PROGRAMA VADEC

Valoración deterioro cognitivo y mejora del diagnóstico del paciente

Con el aval científico de la SEN:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGIA

Promueve:

sefyp

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

PROGRAMA VADEC

Valoración deterioro cognitivo y mejora del diagnóstico del paciente

Coordinación científica

Covadonga Fernández Maiztegui
Servicio de Neurología, Hospital Universitario Cruces, Bilbao

Sagrario Manzano Palomo
FEA Neurología, Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid

Eduardo Martínez Vila
Dpto. Neurología, Clínica Universitaria Navarra, Pamplona

Coordinación técnica

David Martínez Hernández
Dpto. de Salud Pública, UCM

José González Núñez
Sociedad Española de Educación para la Salud, Formación y Desarrollo Profesional, SEFYP

Promueve: sefyp — Sociedad Española de Educación para la Salud, Formación y Desarrollo Profesional

Colabora: grupo IMC&

Patrocina: ferrer

© IMC INTERNATIONAL MARKETING & COMMUNICATION, S. A.

Alberto Alcocer 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

ISBN: 000-00-0000-000-0
Depósito Legal: M-0000-2016

Ni el propietario del copyright, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

PROGRAMA VADEC

Valoración Deterioro Cognitivo y mejora del diagnóstico del paciente

Introducción 5

Razón de ser 6

Descripción 6

Objetivos 7

Colaboración y fines 7

Metodología y diseño 8

Metodología Delphi 9

Diseño, muestra y selección de participantes 10

Análisis e interpretación de los resultados (identificación de los acuerdos y faltas de acuerdo) 11

Interpretación de resultados. Medidas de tendencia central: media, mediana y moda 12

Fecha de realización del estudio 13

Búsqueda bibliográfica 13

Resultados del estudio 15

Bibliografía recomendada 55

Introducción

El estado mental es el conjunto de actividades cognitivas, emocionales y conductuales de una persona, y puede ser evaluado clínicamente o mediante pruebas estandarizadas. La pérdida de memoria ha sido largamente reconocida como un acompañamiento de la vejez. Sin embargo, en las últimas décadas, la comunidad científica ha cambiado su forma de ver la pérdida de memoria hasta tal punto que el deterioro cognitivo (DC) se considera una entidad nosológica propia recogida en el DSM-V.

El umbral es que la pérdida de memoria haya progresado de tal manera que el desempeño funcional independiente (actividades cotidianas o laborales) resulta imposible. Este grado de deterioro cognitivo constituye ya una forma de demencia. La demencia tiene muchas causas potenciales, la más común de las cuales probablemente sea la enfermedad de Alzheimer.

La Sociedad Española de Neurología (SEN) establece como criterio para el diagnóstico del deterioro cognitivo la alteración en una o más de las siguientes áreas (o dominios) cognitivos: atención/funciones ejecutivas, lenguaje, memoria, área visual-espacial. Esta alteración debe ser: adquirida, referida por el propio paciente o por un informador fiable, de meses o años de evolución y objetivada en la exploración neuropsicológica (rendimiento 1 o 1,5 DE respecto al grupo de la misma edad y nivel de estudios). Asimismo, determina que dicha alteración cognitiva interfiera de forma mínima con las actividades habituales y que no exista un trastorno del nivel de conciencia, estado confusional agudo, síndrome neuroconductual focal ni demencia.

En la práctica médica, y sobre todo neurológica, el estado mental se puede evaluar clínicamente con una historia clínica y un examen reglado. Solo cuando se requiere una evaluación estandarizada y formal se utilizan test, cuestionarios o escalas. Los más utilizados son las denominadas escalas breves y las que bareman los aspectos cognitivos del estado mental; sobre todo, la capacidad cognitiva global, que es la parte del estado mental que más frecuentemente se deteriora por enfermedades que afectan al Sistema Nervioso Central (SNC).

Las principales escalas utilizadas en la evaluación cognitiva global son las escalas breves (menos de 10-15 minutos), las principales de las cuales son las siguientes: MSQ (Cuestionario del Estado Mental); Test IMC (Información-Memoria-Concentración y sus formas); Mental Test Score de Hodkinson y abreviado; Test de Pfeiffer (Short Portable Mental State Questionnaire); SKT (Test de los Siete Minutos de Solomon); Memory Impairment Screen (MIS de Buchke); Test del reloj; Prueba Cognitiva de Leganés; Eurotest; Examen de cribado de la capacidad cognitiva de Jacobs; Cuestionario corto del estado mental (Short Mental

Status Questionnaire); Exámenes abreviados del estado mental (Miniexamen del estado de salud mental de Folstein); Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC).

También existen las denominadas escalas largas (más de 10-15 minutos). Entre ellas, destaca la Montreal Cognitive Assessment (MoCa), que se considera una buena escala para detectar el deterioro cognitivo leve. Pueden encontrarse asimismo escalas de evaluación cognitiva específicas (atención elemental, fluidez verbal, pruebas de atención y función ejecutiva, distintas modalidades de cuestionarios de memoria y prácticas constructivas gráficas).

Razón de ser

A día de hoy, no hay establecido cuál es el método ideal de evaluación que realizar en personas con deterioro cognitivo. Aunque pueden ser requeridas otras pruebas, el diagnóstico se lleva a cabo a través de la historia clínica (HC), el examen neurológico y, al menos, una evaluación neurocognitiva mediante la utilización de escalas (test y cuestionarios o escalas propiamente dichas), de las cuales se han desarrollado y adaptado distintos modelos al caso de España.

Por tanto, no es de extrañar que haya una gran heterogeneidad a la hora de aplicar los mencionados diferentes test o escalas y que las recomendaciones de las principales Guías de Práctica Clínica (GPC) o Protocolos de Actuación (PA) no tengan un criterio uniforme. Las variaciones en dicha forma de aplicarlos no solo se dan entre las diferentes Comunidades Autónomas, sino también entre áreas de salud y hospitales de una misma área.

Se sabe que un porcentaje determinado de pacientes con deterioro cognitivo va a desarrollar demencia en pocos años, por lo que se deberían instaurar protocolos de detección precoz del deterioro cognitivo leve (DCL) para intentar actuar en este nivel y retrasar la progresión a demencia.

Por otra parte, existen muy pocos estudios sociosanitarios que analicen las causas de dicha situación y ninguno que tenga en cuenta la opinión, actitud y comportamiento de los neurólogos vasculares involucrados en la atención al paciente con deterioro cognitivo como punto de partida con el fin de desarrollar programas de gestión del conocimiento y planes de información y formación activa en este sentido.

El Programa VADEC trata de sacar a la luz toda esta problemática y, a partir de ella:

- Analizar los resultados obtenidos
- Establecer una Guía de Recomendaciones Prácticas (GRP)

Descripción

El Programa VADEC es un proyecto singular en la Medicina española, tanto por su metodología como por las consecuencias prácticas a las que puede dar lugar, que servirá de base para el desarrollo de estrategias más eficientes de

actuación encaminadas a la mejora de las habilidades diagnósticas y de manejo clínico de los neurólogos, así como de la calidad de vida del paciente con deterioro cognitivo.

Dentro del Programa VADEC, se ha planteado el presente estudio como una investigación sociosanitaria de carácter cualitativo fundamentada en una variante de la Metodología Delphi.

Objetivos

VADEC tiene como objetivos principales:

- Conocer, mediante la opinión, actitud y comportamiento de un panel de neurólogos expertos en la atención al paciente con deterioro cognitivo, la utilidad diagnóstica de las escalas de evaluación cognitiva.
- Valorar las principales escalas utilizadas en la práctica clínica.
- Optimizar las habilidades en la toma de decisiones diagnósticas y clínicas identificando las áreas de mayor necesidad formativa e informativa de los especialistas.

Colaboración y fines

VADEC responde a la iniciativa de la Sociedad Española de Educación para la Salud, Formación y Desarrollo Profesional (SEFYP), que solicitó la colaboración para el desarrollo del mismo a Grupo IM&C dada la amplia experiencia de dicho grupo empresarial en el soporte y ejecución de este tipo de proyectos. La investigación cuenta con el aval científico de la Sociedad Española de Neurología.

Dirección científica

Covadonga Fernández Maiztegui. Servicio de Neurología, Hospital Universitario Cruces, Bilbao.

Sagrario Manzano Palomo. FEA Neurología, Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid.

Eduardo Martínez Vila. Dpto. Neurología Clínica Universitaria, Navarra, Pamplona.

Dirección técnica

David Martínez Hernández. Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública de la UCM, Madrid.

José González Núñez. Sociedad Española de Educación para la Salud, Formación y Desarrollo Profesional, SEFYP.

Documentación

Juana Santos Sancho. Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UCM, Madrid.

Asesoramiento

Atención médica: Ana Navarro Siguero. CAP Puerta del Ángel, Madrid.

Atención farmacéutica: Vicente Olmo Quintana. Hospital Universitario Gran Canarias, Las Palmas.

Entidad colaboradora

Laboratorios Ferrer.

Se tiene previsto publicar los resultados del estudio y su distribución no solo entre los expertos participantes, sino también entre todo el colectivo de neurólogos involucrados en la atención al paciente con deterioro cognitivo.

Metodología y diseño

El presente estudio se plantea como la primera fase del Programa VADEC, y responde a la aplicación de una variante de la Metodología Delphi en la determinación del grado de acuerdo en la utilización de escalas en el diagnóstico del deterioro cognitivo, así como en otra serie de consideraciones epidemiológicas, diagnósticas y clínicas contenidas en las Guías de Práctica Clínica y en la bibliografía científica de más alta calidad. El estudio ha contado con la participación de un amplio grupo de expertos en neurología involucrados en la atención al paciente con deterioro cognitivo.

El material utilizado ha sido un cuestionario estructurado diseñado por el profesor David Martínez, experto epidemiólogo del Dpto. de Salud Pública de la UCM (Madrid). Tal cuestionario ha sido corroborado por la dirección científica del estudio (Covadonga Fernández Maiztegui, Sagrario Manzano Palomo y Eduardo Martínez Vila, expertos en deterioro cognitivo). Previamente a la realización de dicho cuestionario, se llevó a cabo una búsqueda de la mejor bibliografía disponible como soporte documental para su desarrollo.

A partir de los resultados de este estudio, se pretende elaborar una Guía Práctica de Recomendaciones (GPR), la cual podrá ser utilizada como material para un plan de información y formación activas dirigido a los profesionales sanitarios.

Metodología Delphi

La elección de la Metodología Delphi se justifica en que se trata de uno de los enfoques metodológicos en relación con las técnicas de acuerdo y consenso que han resultado más operativas y eficientes en Medicina, tanto en el nivel de diagnóstico como de procesos clínicos y actuación terapéutica; especialmente, cuando existe una gran heterogeneidad de criterios y, al mismo tiempo, la necesidad de una puesta en común.

El Método Delphi es un tipo de investigación que consiste en seleccionar a un grupo de expertos a los que se les pregunta su opinión, actitud y comportamiento sobre cuestiones referidas a acontecimientos actuales y de futuro; en este caso, en cuanto a la adecuada utilización de las escalas de evaluación cognitiva y otros aspectos relevantes en el diagnóstico y atención al paciente con deterioro cognitivo.

- La capacidad del Delphi se basa en la utilización sistemática de un juicio emitido por un grupo de expertos y procede por medio de interrogarles con la ayuda de uno o varios (si fuera necesario) cuestionarios a fin de poner de manifiesto convergencias de opiniones y deducir acuerdos y eventuales consensos.
- Las estimaciones de esos expertos se realizan en una o más rondas con el objeto de analizar el grado de acuerdo y plantear el posible consenso, pero con la máxima autonomía y anonimato por parte de los participantes.
- La calidad de los resultados depende, sobre todo, del cuidado que se ponga en la elaboración del cuestionario y en la elección de los mencionados expertos consultados. El objetivo es precisar la mediana y disminuir el rango de desviación entre los expertos ("amplitud, espacio o rango intercuartílico", RIC).

En la variante adoptada en el presente estudio, el cuestionario propone una serie de ítems clave con una serie de cuestiones evaluables de 1 al 9, de tal modo que pueden ser agrupadas en tres niveles distintos. El valor de la mediana determina el grado de acuerdo y el consenso grupal alcanzado. Para cada ítem, se considera:

- Desacuerdo mayoritario si la mediana es ≤ 3 (puntuaciones de 1, 2 o 3)
- Acuerdo mayoritario si la mediana es ≥ 7 (puntuaciones de 7, 8 o 9)
- Acuerdo dudoso si la mediana se encuentra entre 4 y 6 (puntuaciones de 4, 5 o 6)

Un objetivo de acuerdo frecuente es el adoptado en el presente estudio, el conocido como del 7/66,7 %, que plantea la valoración de 7 o más en los diferentes ítems por parte de 2/3 partes o más de los participantes. Por otra parte, se considera que existe una alta dispersión cuando RIC ≥ 4 puntos.

Aunque la formulación teórica del Método Delphi propiamente dicho comprende varias etapas sucesivas de envíos de cuestionarios, de vaciado y de explotación, en buena parte de los casos puede limitarse a una o dos de esas

etapas, lo que, sin embargo, no afecta a la calidad de los resultados tal y como demuestra la experiencia acumulada. En el caso que nos ocupa, se trata de observar el grado de acuerdo y la consideración de si este acuerdo alcanza el grado de consenso para cada una de las cuestiones planteadas.

