

Protocolo del estudio "Proyecto Edades": Estudio observacional prospectivo sobre la detección y prevención del deterioro cognitivo.



Autores: José Antonio Sánchez Martín 1, Sarah Rebeca Teixeira De Sousa 1, Fermín Salvador Martín 1, Alba Robles Díez 1, Bárbara Buch Vicente 1, Ángel L. Montejo González 2
 1 Universidad de Salamanca, Proyecto Edades
 2 Universidad de Salamanca, Prof. Titular Psiquiatría, Jefe Unidad Psiquiatría Comunitaria (Director "Proyecto Edades")

Correspondencia:
 José Antonio Sánchez Martín
jasanchez@usal.es
proyectoedades@usal.es

Introducción

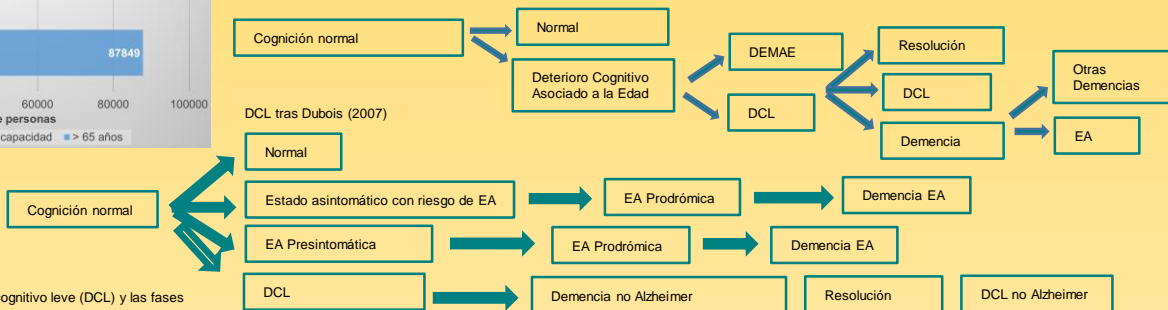
Proyecto Edades es un conjunto de acciones enmarcadas en la investigación e intervención, de carácter integral, en el ámbito del deterioro cognitivo leve y fases iniciales de la enfermedad de Alzheimer. Es un proyecto financiado por el Excmo. Ayto. de Salamanca dentro del marco de un acuerdo de colaboración del ayuntamiento y la Universidad de Salamanca. Es pionero en cuanto a la apuesta de una entidad local por la atención a sus mayores en un proyecto de estas características.

"La prevalencia del DCL se ha situado entre el 3 y el 53%, con una tendencia a un aumento progresivo a partir de los 65 años y a un estancamiento de esta a partir de los 85 años. Hanson, establecen que entre el 40-60% de los pacientes que son diagnosticados de DCL pueden evolucionar y desarrollar una EA en los siguientes 5 años. Las diferencias en la prevalencia, la incidencia y el pronóstico evolutivo nos brindan un reto importante de futuro, en el que estamos obligados a profundizar en el impacto del DCL en una sociedad envejecida, mejorar y estandarizar su definición y subtipos, analizar y perfeccionar los instrumentos neuropsicológicos de detección e identificar a los individuos en riesgo de conversión a demencia; todo ello, con el fin de implementar estrategias de intervención precoz dirigidas a mejorar la salud mental de nuestros mayores." (Rodríguez, J. G., & Gutiérrez, G. G., 2017).



Evolución diagnóstico DCL

DCL según Petersen (1999)



Objetivos

Objetivo principal:

Detección precoz del deterioro cognitivo leve (DCL) y las fases iniciales de la enfermedad de Alzheimer y su prevención.

Objetivos secundarios: Crear un protocolo que favorezca la especificidad del diagnóstico, que contemple el control de variables implicadas en el desarrollo del deterioro cognitivo (DC) según los avances y criterios actuales; y que facilite el seguimiento del estado cognitivo de los usuarios a lo largo del tiempo. De esta forma será posible analizar las variables relacionadas con la aparición del DCL, se estudiará el factor de conversión de DCL a demencia y se implementará un programa de psicoestimulación integral (PPI) de carácter multifactorial y preventivo, basado en la activación de los factores protectores ante los procesos de generativos.

