo todavía es capaz?

Diagnóstico temprano



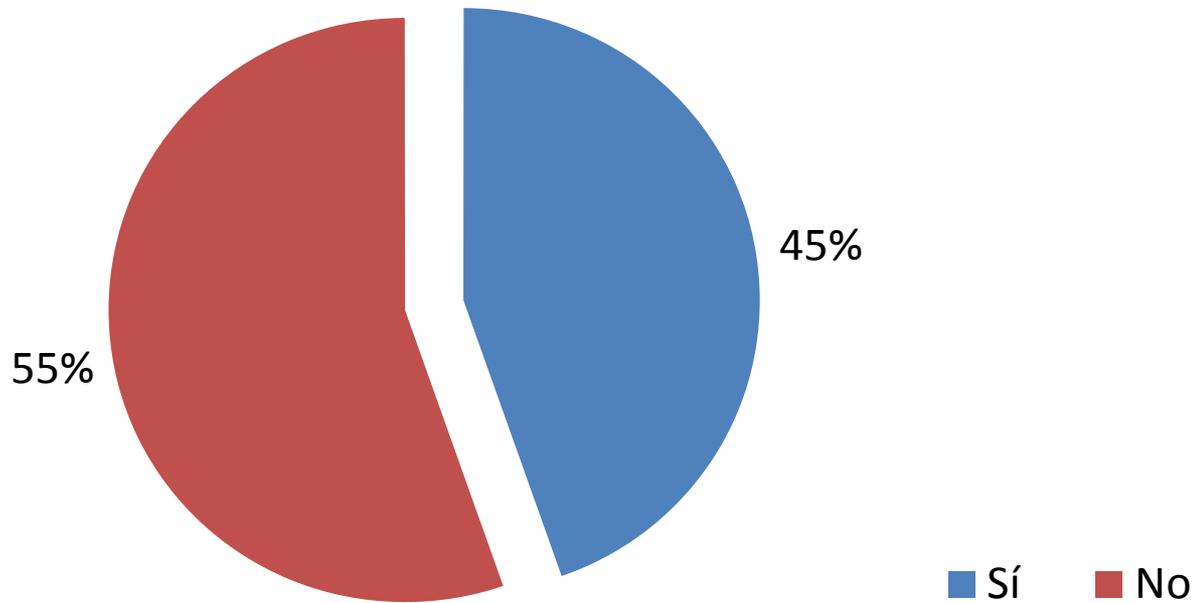
Necesidad de restringir

- Trabajar 41%
- Conducir 46%
- Uso de armas o utensilios peligrosos 36%
- Manejo del dinero/patrimonio 84%
- Gestiones/temas administrativos 84%
- Autoadministración de medicación 81%
- Salir sola/o 79%
- Uso de electrodomésticos 69%



know Alzheimer

Respuestas concretas a dudas reales



68.- ¿Tiene la familia una idea clara de lo que hubiera deseado la persona enferma en los últimos días?

- El **diagnóstico a tiempo** permite a la persona y sus cuidadores el acceso al tratamiento, el diseño de un plan de cuidados, la participación en el uso de los recursos y apoyos, e incluso la participación en la investigación.
- El **tratamiento a tiempo** puede conseguir retrasar determinados hitos que acontecen en la enfermedad y, en este sentido, evitar a veces que se produzcan
- El **diagnóstico a tiempo** permite a la persona enferma expresar sus voluntades respecto al cuidado y planificar su economía de forma que sus deseos y decisiones puedan ser respetados cuando la capacidad se pierde
- La **información a tiempo** permite abordar más eficazmente y con menor sobrecarga el problema de los síntomas conductuales y las restricciones en determinadas actividades de la vida diaria
- El algunas personas hay causas reversibles y tratables de deterioro cognitivo que solo pueden detectarse y resolverse tras un adecuado proceso diagnóstico

"Estas diapositivas son del Dr. Pablo Martínez-Lage. Si se van a utilizar en presentaciones el autor agradecería que se citase su procedencia"