De manera resumida, los pasos que se llevarán a cabo para garantizar la calidad de los resultados, para desarrollar la Metodología Delphi, analizar y consensuar los resultados obtenidos y llegar a las recomendaciones pertinentes deberían ser los siguientes:

Formulación (documento base) >>> elección participantes >>> elaboración ítems documento >>> diseño y difusión cuestionarios >>> análisis de los estadísticos descriptivos y distribución de frecuencias >>> determinación del grado de acuerdo >>> establecimiento de consenso o no consenso >>> conclusiones y recomendaciones >>> realización Guía de Recomendaciones Prácticas a partir de los resultados obtenidos en el estudio.

Los resultados no recogen datos individuales, sino datos generales agregados como un conjunto. La información general para las distintas variables se expresa en porcentaje o valor medio.

Diseño, muestra y selección de participantes

De acuerdo con el actual modelo de sistema sanitario español, descentralizado en favor de las diferentes Comunidades Autónomas y con las transferencias realizadas en materia de servicios y prestaciones sanitarias, se ha buscado la representatividad de la mayoría de tales Comunidades Autónomas en el panel de expertos. Por otra parte, se ha tratado de que el consenso resultante sea avalado ampliamente por parte de los especialistas en neurología vascular.

La selección de participantes se realizó por la dirección científica y técnica de acuerdo con una distribución hospitalaria de neurólogos y la existencia de unidades/secciones de neurología vascular. Los médicos participantes podían cumplimentar el cuestionario diseñado y realizar sus aportaciones textuales de manera anónima.

Se ha tenido en cuenta el colectivo en que recae la mayor carga de la atención y seguimiento al paciente con deterioro cognitivo dentro de la propia neurología (actualmente existen en España alrededor de 1.600 neurólogos en activo, de los cuales unos 400-500 pertenecen a la subespecialidad de neurología vascular y otros tantos a los de neurología de la conducta y demencia), así como la zona de influencia sanitaria del hospital donde trabaja cada uno de dichos neurólogos (al menos, uno de cada cuatro o cinco).

Además, según el Catálogo Nacional de Hospitales de 2016, la distribución de plazas hospitalarias es la siguiente:

- Más de 1.000 camas: 17 hospitales
- Entre 500 y 1.000 camas: 61 hospitales
- Entre 200 y 500 camas (excluyendo Ceuta y Melilla): 141 hospitales

De esa manera, los criterios de selección de los participantes fueron:

- Uno o dos neurólogos por cada hospital de más de 500 camas
- Representación de todas las Comunidades Autónomas

La involucración de los participantes de distintas áreas sanitarias responde a la heterogeneidad de la implantación de diferentes Protocolos de Actuación en el abordaje del deterioro cognitivo no solo entre las distintas Comunidades Autónomas, sino incluso entre diferentes áreas sanitarias y hospitales.

Finalmente, se ha considerado el carácter del estudio como una variante de la Metodología Delphi, la cual permite disponer de un panel de expertos con un número amplio, pero delimitado, de participantes.

Basándose en todo ello, la dirección ha establecido un panel de 130 participantes como número idóneo de especialistas, con representatividad a escala nacional y teniendo en cuenta el número de hospitales de referencia, servicios de neurología y secciones o unidades de neurología vascular y demencia. Por tanto, el esquema de selección seguido ha sido:

Área de Salud >>> Hospital de Referencia >>> Servicio de Neurología >>> Unidad/Sección Neurología Vascular y Demencias >>> Experto

Análisis e interpretación de los resultados (identificación de los acuerdos y faltas de acuerdo)

Las respuestas a todos los ítems se han expresado en dos tablas básicas:

- Estadísticos descriptivos
- Distribución de frecuencias

Se considera que existe un ítem consensuado cuando los expertos que puntúan fuera de la región de tres puntos (región 1: 1-3, región 2: 4-6, región 3: 7-9) que contiene la mediana son menos de la tercera parte de los encuestados.

Por el contrario, existe discordancia de criterio cuando las puntuaciones de un tercio o más de los panelistas están en la región 1 (1-3), y de otro tercio o más en la región 3 (7-9).

Los ítems restantes en los que no se observaba concordancia ni discordancia se consideraron como nivel de consenso indeterminado.

Por tanto, el valor de la mediana determina el consenso grupal alcanzado siempre y cuando esté en la región que determina el segmento de 2/3 de los participantes y RIC ≤ 4.

- "Desacuerdo mayoritario" si la mediana era ≤ 3
- "Acuerdo mayoritario" si la mediana era ≥ 7
- "Dudoso o indeterminado" si la mediana se encontraba entre 4 y 6

Cuando el grupo no alcanza un consenso manifiesto a favor o en contra de la cuestión planteada (los ítems dudosos, aquellos en los que se apreció discordancia y mostraron un nivel de consenso indeterminado) en todas las cuestiones, se puede proponer a la reconsideración del panel en una segunda ronda Delphi (retroalimentación puntuación propia y del grupo).

Sin embargo, en el presente estudio no ha habido necesidad de realizar una segunda vuelta, ya que no se trata de establecer un documento de consenso como tal, sino de obtener una "radiografía" de la situación a través de evaluar el grado de acuerdo y la consideración de si dicho grado de acuerdo alcanza la categoría de consenso en consonancia con los valores de la mediana, el hecho de que la mediana esté en el segmento de 7/66,7 % y el grado de dispersión obtenido en los diferentes ítems. A partir de la detección de las necesidades, se planteará una Guía de Recomendaciones Prácticas siguiendo la máxima de que "el secreto de andar sobre las aguas es saber dónde están las piedras".

Interpretación de resultados. Medidas de tendencia central: media, mediana y moda

Las medidas de tendencia central permiten identificar los valores más representativos de los datos de acuerdo a la manera en que se tienden a concentrar (punto central). En general, se les conoce como estimadores o estadigráficos, pero, aplicados a poblaciones, son denominados parámetros o valores estadísticos de la población.

La media indica el promedio de los datos; es decir, informa del valor que obtendría cada uno de los individuos si se distribuyeran los valores en partes iguales (la media se define como la suma de todos los valores observados dividida por el número total de observaciones).

La mediana se refiere al valor que separa a los datos en dos partes iguales, cada una de las cuales posee el cincuenta por ciento de los mismos. Para las muestras que cuentan con un número impar de observaciones o datos, la mediana dará como resultado una de las posiciones de la serie ordenada, mientras que, para las muestras con un número par de observaciones, se deben promediar los valores de las dos posiciones centrales.

Por último, la moda da cuenta del valor que más se repite dentro de los datos; es decir, si tenemos la serie ordenada (2, 2, 5 y 7), el valor que más veces se repite es el número 2, que sería la moda de los datos.

En el presente estudio, se ha utilizado fundamentalmente el valor de la mediana, que es el dato estadístico descriptivo más recomendable en la aplicación del Método Delphi y sus variantes.

En el cuestionario, las posibles respuestas que se ofrecían a los participantes se limitaban a las nueve posibilidades (variable discreta) que permite contemplar el método utilizándose estadísticos no paramétricos (mediana de centralización y amplitud intercuartílica como medida de dispersión) en la toma de decisiones.

Fecha de realización del estudio

El trabajo de campo se realizó entre el 1 de junio y el 30 de julio de 2017, elaborándose a continuación el análisis y tabulación de datos por parte de la dirección técnica.

Búsqueda bibliográfica

Existen distintas fuentes de documentos sobre evidencia científica que se pueden consultar a través de Internet:

The Cochrane Library

La búsqueda, sobre un total de 9.970 revisiones sistemáticas en The Cochrane Library (www.thecochranelibrary.com), arroja estos resultados según sean los términos introducidos para dicha búsqueda:

- Cognitive impairment se obtiene un total de 140 documentos
- Cognitive deterioration se obtiene un total de 24 documentos
- Minor neurocognitive disorder se obtiene un total de 11 documentos

JBI COnNECT+

La Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics (COnNECT) (www.jbiconnectplus.org) es una red clínica de evidencia *on-line* sobre cuidados del Joanna Briggs Institute. En esta base de datos orientada a cuidados de salud, no se obtiene ningún resultado en las siguientes búsquedas:

- Cognitive impairment se obtiene un total de 0 documentos
- Cognitive deterioration se obtiene un total de 1 documento
- Minor neurocognitive disorder se obtiene un total de 0 documentos

Web of Science

La herramienta Web of Science (www.accesowok.fecyt.es) es una plataforma desarrollada por la empresa Thomson-ISI que permite acceder a una de las fuentes más importantes de conocimiento que existen en la actualidad.

La búsqueda en todas las bases de datos con el término:

- Cognitive impairment se obtiene un total de 42.475 documentos
- Cognitive deterioration se obtiene un total de 1.490 documentos
- Minor neurocognitive disorder se obtiene un total de 19 documentos

Pubmed de la US National Library of Medicine

PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/) es una de las bases de datos más importantes en el ámbito biosanitario y fue desarrollada por la Biblioteca Nacional de los Estados Unidos. La mayoría de bibliotecas universitarias incluyen PubMed dentro de sus bases de datos disponibles para los usuarios.

La búsqueda en todas las bases de datos con el término:

- Cognitive impairment se obtiene un total de 42.291 documentos
- Cognitive deterioration se obtiene un total de 1.505 documentos
- Minor neurocognitive disorder se obtiene un total de 19 documentos

DOAJ-Directory of Open Access Journals

Se ha utilizado también DOAJ-Directory of Open Access Journals (www.doaj.org) como plataforma que recoge artículos en abierto de revistas científicas.

La búsqueda en todas las bases de datos con el término:

- Cognitive impairment se obtiene un total de 3.565 documentos
- Cognitive deterioration se obtiene un total de 108 documentos
- Minor neurocognitive disorder se obtiene un total de 1 documento

Scientific Electronic Library Online

Se consultó también la base de datos SciELO (Scientific Electronic Library Online) España (scielo.isciii.es/scielo.php), desarrollada por la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III y que permite tener acceso al texto completo de distintas revistas.

La búsqueda en todas las bases de datos con el término:

- Deterioro cognitivo leve se obtiene un total de 4 documentos
- Trastorno neurocognitivo menor se obtiene un total de 0 documentos
- Cognitive impairment se obtiene un total de 13 documentos
- Cognitive deterioration se obtiene un total de 1 documento
- Minor neurocognitive disorder se obtiene un total de 0 documentos

Por otra parte, no se han encontrado en la búsqueda realizada publicaciones de estudios como el presente, en el que se aborda, con Metodología Delphi,

la valoración del deterioro cognitivo y las posibilidades de mejora en la atención al paciente.

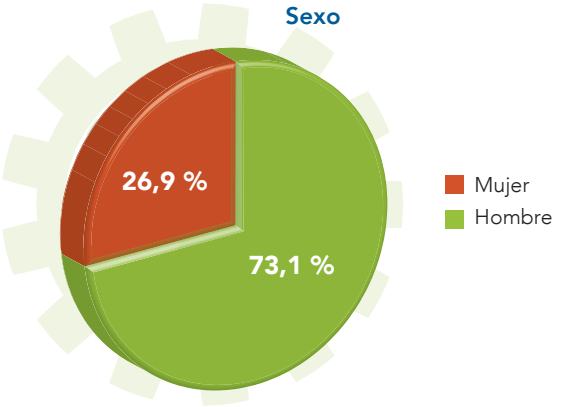
Fundamentándose en la búsqueda realizada en las principales bases de datos y otras consultas específicas *on-line*, se han tenido en cuenta como base del estudio las referencias que aparecen en el apartado Bibliografía consultada.

Resultados del estudio

0. Datos profesionales

0.1 Sexo

Las 3/4 partes de los participantes (73,1 %) son varones, y una de cada cuatro (26,9 %), mujeres.



0.2 Edad

La edad media de los participantes es de poco más de 48 años (48,2 ± 8,91), con un valor de la mediana (resultado más frecuente) de 49 años y rango de edad de 29 a 49 años.

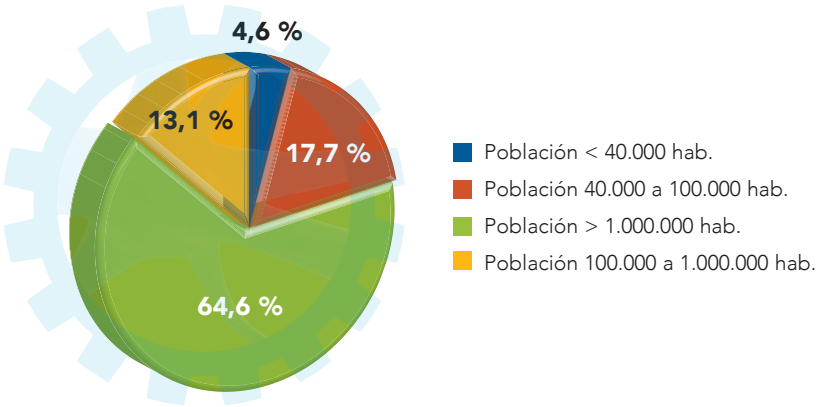
0.3 Años de ejercicio profesional

Los médicos participantes presentan una media de algo más de 21 años (21,15 ± 9,16) de actividad profesional, con un valor de la mediana de 20 y un rango muy amplio, que va de cinco a más de 40 años.