Material y métodos

Valoración inicial

- Valoración neurocognitiva:
 - Anamnesis
 - MMSE (Folstein, 1975)
 - Clinical Dementia Rating (CDR®)
 - Neuronorma (Selección)
 - Wechsler Memory Scales IV
- Escalas subjetivas y de calidad de vida:
 - Escala de demencia de Blessed
 - ADFACTS (actividades de la vida diaria)
 - S - IQCODE (declive cognitivo)
 - QoL-AD
 - EQ-5D / EQ-5D (Familiar) / EQ-5D (Proxy)

Área emocional y psicopatología:

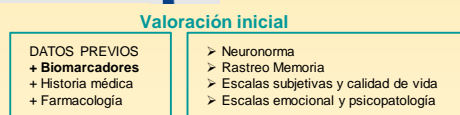
- Escala Geriátrica de depresión (GDS30)
- Ansidad y depresión de Goldberg
- Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) de Cummings

Valoración concurrente / Seguimiento

- Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS-Cog) QoL
- Escalas subjetivas y de calidad de vida
- Área Emocional y psicopatología

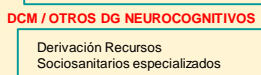
Valoración Final

- MMSE (Folstein, 1975)
- Clinical Dementia Rating (CDR®)
- Neuronorma
- Wechsler Memory Scales IV
- Escalas subjetivas y de calidad de vida
- Área emocional y psicopatología



Criterios Inclusión/Exclusión

- Criterios de inclusión:**
- Mayores de 55 años y menores de 80 años.
 - MMSE ≥ 21.
 - CDR < 1.
 - Quejas subjetivas de memoria.
 - Alteración de la memoria y/o al menos 2 áreas cognitivas, objetivada mediante tests con datos normativos de personas de hasta la misma edad y nivel de escolaridad (entre 1 y 2 DT).
 - Ausencia de demencia.
 - Autonomía preservada para ABVD y hasta con afectación leve en AIVD.
 - Disponibilidad de un familiar o conviviente, cuidador o persona cercana con disposición a la recogida de datos.
 - Firma de consentimiento informado para la evaluación - intervención.
 - Firma del compromiso de cumplimiento terapéutico: Presencia, implicación activa, temporalidad, etc. (seguimiento del protocolo de la intervención y la evaluación).
- Criterios de exclusión:**
- Menores de 55 años y mayores de 85 años.
 - Diagnóstico de trastornos neurocognitivos. Diagnóstico y/o tratamiento para enfermedades del Eje I y II del DSM-IV.
 - Cardiopatías crónicas o ACV.
 - Prescripción e indicación crónica con inicio desde hace más de 6 meses de benzodiazepinas, opioides o somníferos.
 - Dependencia para ABVD o AIVD.
 - Puntuación GDS Yesavage (30) ≥ 15.
 - Imposibilidad o no compromiso con el protocolo tanto de intervención como de evaluación.
 - Analfabetismo
 - Tratamiento previo o concurrente a través de programas estructurados de estimulación, entrenamiento o rehabilitación cognitiva.



Programa Intervención Preventivo Psicoestimulación Integral (PPI)



UNIVERSIDAD SALAMANCA

Ayuntamiento de Salamanca

Resultados

En la actualidad el proyecto cuenta con 257 solicitudes, de las que se han realizado 167 valoraciones iniciales (Screening - CDR y MMSE). Han completado la valoración inicial 95 usuarios. Se han encontrado 72 usuarios con un juicio clínico de DCL (75,79% de los valorados con protocolo inicial) y se encuentran en el programa de intervención 40. 70 usuarios no han cumplido criterios de inclusión o en algún momento del proceso no han querido participar en el programa de intervención. 14 se encuentran en el grupo control y 27 en seguimiento.

Conclusiones

El protocolo de Proyecto Edades define una metodología de valoración e intervención en la que integra la investigación, la valoración exhaustiva y la intervención. Los resultados muestran la importancia de la coordinación sociosanitaria en la prevención y la necesidad de recursos especializados y preventivos en el DCL.

Bibliografía

- Rodríguez, J. G., & Gutiérrez, G. G. (2017). Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. Revista española de Geriátrica y gerontología, 52, 3-6.
- Farrand, P., Matthews, J., Dickens, C., Anderson, M., & Woodford, J. (2016). Psychological interventions to improve psychological well-being in people with dementia or mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis protocol. BMJ open, 6(1), e009713.
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. Journal of internal medicine, 256(3), 183-194.