0.4 Ámbito geográfico en el que trabaja

La gran mayoría de participantes (95,4 %) desarrolla su actividad profesional en el medio urbano (entendiendo como tal las ciudades y pueblos de más de 40.000 habitantes), concentrándose dos de cada tres en las poblaciones de entre 100.000 y un millón de habitantes.

Ámbito geográfico en el que trabaja



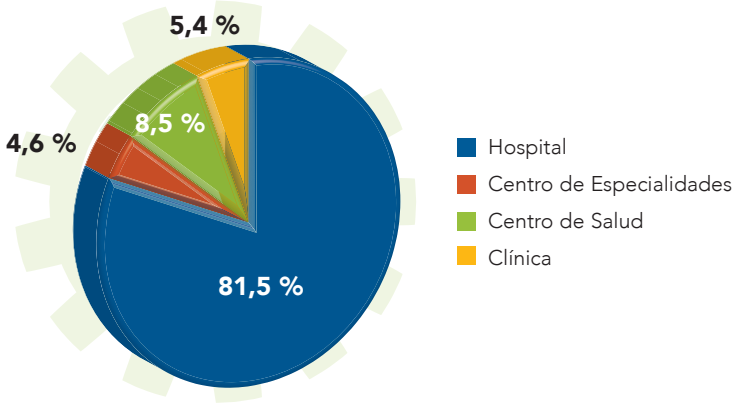
0.5 Tipo de medio en el que desarrolla su actividad profesional

Nueve de cada diez participantes (90,8 %) realizan su labor profesional en el ámbito de la sanidad pública, y solo uno de cada diez en la privada.

0.6 Tipo de centro en el que desarrolla su actividad profesional

El hospital es el tipo de centro en que mayoritariamente (81,5 %) trabajan los neurólogos participantes en el estudio.

Tipo de centro en el que desarrolla su actividad profesional

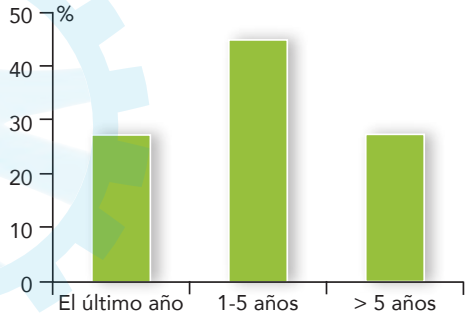


0.7 Consulta. Promedio de pacientes atendidos al día

De acuerdo con las respuestas dadas por los participantes, el número de pacientes vistos cada día está en torno a 22 (media de 22,3 ± 26,1 y mediana de 19), de los que alrededor de siete (media de 7,2 ± 7,35 y mediana de 5) presentan deterioro cognitivo.

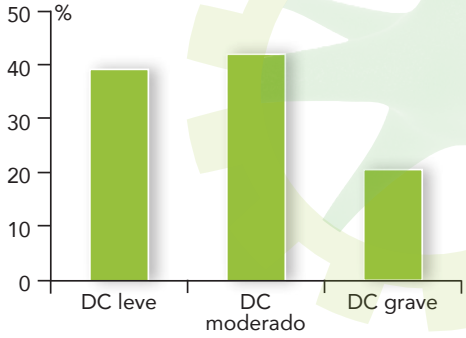
De los pacientes con deterioro cognitivo atendidos habitualmente en consulta, se considera que casi la mitad (44,8 %) ha sido diagnosticado hace entre uno y cinco años, mientras que algo más de la cuarta parte (27,6 %) lo ha sido en el último año y un porcentaje similar hace más de cinco años.

	El último año	1-5 años	> 5 años
Porcentaje (%)	27,6	44,8	27,6



La distribución de los pacientes con deterioro cognitivo de acuerdo con la gravedad de los síntomas muestra que ocho de cada diez (79,8 %) muestran un deterioro cognitivo leve o moderado, mientras que es un grave (20,2 %) en dos de cada diez.

	DC leve	DC moderado	DC grave
Porcentaje (%)	38,67	41,15	20,18



Resumen de datos personales y profesionales

Los participantes en el estudio son generalmente varones (tres de cada cuatro casos), tienen una edad media de algo más de 48 años y una experiencia profesional en torno a los 21 años. Trabajan mayoritariamente en el medio urbano –sobre todo, en poblaciones de más de 100.000 habitantes– y ejercen su actividad profesional en la sanidad pública; fundamentalmente, en un centro hospitalario.

Los participantes dicen atender una media de 22 pacientes diarios, de los cuales siete presentan deterioro cognitivo. De los anteriores, algo más de una cuarta parte ha sido diagnosticada en el último año y algo menos de la mitad hace uno a cinco años. En la mayoría de los casos, se trata de un deterioro cognitivo leve o moderado, pero uno de cada cinco pacientes atendidos presenta deterioro cognitivo grave.

1. Cuestiones generales

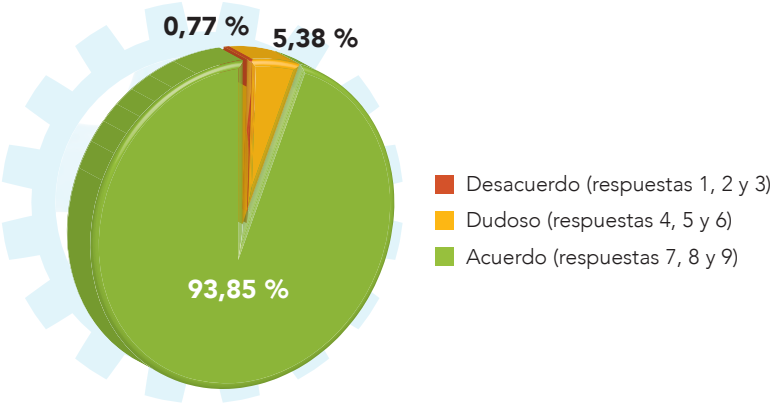
1.1 Concepto de deterioro cognitivo

"Planteamiento: El deterioro cognitivo es la disminución mantenida en una o más capacidades mentales de la persona (memoria, orientación, lenguaje, pensamiento abstracto, capacidad de juicio, cálculo, habilidades constructivas...) desde un nivel previo más elevado".

Los estadísticos descriptivos muestran un valor de la media de 8,2 (DE: 1,20) y de la mediana de 9, con una amplitud o rango intercuartílico de 1.

La distribución de frecuencias, agrupadas en tres niveles, lleva a la siguiente distribución, en la que se pueda apreciar que el acuerdo alcanza a casi el 94 %:

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	1	0,77
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	7	5,38
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	122	93,85
Total	**130**	**100**



Por tanto, existe consenso (la mediana se encuentra ampliamente dentro del grupo con más de dos terceras partes de las respuestas de los participantes y la amplitud intercuartílica es bastante menor de 4).

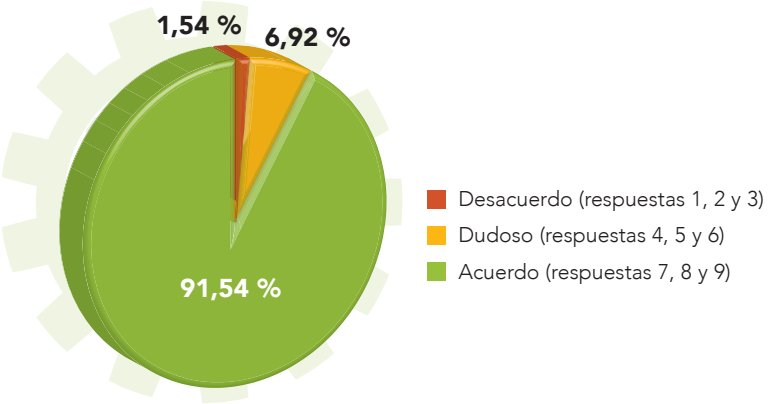
1.2 Deterioro cognitivo leve o ligero

"Planteamiento: Los estudios identifican un continuo entre el envejecimiento normal y la demencia, habiéndose definido un paso intermedio, el denominado deterioro cognitivo leve o ligero: olvido normal >>> deterioro cognitivo >>> demencia. El deterioro cognitivo leve agrupa a pacientes con un declinar cognoscitivo cuya cuantía sobrepasa el envejecimiento normal, aunque no es suficientemente grave para diagnosticar una demencia".

Los estadísticos descriptivos muestran una media de casi 8 (7,95 ± 1,39) y un valor de la mediana también de 8 con un rango intercuartílico de 2.

La distribución de frecuencias agrupadas arroja un grado de acuerdo del 91,5 %.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	2	1,54
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	9	6,92
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	119	91,54
Total	**130**	**100**



Hay un amplio consenso de los participantes en el planteamiento realizado de deterioro cognitivo leve.

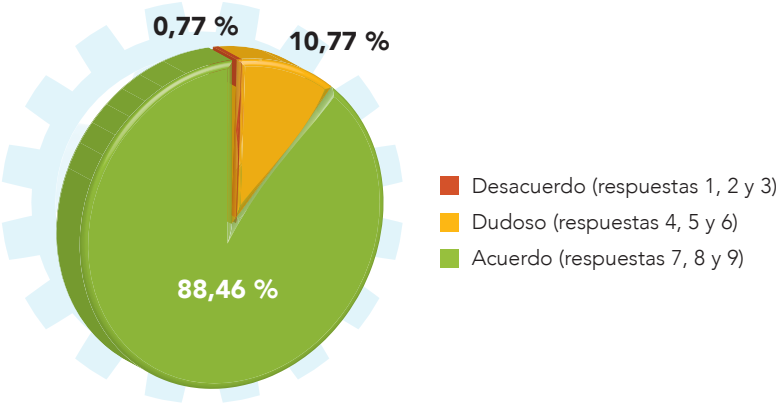
1.3 Progresión del deterioro cognitivo a demencia

"Planteamiento: La progresión a demencia de los pacientes con deterioro cognitivo leve oscila, según la definición y la cohorte empleada, de un 10 a un 15 % en un año y de un 15 a un 50 % a los tres años".

La media es de 7,7 (DE: 1,22) y la mediana de 8 con un rango intercuartílico de 2.

La distribución de frecuencias agrupadas muestra que casi nueve de cada diez participantes están de acuerdo con el planteamiento realizado.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	1	0,77
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	14	10,77
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	115	88,46
Total	**130**	**100**



De acuerdo con los datos anteriormente señalados, puede afirmarse que hay consenso.

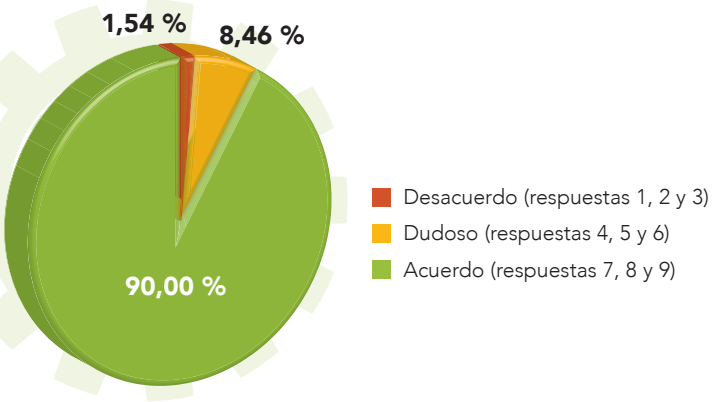
1.4 Diagnóstico

"Planteamiento: El diagnóstico de deterioro cognitivo y demencia es clínico; es decir, se realiza a partir de una serie de quejas efectuadas por el propio paciente o sus familiares y/o síntomas detectados por el médico".

El valor de la media es próximo a 8 (7,9 ± 1,28) y la mediana es 9 con un rango intercuartílico de 2.

Hay acuerdo en el 90 % de los casos y, como consecuencia de ello y de los valores anteriores, se concluye el consenso del grupo.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	2	1,54
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	11	8,46
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	117	90
Total	**130**	**100**



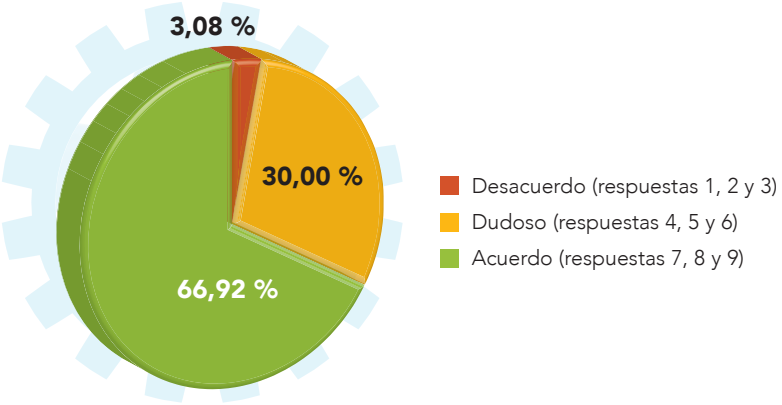
1.5 Importancia del deterioro cognitivo vascular

"Planteamiento: La importancia del deterioro cognitivo vascular radica en el hecho de que la patología vascular cerebral es, además de la edad, el factor de riesgo más importante para el desarrollo de demencia y el único que se puede tratar actualmente".

Los estadísticos descriptivos muestran un valor de la media y de la mediana de 7 (DE: 1,74) con un rango intercuartílico de 2.

La agrupación de frecuencias muestra un acuerdo en la frontera de las 2/3 partes.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	4	3,08
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	39	30,00
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	87	66,92
Total	**130**	**100**



La mediana y el RIC están en los valores aceptados de acuerdo, aunque la distribución muestra que este acuerdo es límite. Por tanto, puede decirse que existe consenso simple.

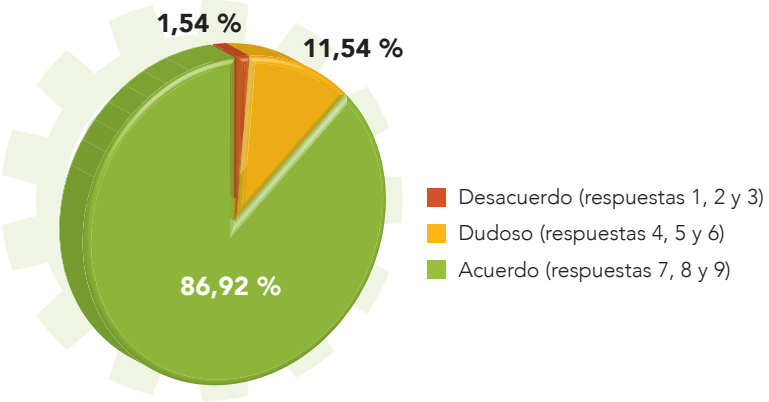
1.6 Valoración de los criterios para definir el deterioro cognitivo leve (Petersen et al., 2001)

1.6.1 Presencia de quejas de memoria preferiblemente corroboradas por un informador

Los estadísticos descriptivos aparecen en la siguiente tabla, en la que se puede observar una media de 7,7 (DE: 1,31), una mediana de 8 y un rango intercuartílico de 2.

La distribución de frecuencias agrupadas muestra un acuerdo de casi el 87 %.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	2	1,54
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	15	11,54
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	113	86,92
Total	**130**	**100**



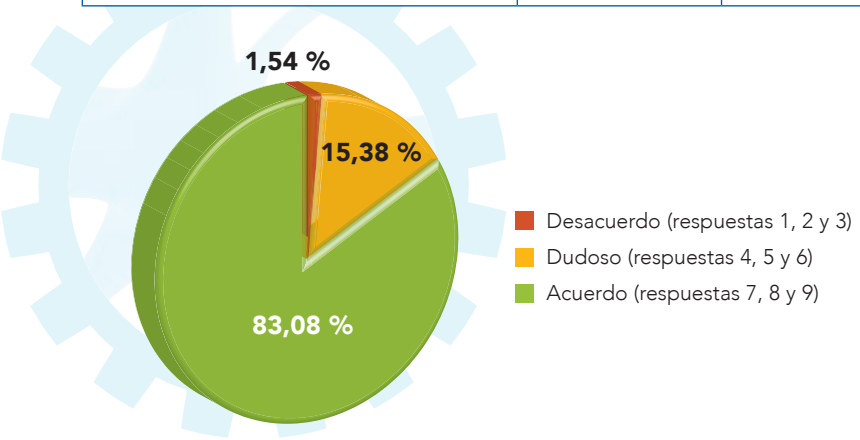
De acuerdo con los anteriores datos, existe consenso entre los participantes.

1.6.2 Deterioro objetivo de memoria medido por test (1,5 DT por debajo de la media de edad)

Los estadísticos descriptivos muestran una media 7,5 (DE: 1,35), una mediana de 8 y un rango intercuartílico de 1.

La distribución de frecuencias indica que el grupo que está de acuerdo alcanza al 83 % de los participantes.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	2	1,54
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	20	15,38
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	108	83,08
Total	**130**	**100**



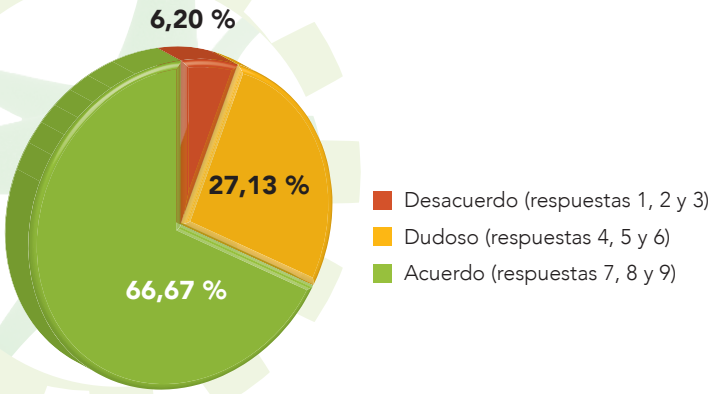
Por todo ello, puede decirse que hay consenso.

1.6.3 Función cognitiva general normal

El valor de la media es de 6,8 (DE: 1,83) y el de la mediana de 7 con un rango intercuartílico de 2.

La distribución de frecuencias señala que el grupo de acuerdo está en el límite (2/3 partes).

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	8	6,2
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	35	27,13
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	86	66,67
Total	**129**	**100**

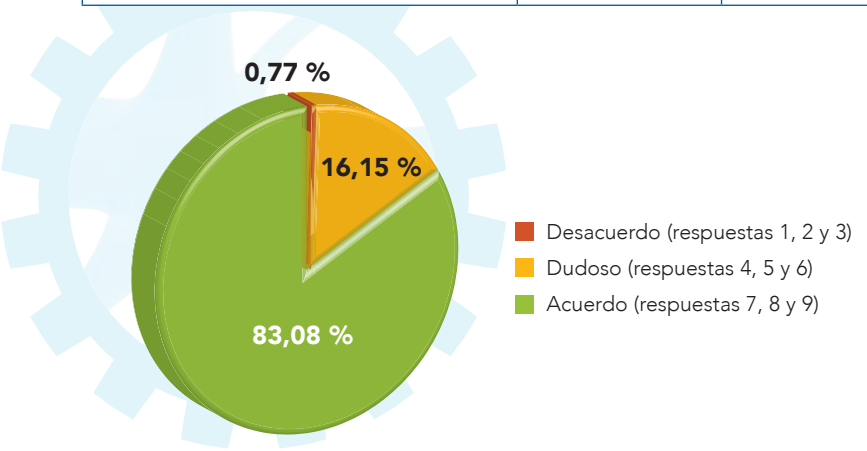


Dado que tanto la mediana como el rango intercuartílico están dentro de los valores aceptados, existe consenso, aunque el porcentaje de acuerdo sea algo ajustado.

1.6.4 Actividades de la vida diaria sencillas intactas, aunque pueda tener alteraciones en las complejas

El valor de la media es de 7,6 (DE: 1,27), el de la mediana de 8 y el rango intercuartílico de 2.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	1	0,77
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	21	16,15
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	108	83,08
Total	**130**	**100**



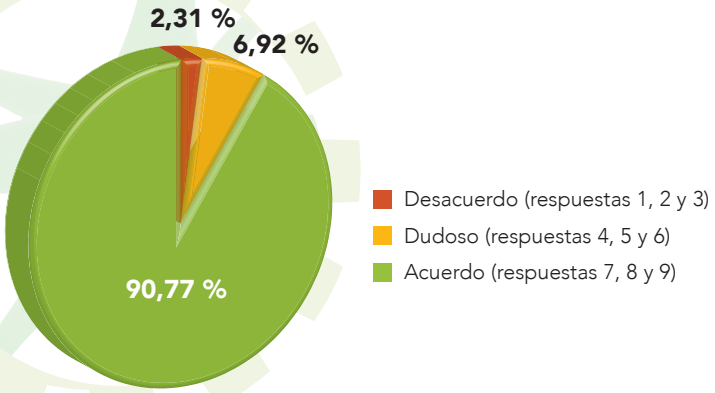
El grado de acuerdo llega hasta el 83 %, lo que, unido a los valores anteriores, permite la consideración de consenso entre los participantes.

1.6.5 Ausencia de demencia

El valor de la media es superior a 8 (8,13 ± 1,39), el de la mediana de 9 y rango intercuartílico de 1.

La distribución de frecuencias agrupadas muestra que nueve de cada diez participantes (90,8 %) han puntuado su grado de acuerdo como 7 o más.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	3	2,31
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	9	6,92
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	118	90,77
Total	**130**	**100**



Por tanto, existe consenso, ya que la mediana tiene el valor máximo y valor mínimo de rango intercuartílico.

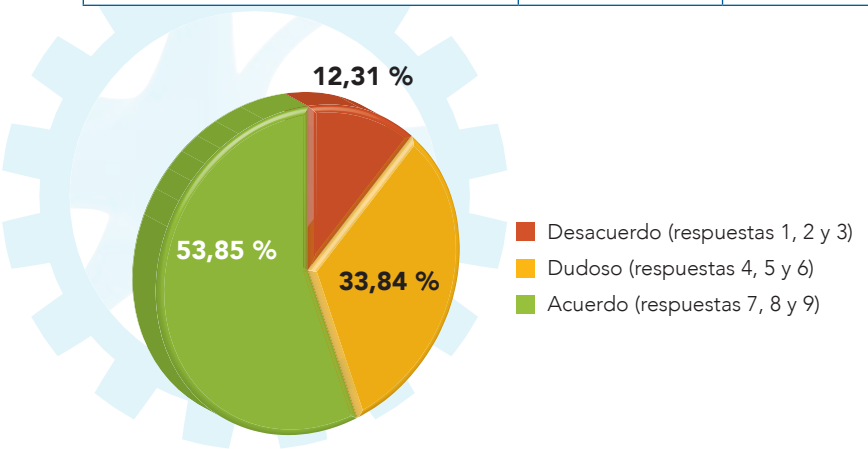
1.7 Deterioro cognitivo leve como paso previo a la enfermedad de Alzheimer

"Planteamiento: En los últimos años, Dubois et al. han planteado el criterio de no mantener el deterioro cognitivo leve como paso previo a la enfermedad de Alzheimer frente al criterio anterior de Petersen et al., que sí lo mantienen. ¿En qué medida está de acuerdo con ese nuevo planteamiento (Dubois et al.)?".

Los estadísticos descriptivos muestran un valor de la media de 6,2 (DE: 2,08) y un valor de la mediana de 7 con un RIC de 3.

Por su parte, la distribución de frecuencias agrupadas indica que más de la mitad de los participantes (53,8 %) está de acuerdo, pero 1/3 parte (33,8 %) expresa sus dudas y uno de cada ocho se manifiesta en desacuerdo.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	16	12,31
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	44	33,84
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	70	53,85
Total	**130**	**100**



Por tanto, a la luz de los resultados, no hay consenso, ya que el valor de la mediana para el mismo se encuentra en un grupo con menos de dos terceras partes de las respuestas, aunque una mayoría de participantes señala su acuerdo con el planteamiento de Dubois.

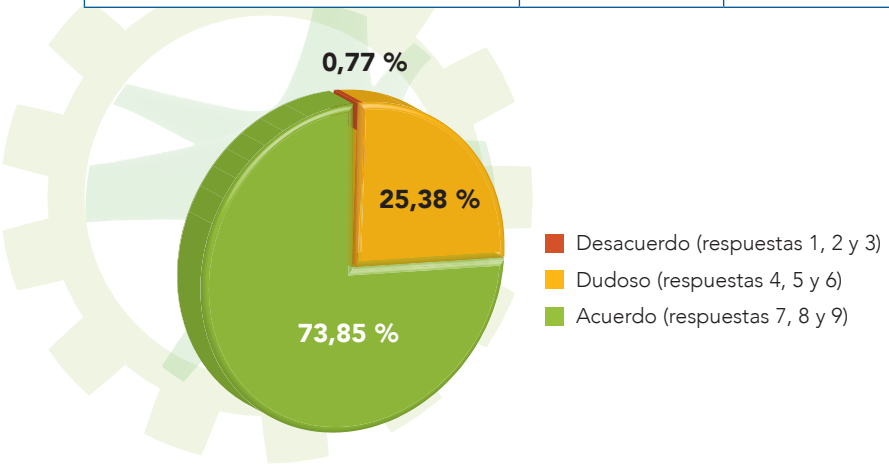
1.8 Diagnóstico del deterioro cognitivo leve en función de la repercusión funcional

"Planteamiento: De acuerdo con los criterios del National Institute of Aging de EEUU y de la Alzheimer's Association (NIA-AA), el deterioro cognitivo leve se diagnostica en función de la repercusión funcional. ¿En qué medida está de acuerdo con este planteamiento?".

En este caso, los estadísticos descriptivos muestran un valor de la media (7,25 ± 1,49) algo superior al de la mediana (7), con un RIC de 2.

En cuanto a la distribución de frecuencias agrupadas, casi las 3/4 partes de los participantes (73,8 %) muestran valores de la mediana superiores a 7 y, por tanto, correspondientes al grupo de acuerdo.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	1	0,77
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	33	25,38
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	96	73,85
Total	**130**	**100**



De acuerdo con los datos anteriores, existe consenso.

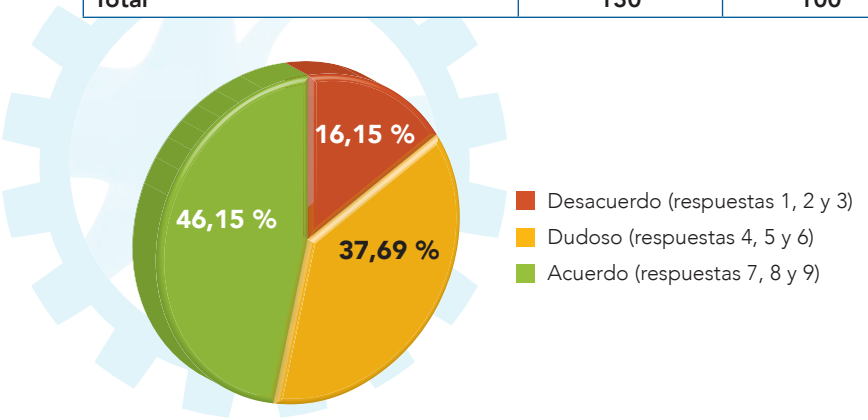
1.9 DSM-V *vs* DSM-IV: Conceptualización de deterioro cognitivo leve y demencia

"Planteamiento: Uno de los principales cambios del DSM-V en relación con el DSM-IV ha sido la sustitución de los términos 'deterioro cognitivo leve' por 'trastorno neurocognitivo menor' y 'demencia' por 'trastorno cognitivo mayor'. ¿En qué medida está de acuerdo con este nuevo planteamiento (DSM-V)?".

Los estadísticos descriptivos arrojan un valor de la media de 5,8 (DE: 2,24) y una mediana de 6, siendo el rango intercuartílico de 2.

La distribución de frecuencias muestra que el grupo de valores de la mediana de 7 o más no llega a la mitad de los participantes y que el grupo de dudosos es cercano al 38 %.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	21	16,15
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	49	37,69
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	60	46,15
Total	**130**	**100**



Aunque el grupo de acuerdo es el que muestra un porcentaje más elevado, se encuentra muy alejado de los 2/3 requeridos para el consenso y, por tanto, no hay tal consenso.

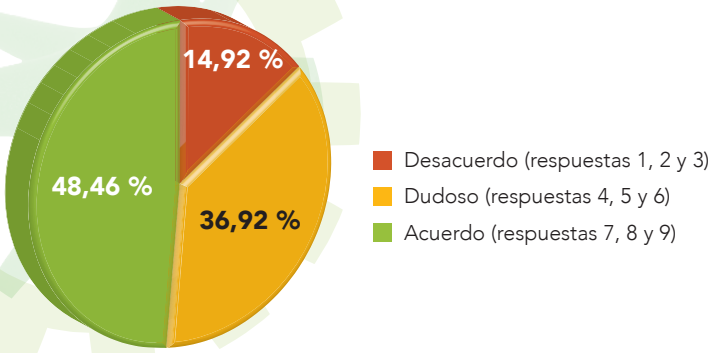
1.10 DSM-V *vs* DSM-IV: Diagnóstico de demencia

"Planteamiento: Hasta ahora, se consideraba probada la utilidad del DSM-IV para el diagnóstico de demencia (evidencia clase II). ¿En qué medida prefiere usted la aplicación de los nuevos criterios recogidos por el DSM-V a los del DSM-IV?".

Los estadísticos descriptivos muestran una media de poco más de 6 (6,15 ± 2,01) y una mediana de 6 con un rango intercuartílico de 3.

Como en el caso anterior, los participantes que valoran su preferencia por los nuevos planteamientos del DSM-V por debajo de 7 son más numerosos (51,5 %) que los que lo hacen igual o por encima de ese valor (48,5 %).

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	19	14,62
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	48	36,92
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	63	48,46
Total	**130**	**100**



No hay consenso, ya que la mediana es de 6 y el grupo de acuerdo no tiene las dos terceras partes de las respuestas de los participantes.

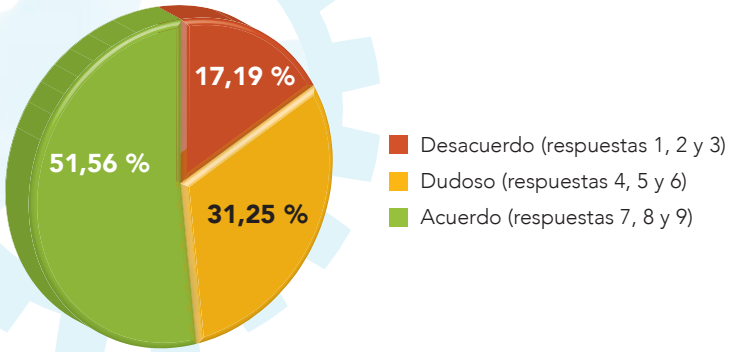
1.11 DSM-V *vs* Criterios Sociedad Española de Neurología

"Planteamiento: Los criterios del grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias de la Sociedad Española de Neurología han resultado de gran utilidad práctica en nuestro medio durante los últimos años. ¿En qué medida prefiere usted la aplicación de los nuevos criterios del DSM-V a los de la Sociedad Española de Neurología?".

El valor de la media es algo mayor de 6 (6,13 ± 2,40), y el de la mediana de 7 con un rango intercuartílico de 3.

El grupo de acuerdo constituye poco más de la mitad (51,6 %) y se encuentra lejos de las 2/3 partes requeridas para que haya consenso.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	22	17,19
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	40	31,25
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	66	51,56
Total	**128**	**100**



Por tanto, no hay consenso aunque una mayoría de participantes está de acuerdo en aplicar los nuevos criterios del DSM-V.

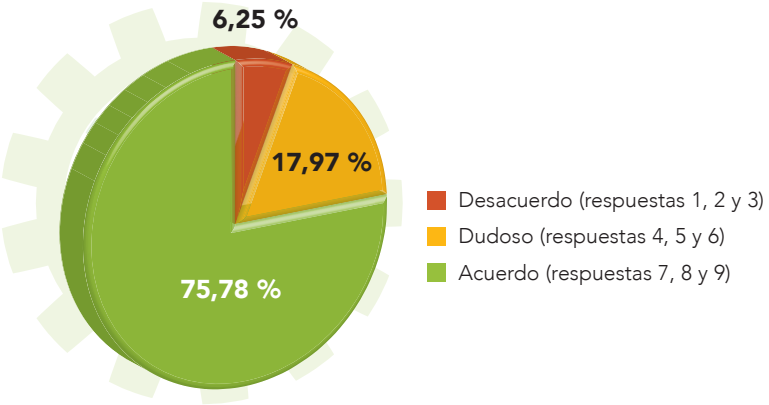
1.12 Cribado deterioro cognitivo

"Planteamiento: No hay evidencia suficiente para recomendar el cribado de deterioro cognitivo en ausencia de síntomas en población sana, aunque el diagnóstico precoz del deterioro cognitivo es aconsejado por las principales Guías de Práctica Clínica".

Los estadísticos descriptivos muestran una media de 7,3 (DE: 1,92) y una mediana de 8 con un rango intercuartílico de 2.

La distribución de frecuencias muestra que tres de cada cuatro (75,8 %) participantes refieren acuerdo con la propuesta.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	8	6,25
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	23	17,97
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	97	75,78
Total	**128**	**100**



Hay consenso, ya que la mediana se encuentra dentro del grupo con más de dos terceras partes de las respuestas de los participantes, dicha mediana es de 8 y rango intercuartílico de 2.

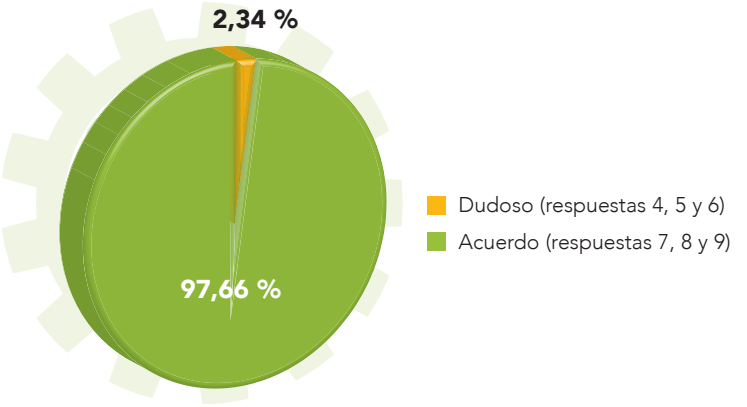
1.13 Diagnóstico diferencial de deterioro cognitivo y depresión

"Planteamiento: Se debe hacer el diagnóstico diferencial entre deterioro cognitivo y depresión teniendo en cuenta que un 12 % de enfermos padecen ambos cuadros. Junto con la depresión, el déficit de vitamina B12, el déficit de ácido fólico y el hipotiroidismo son las patologías que inicialmente deberían ser descartadas. ¿En qué medida está de acuerdo con este planteamiento?".

La media muestra un valor de 8,3 (DE: 0,84) y la mediana un valor de 8 con un rango intercuartílico mínimo, de 1.

Las frecuencias agrupadas suponen el acuerdo de la inmensa mayoría (97,7 %).

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	3	2,34
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	125	97,66
Total	**128**	**100**



Por tanto, de acuerdo con los datos anteriores, existe consenso con acuerdo casi unánime entre los participantes.

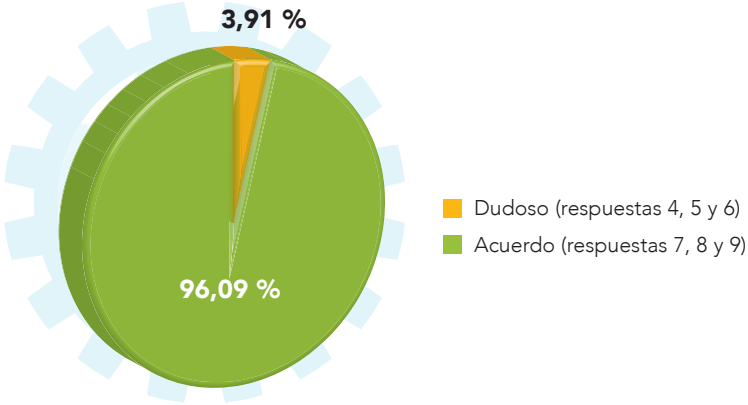
1.14 Evaluación estandarizada y formal del estado mental

"Planteamiento: En la práctica médica diaria, el estado mental (conjunto de actividades cognitivas, emocionales y conductuales de una persona) se puede evaluar clínicamente con una historia clínica y un examen reglado, pero una evaluación estandarizada y formal requiere la utilización de escalas o test; fundamentalmente, los que bareman la capacidad cognitiva global y permiten comparaciones a lo largo del tiempo y con otros pacientes. ¿En qué medida está de acuerdo con este planteamiento?".

Los estadísticos descriptivos indican un valor de la media de 8,2 (DE: 0,88), un valor de la mediana de 8 y un rango intercuartílico de 1.

La distribución de frecuencias agrupadas muestra acuerdo casi unánime, agrupando en el segmento 7-9 a más del 96 % de las valoraciones.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	5	3,91
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	123	96,09
Total	**128**	**100**



Se puede asegurar de manera rotunda la existencia de consenso entre los participantes.

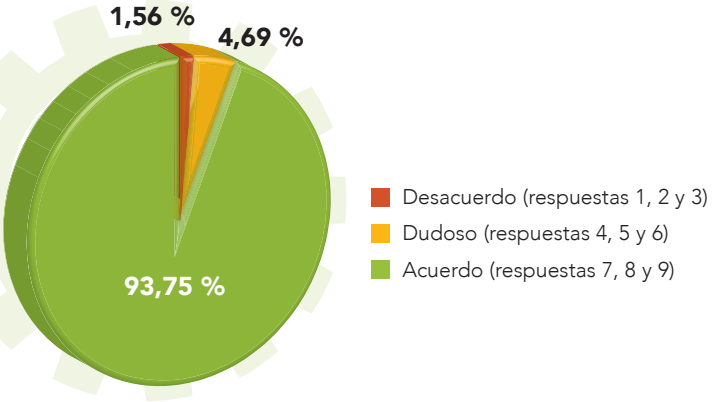
1.15 Utilización del diagnóstico de deterioro cognitivo leve (planteamiento de la NAA)

"Planteamiento: En un estudio realizado con 420 neurólogos pertenecientes a la Academia Americana de Neurología, NAA (Roberts et al., 2010), nueve de cada diez reconocían el deterioro cognitivo leve como un diagnóstico clínico útil, y la mayoría de ellos lo utilizaba para dar consejo sobre ejercicio físico y mental, para prever y planificar el futuro, para ofrecer recomendaciones sobre actividades de riesgo y para indicar tratamientos farmacológicos. ¿En qué medida está de acuerdo con este planteamiento?".

La media tiene un valor de 8 (DE: 1,22) y la mediana también adquiere este valor, con un rango intercuartílico de 2.

La distribución de frecuencias agrupadas muestra un acuerdo casi unánime (93,7 %).

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	2	1,56
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	6	4,69
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	120	93,75
Total	**128**	**100**



Por tanto, existe un consenso claro entre los participantes.

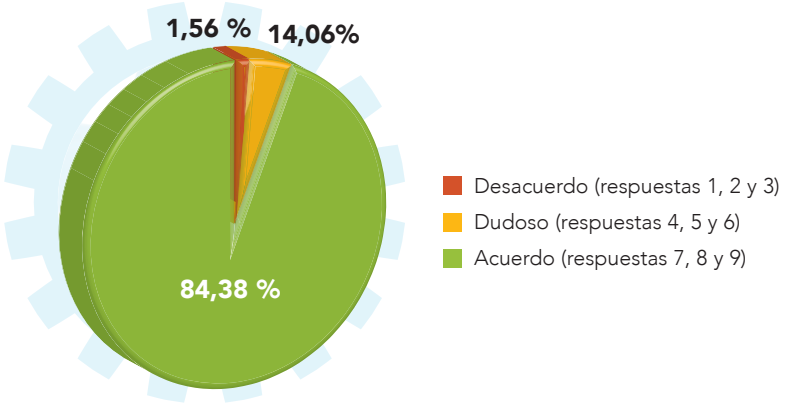
1.16 Pérdida de memoria como motivo de consulta

"Planteamiento: De acuerdo con un estudio realizado en España acerca de la pérdida de memoria como razón de consulta (Menéndez et al., 2005), uno de cada cinco o seis pacientes (18,5 %) que acudía por primera vez a consulta de neurología general era por quejas debidas a pérdida de memoria. ¿En qué medida su experiencia personal coincide con estos resultados?".

Los estadísticos descriptivos determinan una media de 7,7 (DE: 1,33), una mediana de 8 y un rango intercuartílico de 2.

Entre ocho y nueve de cada diez participantes que han respondido a la pregunta (84,4 %) manifiestan estar de acuerdo en haber tenido una experiencia similar a la descrita en el planteamiento.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	2	1,56
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	18	14,06
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	108	84,38
Total	**128**	**100**



Los parámetros y datos expuestos llevan a considerar que existe un claro consenso.

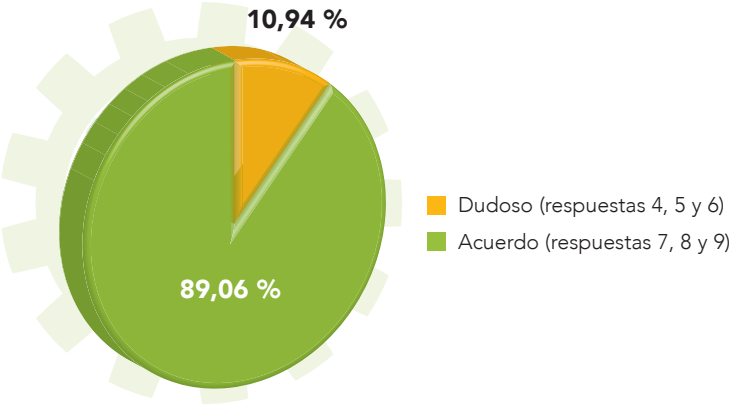
1.17 Quejas de memoria y factores predictivos

"Planteamiento: Las quejas subjetivas de memoria (QSM) son un fenómeno frecuente; sobre todo, entre los mayores. Un estudio poblacional efectuado en la ciudad de Madrid (Montejo et al., 2010) encuentra una prevalencia de quejas de memoria del 32,4 % (prácticamente uno de cada tres) y halla como factores predictivos el rendimiento cognitivo, la depresión-ansiedad, la calidad de vida y las dificultades en las actividades de la vida diaria. ¿En qué medida su experiencia personal coincide con estos resultados?".

Los resultados obtenidos son muy similares a los de la cuestión anterior, con una media de casi 8 (7,9 ± 1,03), una mediana de 8 y un rango intercuartílico de 2.

La agrupación de frecuencias muestra que nueve de cada diez participantes (89 %) que han respondido dicen estar de acuerdo en tener una experiencia similar a la expuesta.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	14	10,94
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	114	89,06
Total	**128**	**100**



También aquí existe un claro consenso.

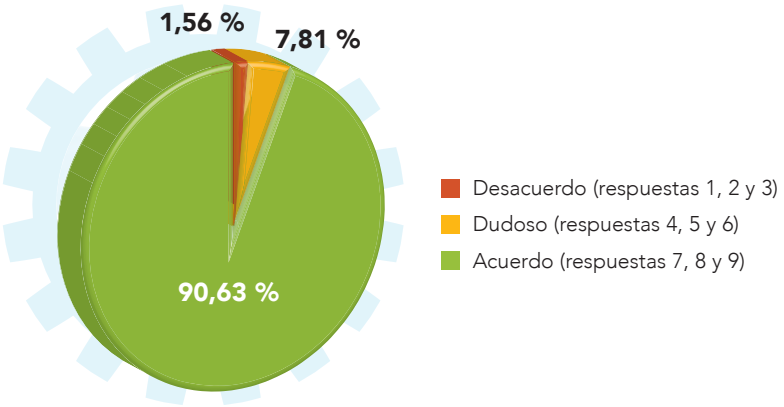
1.18 Beneficios de la detección precoz del deterioro cognitivo

"Planteamiento: La detección precoz del deterioro cognitivo produce una serie de beneficios, entre otros: diferenciación de los casos benignos y de los que pueden evolucionar a demencia, implicación del paciente en las decisiones sobre su futuro, comienzo precoz del tratamiento antes de que se produzca un mayor deterioro, reducción del estrés y la carga familiar, evitación de pruebas y tratamientos mal orientados y detección precoz de 'morbilidad oculta'. ¿En qué medida está de acuerdo con este planteamiento?".

Los estadísticos descriptivos muestran un valor de la media y de la mediana de 8 (DE: 1,41), y un rango intercuartílico de 2.

La distribución de frecuencias señala que más del 90 % de las respuestas se pueden agrupar en el segmento de acuerdo (7-9).

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	2	1,56
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	10	7,81
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	116	90,63
Total	**128**	**100**



Por tanto, existe consenso casi unánime.

Resumen cuestiones generales

Existe un consenso prácticamente unánime entre los participantes en las siguientes cuestiones:

- La progresión a demencia de los pacientes con deterioro cognitivo leve oscila, según la definición y cohorte empleada, de un 10 a un 15 % en un año y de un 15 a un 50 % a los tres años.
- El denominado deterioro cognitivo leve o ligero se identifica como un paso intermedio en el continuo entre el envejecimiento normal y la demencia: olvido normal >>> deterioro cognitivo >>> demencia. El deterioro cognitivo leve agrupa a pacientes con un declinar cognoscitivo cuya cuantía sobrepasa el envejecimiento normal, aunque no es suficientemente severo para diagnosticar una demencia.
- El diagnóstico de deterioro cognitivo y demencia es clínico; es decir, se realiza a partir de una serie de quejas efectuadas por el propio paciente o sus familiares y/o síntomas detectados por el médico.
- Se debe hacer el diagnóstico diferencial entre deterioro cognitivo y depresión teniendo en cuenta que un 12 % de enfermos padecen ambos cuadros. Junto con la depresión, el déficit de vitamina B12, el déficit de ácido fólico y el hipotiroidismo son las patologías que inicialmente deberían ser descartadas.
- Una evaluación estandarizada y formal requiere la utilización de escalas o test; fundamentalmente, los que bareman la capacidad cognitiva global y permiten comparaciones a lo largo del tiempo y con otros pacientes.
- El deterioro cognitivo leve es un diagnóstico clínico útil y puede emplearse para ofrecer consejo sobre ejercicio físico y mental, para prever y planificar el futuro, para dar recomendaciones sobre actividades de riesgo y para indicar tratamientos farmacológicos.

- La detección precoz del deterioro cognitivo produce, entre otros beneficios: diferenciación entre los casos benignos y los que pueden evolucionar a demencia, implicación del paciente en las decisiones sobre su futuro, comienzo precoz del tratamiento antes de que se produzca un mayor deterioro, reducción del estrés y la carga familiar, evitación de pruebas y tratamientos mal orientados, y detección precoz de "morbilidad oculta".

Existe un consenso amplio entre los participantes en las siguientes cuestiones:

- La progresión a demencia de los pacientes con deterioro cognitivo leve oscila, según la definición y cohorte empleadas, de un 10 a un 15 % en un año y de un 15 a un 50 % a los tres años.
- No hay evidencia suficiente para aconsejar el cribado de deterioro cognitivo en ausencia de síntomas en población sana, aunque el diagnóstico precoz del deterioro cognitivo es recomendado por las principales Guías de Práctica Clínica.
- Aproximadamente uno de cada cinco-seis pacientes (18,5 %) que acudía por primera vez a consulta de neurología general lo hizo por quejas debidas a pérdida de memoria.
- Aproximadamente uno de cada tres pacientes que acuden a la consulta plantean quejas de memoria, encontrándose como factores predictivos el rendimiento cognitivo, la depresión-ansiedad, la calidad de vida y las dificultades en las actividades de la vida diaria.

Existe un consenso simple en las siguientes cuestiones:

- La importancia del deterioro cognitivo vascular radica en el hecho de que la patología vascular cerebral es, además de la edad, el factor de riesgo más importante para el desarrollo de demencia y el único que se puede tratar actualmente.
- El deterioro cognitivo leve se diagnostica en función de la repercusión funcional (con los criterios de la National Institute of Aging de EEUU y la Alzheimer's Association (NIA-AA).

No existe consenso, aunque una mayoría de participantes está de acuerdo con ellas, en las siguientes cuestiones:

- Adoptar el criterio de Dubois et al. de no mantener el deterioro cognitivo leve como paso previo a la enfermedad de Alzheimer frente al criterio anterior de Petersen et al., que sí lo hacen.
- Sustituir el término "deterioro cognitivo leve" (DSM-IV) por "trastorno neurocognitivo menor" (DSM-V) y "demencia" (DSM-IV) por "trastorno cognitivo mayor" (DSM-V).
- Aplicación de los nuevos criterios recogidos por el DSM-V a los del DSM-IV para el diagnóstico de demencia.
- Preferencia en la aplicación de los nuevos criterios del DSM-V frente a los de la Sociedad Española de Neurología.

En cuanto a los criterios para definir el deterioro cognitivo leve (Petersen et al.), los resultados muestran que existe consenso entre los participantes en la consideración de todos ellos, aunque la amplitud de dicho consenso sea distinta en los diferentes parámetros:

- Consenso casi unánime para el criterio de ausencia de demencias.
- Consenso amplio para los siguientes criterios: presencia de quejas de memoria preferiblemente corroboradas por un informador, deterioro objetivo de memoria medido por test (1,5 DT por debajo de la media de la edad) y actividades de la vida diaria sencillas intactas aunque puedan existir alteraciones en las complejas.
- Consenso simple: función cognitiva general normal.

2. Cuestiones específicas

En esta parte del cuestionario, se planteaba a los participantes una serie de cuestiones sobre los llamados "Test de evaluación del estado mental". Especialmente, por los "breves", que son los más usados en la práctica clínica por su eficiencia (relación coste-beneficio, tiempo-dificultad de aplicación, rendimiento diagnóstico) en la evaluación del estado mental; sobre todo, cuando se aplican a sujetos sospechosos o en riesgo de padecer afectación cognitiva global, aunque tienen ciertas limitaciones (falsos positivos y falsos negativos no permiten distinguir la causa del bajo rendimiento cognitivo).

Los neurólogos participantes indican su valoración, en función de su grado de utilidad, para cada uno de los siguientes test (valoración de 1 a 9, siendo 1 el menor valor y 9 el mayor):

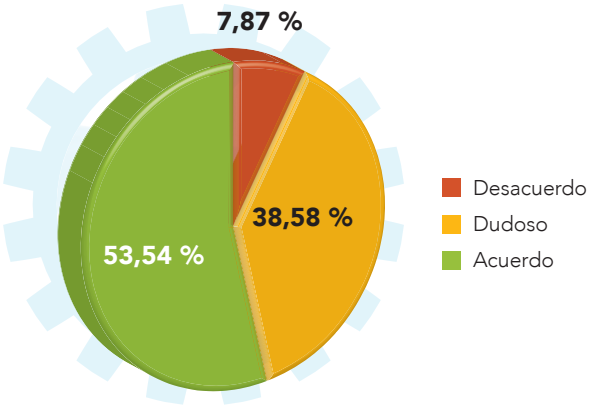
2.1 SPMQ, Short Portable Mental State Questionnaire (Test de Pfeiffer)

El valor de la media es de 6,2 ± 1,80, y el de la mediana de 7 con un rango intercuartílico de 2.

Para más de la mitad de los participantes (53,5 %), la utilidad del Short Portable Mental State Questionnaire es alta (valoraciones entre 7 y 9), y para uno de cada tres (38,6 %), es media. Por tanto, no existe consenso en que sea de alta utilidad al estar el segmento 7-9 lejos de los 2/3.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Utilidad baja (respuestas 1, 2 y 3)	10	7,87
Utilidad media (respuestas 4, 5 y 6)	49	38,58
Utilidad alta (respuestas 7, 8 y 9)	68	53,54
Total	**127**	**100**

SPMQ, Short Portable Mental State Questionnaire (Test de Pfeiffer)



2.2 Test de los siete minutos (Solomon)

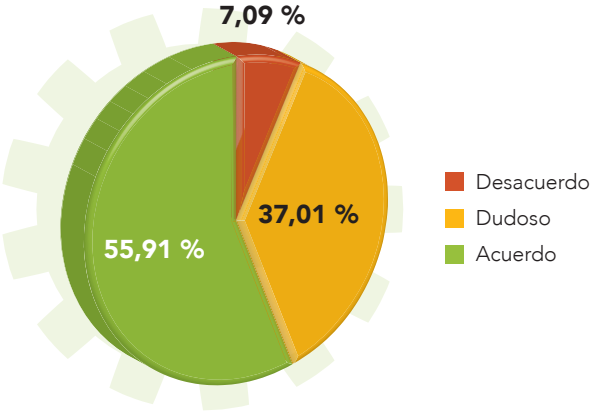
Los estadísticos descriptivos arrojan una media de 6,4 ± 1,80 y una mediana de 7, con un rango intercuartílico de 3.

Como en el caso anterior, la distribución de frecuencias muestra que, para algo más de la mitad (55,9 %) de los participantes que han respondido el Test de Solomon, resulta de alta utilidad, mientras que, para uno de cada tres (37 %), de utilidad media.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Utilidad baja (respuestas 1, 2 y 3)	9	7,09
Utilidad media (respuestas 4, 5 y 6)	47	37,01
Utilidad alta (respuestas 7, 8 y 9)	71	55,91
Total	**127**	**100**

No hay consenso en que el test sea de alta utilidad, ya que el segmento en que se encuentra la mediana no alcanza las dos terceras partes de las respuestas de los participantes.

Test de los siete minutos (Solomon)



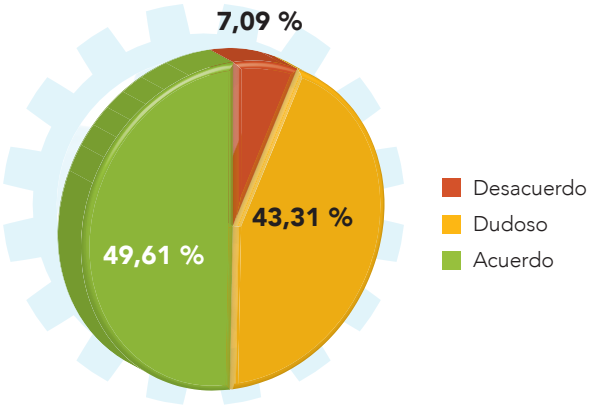
2.3 MIS, Memory Impairment Screen (Buschke)

Los estadísticos descriptivos aparecen en la siguiente tabla, en la que se observa un valor de la media de 6,3 (DE: 1,61), un valor de la mediana de 6 y un rango intercuartílico de 2.

Aproximadamente la mitad (49,6 %) de los participantes consideran de utilidad alta el Memory Impairment Screen, quedando el segmento de valores entre 7 y 9 muy alejado de las 2/3 partes requeridas para el consenso. Por tanto, no hay tal consenso en la alta utilidad de este test.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Utilidad baja (respuestas 1, 2 y 3)	9	7,09
Utilidad media (respuestas 4, 5 y 6)	55	43,31
Utilidad alta (respuestas 7, 8 y 9)	63	49,61
Total	**127**	**100**

MIS, Memory Impairment Screen (Buchke)



2.4 Test del reloj (Freedman)

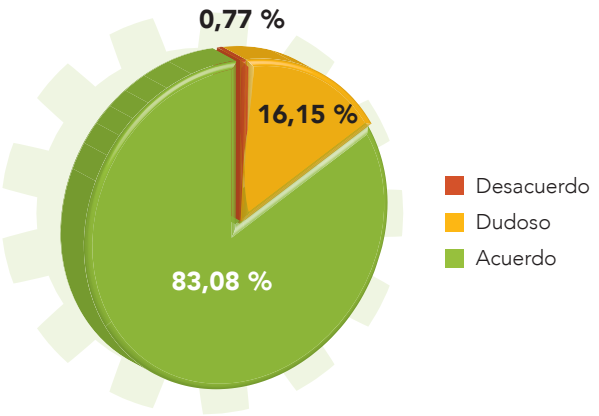
El Test de Freedman o Test del reloj tiene una valoración media de 7,6 (DE: 1,26) para los participantes, mientras que su mediana es de 8 y rango intercuartílico de 2.

La distribución de frecuencias muestra que la valoración del 83 % de los participantes se sitúa en el segmento de 7-9.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Utilidad baja (respuestas 1, 2 y 3)	1	0,77
Utilidad media (respuestas 4, 5 y 6)	21	16,15
Utilidad alta (respuestas 7, 8 y 9)	108	83,08
Total	**130**	**100**

Hay consenso en considerar el Test del reloj como de alta utilidad, ya que la mediana se encuentra dentro del grupo con más de dos terceras partes de las respuestas de los participantes. Además, la amplitud intercuartílica es menor de 4.

Test del reloj (Freedman)



2.5 MMSE, Mini Mental State Examination (Folstein). Versión MMSE-30 puntos. NORMACODEM

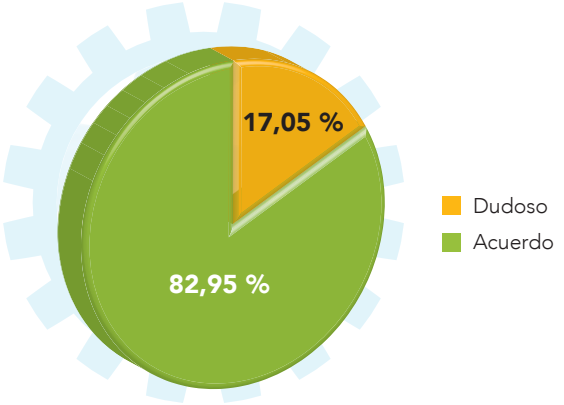
Los estadísticos descriptivos apuntan a una situación similar a la anterior: media de 7,6 (DE: 1,29), mediana de 8 y rango intercuartílico de 2.

Por su parte, la distribución de frecuencias muestra que prácticamente el 83 % de los participantes valora el Mini Mental State Examination de 30 puntos como de utilidad alta.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Utilidad media (respuestas 4, 5 y 6)	22	17,05
Utilidad alta (respuestas 7, 8 y 9)	107	82,95
Total	**129**	**100**

Hay consenso en considerar al test de utilidad alta, ya que la mediana se encuentra dentro del grupo con más de dos terceras partes de las respuestas de los participantes y la amplitud intercuartílica es inferior a 4.

MMSE, Mini Mental State Examination (Folstein). Versión MMSE-30 puntos. NORMACODEM



2.6 MMSE, Mini Mental State Examination (Folstein). Versión (MMSE-35 puntos). Miniexamen Cognoscitivo (MEC, Lobo)

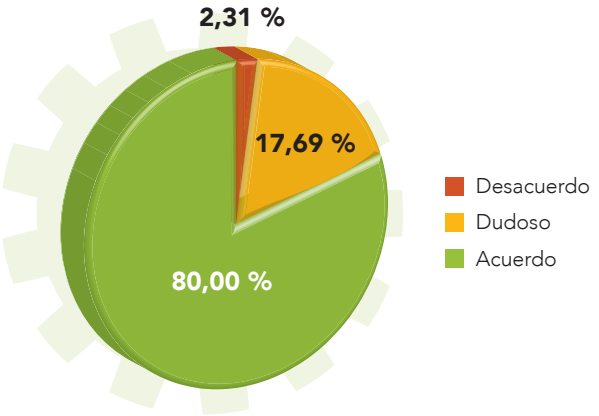
De acuerdo con las respuestas obtenidas, el panel de neurólogos participantes otorga un valor medio de 7,4 (DE: 1,56) al Miniexamen Cognoscitivo de Lobo, siendo la mediana de 8 y el rango intercuartílico de 2.

Ocho de cada diez participantes (80 %) sitúa al valor del Test de Lobo en el segmento de utilidad alta.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Utilidad baja (respuestas 1, 2 y 3)	3	2,31
Utilidad media (respuestas 4, 5 y 6)	23	17,69
Utilidad alta (respuestas 7, 8 y 9)	104	80
Total	**130**	**100**

Por tanto, hay consenso en la consideración de esta prueba de utilidad alta, ya que la mediana se encuentra dentro del grupo con más de dos terceras partes de las respuestas de los participantes.

MMSE, Mini Mental State Examination (Folstein). Versión (MMSE-35 puntos). Miniexamen Cognoscitivo (MEC, Lobo)



2.7 Mini Cog (Borson)

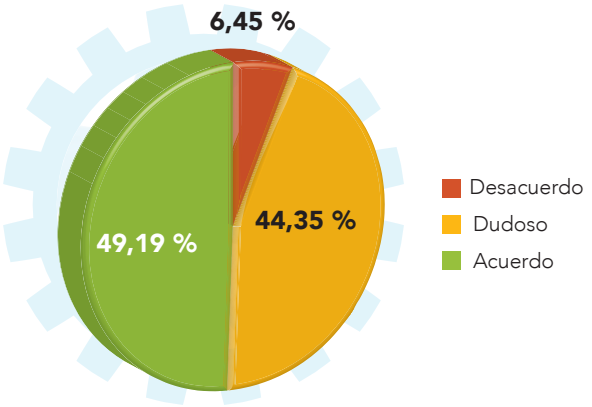
En este caso, los estadísticos descriptivos muestran los siguientes valores: media de 6,2 (DE: 1,64), mediana de 6 y rango intercuartílico de 2.

La distribución de frecuencias demuestra que el segmento de participantes que considera el test de utilidad alto es mayoritario, pero solo llega a la mitad (49,2 %), y el valor de la mediana cae en el segmento de utilidad media, que está aún más alejado del 50 % (44,3 %).

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Utilidad baja (respuestas 1, 2 y 3)	8	6,45
Utilidad media (respuestas 4, 5 y 6)	55	44,35
Utilidad alta (respuestas 7, 8 y 9)	61	49,19
Total	**124**	**100**

Por tanto, no hay consenso en el grado de utilidad que se otorga al Mini Cog, aunque la mayoría considera que es de utilidad alta.

Mini Cog (Borson)



2.8 MoCA, Montreal Cognitive Assessment (Nassreddine)

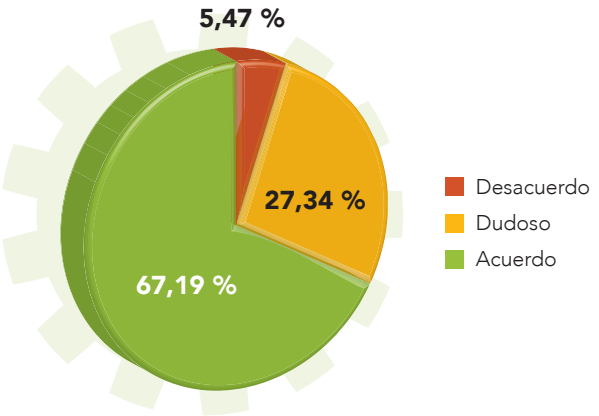
Los estadísticos descriptivos de los participantes que han contestado a la pregunta muestran un valor de la media de 6,9 (DE: 1,70) y de la mediana de 7, con un rango intercuartílico de 2.

Las valoraciones de 2 de cada 3 participantes (67,2 %) se encuentran en el segmento de 7-9, que define la utilidad alta del test MoCa.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Utilidad baja (respuestas 1, 2 y 3)	7	5,47
Utilidad media (respuestas 4, 5 y 6)	35	27,34
Utilidad alta (respuestas 7, 8 y 9)	86	67,19
Total	**128**	**100**

Por tanto, de acuerdo con los datos anteriores, puede decirse que, aunque al límite, hay consenso en considerar la utilidad alta de este test.

MoCA, Montreal Cognitive Assessment (Nassreddine)



La siguiente batería de cuestiones tiene por objetivo central el Mini Mental State Examination.

2.9 Consideración del Mini Mental State Examination como test estándar para la evaluación de la alteración cognitiva y la demencia

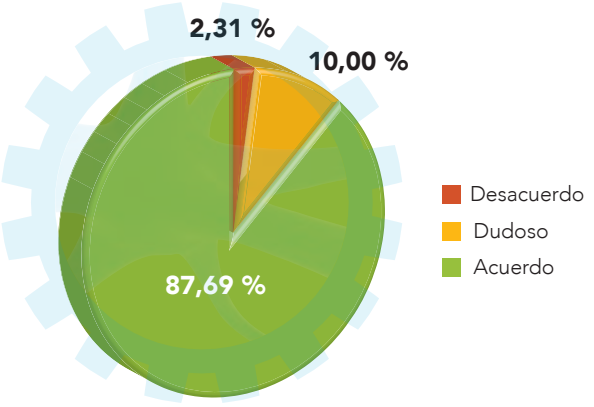
"Planteamiento: El test estándar para la evaluación rápida de la alteración cognitiva y la demencia es, en la actualidad, el Mini Mental State Examination, de Folstein et al. Debe administrarse en versión validada al español teniendo en cuenta el punto de corte y las normas de corrección por edad y nivel de escolaridad. ¿En qué medida está de acuerdo con este planteamiento?".

Los estadísticos descriptivos indican un valor de la media de 7,8 (DE: 1,42), un valor de la mediana de 8 y un RIC de 2.

La distribución de frecuencias agrupadas pone de manifiesto que prácticamente nueve de cada diez expertos participantes (87,7 %) está de acuerdo en utilizar el Mini Mental State Examination en versión validada al español, teniendo en cuenta el punto de corte y las normas de corrección por edad y nivel de escolaridad como método estándar para la evaluación rápida de la alteración cognitiva y la demencia.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	3	2,31
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	13	10,00
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	114	87,69
Total	**130**	**100**

De acuerdo con los datos anteriores, puede afirmarse que hay consenso en el planteamiento propuesto.



2.10 Test del Informador como complemento del MMSE/MEC

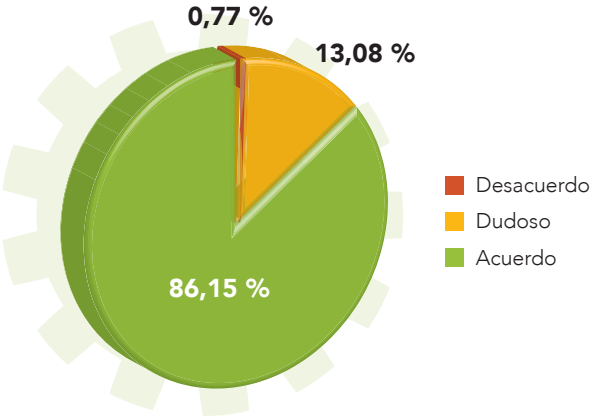
"Planteamiento: Es aconsejable que el Mini Mental State Examination/ Miniexamen Cognoscitivo se complemente con el Test del Informador. ¿En qué medida está de acuerdo con este planteamiento?".

Los valores de los principales estadísticos descriptivos son muy similares a los del caso anterior: media de 7,9 (DE: 1,21), mediana de 8 y rango intercuartílico de 2.

La distribución de frecuencias muestra que el segmento de participantes que han respondido entre 7 y 9 es de ocho-nueve de cada diez (algo más del 86 %).

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desacuerdo (respuestas 1, 2 y 3)	1	0,77
Dudoso (respuestas 4, 5 y 6)	17	13,08
Acuerdo (respuestas 7, 8 y 9)	112	86,15
Total	**130**	**100**

Por tanto, hay consenso en considerar aconsejable que el Mini Mental State Examination/Minixamen Cognoscitivo se complemente con el Test del Informador.



2.11 Limitación del MMSE/MEC (I)

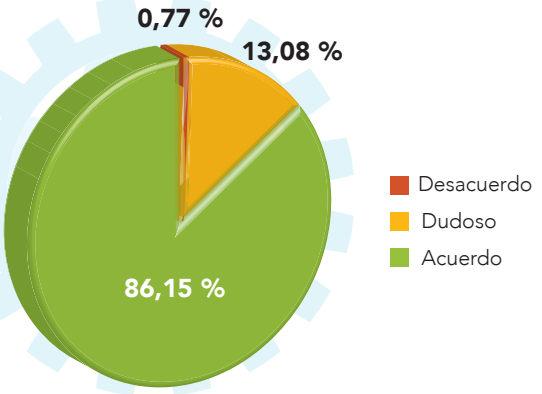
"Planteamiento: ¿Qué grado de importancia le da a la siguiente limitación del Mini Mental State Examination/Miniexamen Cognoscitivo: Efecto 'techo' (mayor edad, bajo nivel educativo) y 'suelo' (demencias establecidas o avanzadas)?".

Los estadísticos descriptivos muestran un valor de la media de 7,8 (DE: 1,26) y un valor de la mediana de 8 con un rango intercuartílico de 2.

Por su parte, la distribución de frecuencias indica que el segmento de participantes que han valorado como mucha importancia (7-9) suma más del 86 % del total.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Poca (respuestas 1, 2 y 3)	1	0,77
Regular (respuestas 4, 5 y 6)	17	13,08
Mucha (respuestas 7, 8 y 9)	112	86,15
Total	**130**	**100**

Así, pues, hay consenso en considerar que los efectos "techo" (mayor edad, bajo nivel educativo) y "suelo" (demencias establecidas o avanzadas) como limitación del Mini Mental State Examination tienen mucha importancia.



2.12 Limitación del MMSE/MEC (II)

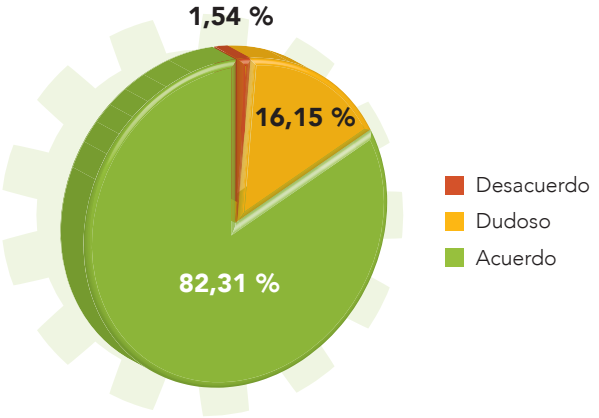
"Planteamiento: ¿Qué grado de importancia le da a la siguiente limitación del Mini Mental State Examination/Miniexamen Cognoscitivo: Relativamente bajo rendimiento en el cribado del deterioro cognitivo leve?".

Los estadísticos descriptivos muestran un valor de la media de 7,4 (DE: 1,34), un valor de la mediana de 8 y un rango intercuartílico de 1.

La distribución de frecuencias señala que, para más del 82 % de los participantes, esta limitación del Mini Mental State Examination/Miniexamen Cognoscitivo tiene mucha importancia.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Poca (respuestas 1, 2 y 3)	2	1,54
Regular (respuestas 4, 5 y 6)	21	16,15
Mucha (respuestas 7, 8 y 9)	107	82,31
Total	**130**	**100**

Los datos anteriores sugieren que hay consenso al considerar que el relativamente bajo rendimiento en el cribado del deterioro cognitivo leve es una limitación muy significativa.



Resumen de cuestiones específicas

Existe consenso amplio en considerar de "alta utilidad" el Mini Mental State Examination tanto en la versión de 30 puntos (NORMACODEM) como en la versión adaptada de 35 puntos del Miniexamen Cognoscitivo. Asimismo, existe un amplio consenso en la alta utilidad del Test del reloj, de Freedman, y también, aunque más limitado, del MoCA. En el resto de pruebas no existe consenso, si bien el grupo mayoritario (en torno siempre a la mitad de los participantes) considera que también son de alta utilidad.

En cuanto al Mini Mental State Examination/Miniexamen Cognoscitivo, existe un amplio consenso en utilizar la versión validada al español teniendo en cuenta el punto de corte y las normas de corrección por edad y nivel de escolaridad como método estándar para la evaluación rápida de la alteración cognitiva y la demencia, si bien es aconsejable que se complemente con el Test del Informador. No obstante, se consideran importantes las limitaciones del Mini Mental State Examination en lo relativo a los efectos "techo" (mayor edad, bajo nivel educativo) y "suelo" (demencias establecidas o avanzadas), así como a su bajo rendimiento en el deterioro cognitivo leve.

Resumen general y conclusiones

El presente estudio se ha planteado como una investigación sociosanitaria de carácter cualitativo fundamentada en una variante de la Metodología Delphi y dentro de las actuaciones del Programa VADEC.

En dicho estudio ha participado un panel de 130 neurólogos expertos en la atención al paciente con deterioro cognitivo, los cuales han contestado a un cuestionario estructurado en dos partes: la primera de ellas con cuestiones de carácter general (22 ítems en total), y la segunda con cuestiones específicas relativas a los test de evaluación más ampliamente utilizados haciendo hincapié en una serie de aspectos relativos al Mini Mental State Examination (12 ítems en total).

Los neurólogos participantes (tres de cada cuatro casos varones, con una media de edad de 48 años y una experiencia profesional en torno a los 21 años) se ubican fundamentalmente en el medio urbano y ejercen su actividad profesional en la sanidad pública; sobre todo, en un centro hospitalario. Aseguran atender una media de 22 pacientes diarios, de los cuales siete presentan deterioro cognitivo y de los que algo más de una cuarta parte han sido diagnosticados en el último año. En la mayoría de los casos, se trata de un deterioro cognitivo leve o moderado.

Existe consenso, aunque en diferentes grados, en la mayoría de las cuestiones generales planteadas incluyendo los Criterios Petersen para definir el deterioro cognitivo leve. Las cuestiones que no han sido consensuadas, aunque el segmento de los participantes que mostraban acuerdo era el mayor, son las siguientes: adoptar el criterio de Dubois et al. de no mantener el deterioro cognitivo leve como paso previo a la enfermedad de Alzheimer frente al criterio anterior de Petersen et al., que sí lo mantienen; sustituir el término "deterioro cognitivo leve" (DSM-IV) por "trastorno neurocognitivo menor" (DSM-V) y "demencia" (DSM-IV) por "trastorno cognitivo mayor" (DSM-V); aplicar los nuevos criterios recogidos por el DSM-V frente a los del DSM-IV para el diagnóstico de demencia y dar preferencia a la aplicación de dichos nuevos criterios del DSM-V frente a los de la Sociedad Española de Neurología.

En relación con las cuestiones específicas, existe consenso en considerar de "alta utilidad" el Mini Mental State Examination en sus dos versiones más conocidas (30 y 35 puntos), validadas a la realidad española, y complementado con el Test del Informador, aunque se reconocen sus limitaciones. Asimismo, existe un amplio consenso en la alta utilidad del Test del reloj, de Freedman, y del MoCA. En el resto de pruebas no existe ese consenso, si bien el grupo mayoritario (en torno siempre a la mitad de los participantes) considera que también son de alta utilidad.

A la luz de los resultados obtenidos, el presente estudio abre el camino para abordar de manera cuantitativa los aspectos específicos contemplados en el estudio y, de forma cualitativa o cuantitativa, otras cuestiones importantes de la práctica neurológica diaria relacionadas no solo con el diagnóstico, sino también con la atención integral al paciente con deterioro cognitivo.

Por otra parte, pone de manifiesto la necesidad de una mayor información y formación activas a los profesionales sanitarios –especialmente, en lo relativo al DSM-V–, la conveniencia de la realización de una "guía de guías" o "guía de recomendaciones prácticas" que armonice criterios en relación con el deterioro cognitivo en general, y el deterioro cognitivo leve en particular, y la mejora y perfeccionamiento de los test más frecuentemente utilizados en la actualidad.

Bibliografía recomendada

- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed, Text revision) DSM-IV-TR. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
- Del Ser T. La fase preclínica de la enfermedad de Alzheimer. En: Martínez Lage JM, Hachinski V (editores). Envejecimiento cerebral y enfermedad. Madrid: Editorial Tricastela; 2001:143-56.
- Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L et al. Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2001;56:1154-66.
- Dubois B, Feldman HH, Jacova C, DeKosky ST, Barberger- Gateau P, Cummings J et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. Lancet Neurol. 2007;6:734-46.
- Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cogntive state of patients for the clinicians. Journal Psychiatry Research 1975; 12: 189-98.
- González F, Buonanotte F, Cáceres MM. Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. Neurol Arg. 2015;7(1):51-8.
- Isidro Carretero V, Mendoza, C. Intervención desde el área de neuropsicología. En: Fundación Reina Sofía. Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer. Pricewaterhouse Coopers; 2012:8-25.
- Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, Chui H, Corey-Bloom J, Relkin N, et al. Practice parameter diagnosis of dementia (an evidence based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2001;56:1143-53.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental State Examination) en la población general geriátrica. Med Clin (Barc). 1999;112:767-74.
- López J, Agüera LF. Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. Psicogeriatría. 2015;5(1):3-14.
- McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR Jr, Kawas CH et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute of Aging and the Alzheimer's Association workgroup. Alzheimer's Dement. 2011;7:263-9.
- Menéndez M, García L, Antón C, Calatayud MT, Gónzalez S, Blazquez M. Pérdida de memoria como motivo de consulta. Neurología 2005; 20: 390-4.

- Montenegro M, Montejo P, ClaverMartín MD, Reinoso AI, De AndrésMontes ME, García-Marín A, et al. Relación de las quejas de memoria con el rendimiento de memoria, el estado de ánimo y variables sociodemográficas en adultos jóvenes. Rev Neurol 2013; 57: 396-404.
- Olivera J, Pelegrín C. Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo leve. Barcelona: P. Permanyer; 2013.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª ed. (CIE-10). Geneva: WHO; 1992.
- Petersen RC, Dolly R, Kurtz A, Mohs RC, Morris JC, Rabins PV. Current Concepts in Mild Cognitive Impaiment. Archives of Neurology 2011; 58: 1985-92.
- Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol. 1999;56:303-8.
- Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter. Early detection of dementia. Mild Cognitive Impairment (in evidence-based review). Report of the Quality Standars Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2001;56:1133-42.
- Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs RC, Morris JC, Rabins PV et al. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol. 2001;58:1985-92.
- Roberts JS, Karlawish JH, Uhlmann WR, Petersen RC, Green RC. Mild cognitive impairment in clinical care: a survey of American Academy of Neurology members. Neurology. 2010;75(5):425-31.
- Robles A, Del Ser T, Alom J, Peña-Casanova J y Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Neurología. 2002;17:17-32.
- Rosselli M, Ardilla A. Deterioro Cognitivo Leve. Definición y Clasificación. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias. 2012;12(1):151-62.
- Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, Bennett DA, Craft S, Fagan AM, et al. Towards defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute of Aging and the Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimer's Dement. 2011;7:280-92.
- Trachtenberg DI, Trojanowski JQ. Dementia: a word to be forgotten. Arch Neurol. 2008;65 (5):593-5.
- Viñuela F, Olazarán J. Criterios para el diagnóstico del síndrome de demencia. En: Molinuevo JL, Peña-Casanova J. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones. Sociedad Española de Neurología. Barcelona: Thomson Reuters; 2009.
- Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic V, Fratiglioni L, Wahlund LO et al. Mild cognitive impairment-beyond controversies, toward a consensus: a report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. J Intern Med. 2004;256:240-6.

PROGRAMA VADEC

Valoración deterioro cognitivo y mejora del diagnóstico del paciente

Patrocina

ferrer

SOMAZINA-11/17