

"EVALUACION COGNITIVA EN LA CLINICA DE LA MEMORIA DE AMI" (Asistencia Médica Integral- Hospital El Cruce) Solis P; Medel N; Liso J; Sevillano Z; Kochen S

Introducción: El envejecimiento de la población es un fenómeno cuya importancia se reconoce ahora en todos los niveles debido a sus repercusiones económicas y sociales. Uno de los campos en los que el envejecimiento afecta con mayor trascendencia es el de la salud. Entre los problemas de salud más prevalentes en las poblaciones mayores está el deterioro cognitivo. En 2016 comenzamos un trabajo de asistencia e investigación en un centro de atención médica integral de salud ambulatoria (AMI) que brinda consultas de especialidades médicas, con el objetivo de promover un modelo de atención que mejore la calidad de vida de la población del área, dependiente de PAMI. El AMI recibe a los pacientes referidos por los médicos de la red PAMI de la región de F. Varela. En esta primera etapa cubre una población de aproximadamente 13,000 pacientes ambulatorios. En esta región hay una escasez de especialistas en neurociencias, y esta situación causa graves consecuencias en la población de pacientes y sus familiares, así como en los médicos de cabecera que no cuentan con el apoyo necesario para establecer un diagnóstico preciso. También afecta el sistema PAMI, la falta de información adecuada tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, genera mayores costos indirectos y directos. Otro aspecto importante es que la población que asiste a AMI presenta barreras significativas debido a la pobreza, a las condiciones culturales y socioeconómicas. Como parte de AMI, nuestro Centro de Neurociencia, creó un área de Neurología y, en su caso, una Clínica de la Memoria (CM).

Objetivo: realizar un diagnóstico precoz del estado cognitivo y definir la mejor estrategia terapéutica de los pacientes remitidos a la CM. Se desarrolló en la primera etapa, un algoritmo de diagnóstico que abarca desde la evaluación clínica hasta las características socio-epidemiológicas de la población. Hemos comenzado con un plan de educación para los médicos de cabecera y los cuidadores.

Material y Métodos. Se realizó un estudio longitudinal prospectivo de enero de 2016 a enero de 2018. Se incluyeron pacientes ambulatorios de ambos sexos en el CM. Se excluyeron los pacientes cuyos datos estaban incompletos y los pacientes menores de 60 años. En un primer paso se realiza una consulta de orientación, a cargo de los neuropsicólogos del grupo. Después de una breve entrevista, si se confirma la queja de falla cognitiva, en base a los datos recopilados del paciente y los familiares o cuidadores, se hace la referencia a la CM. Los pacientes con deterioro cognitivo grave y dependencia funcional fueron remitidos a Neurología para completar el diagnóstico, proponer una estrategia terapéutica. Una vez que el paciente ingresa al CM, se aplica el algoritmo de diagnóstico: el neurólogo especializado en neurología cognitiva, hace una historia clínica; los neuropsicólogos realizan una evaluación cognitiva y socioambiental. Protocolo de evaluación cognitiva. Consideramos los siguientes valores de corte ajustados por edad y educación de cada una de las pruebas: - Mini examen del estado mental de Folstein (MMSE). Versión original de Folstein et al., 1975; versión en español de Allegri et al., 1999, Butman et al., 2001. Valores de orientación (espacial y temporal), memoria (fijación y recuerdo), atención, lenguaje (denominación, comprensión, repetición y lectura y escritura) y visuoespacialidad. Puntuación: Edad 66 - 75 años: Educación menor de 5 años: 24; Educación de 5 a 7 años: 26; Educación de 8 a ≤ 12 años: 27. Edad mayor de 75 años: Educación menor de 5 años: 22; Educación de 5 a 7 años: 25; Educación de 8 a 12 años: 26; más de 12 años: 26. - Examen cognitivo de Addembroocke Cognitive Examination-Revisado (ACE-R) Torralva, Roca et al, 2011 que evalúa seis dominios cognitivos: orientación, atención, memoria, fluidez verbal, lenguaje y visoespacialidad. - Puntuación de clasificación clínica de demencia (CDR) Considera una escala funcional. Puntaje de severidad: 0 = normal; 0,5 = dudoso; 1 = demencia leve; 2 = demencia moderada; 3 = demencia severa.

Conclusiones. Hemos analizado a los pacientes que fueron referidos a Neurología por sus médicos de cabecera, debido a una queja cognitiva del paciente o su familia. Ninguno de los pacientes que acudieron a la consulta había sido evaluado con pruebas neuropsicológicas mínimas. La mayoría de los pacientes fueron mujeres y tenían educación escolar mínima. Más de la mitad de los pacientes con diagnóstico probable de demencia no recibieron ningún tipo de tratamiento farmacológico. La mitad de los pacientes remitidos a la CM presentaron un diagnóstico compatible con demencia según la evaluación cognitiva. La mayoría de estos pacientes tenían autonomía funcional. Proponemos que es debido al apoyo familiar recibido y el nivel de integración en la vida de la comunidad. Proponemos desarrollar programas de educación para médicos de cabecera y todo el personal de salud. Es esencial educar a los médicos de cabecera con criterios de diagnóstico simples y precisos.

Resultados. Se analizaron los resultados de 366 pacientes mayores o iguales a 60 años que asistieron a la CM. El 78% son mujeres y el 22% son hombres. La edad promedio en mujeres fue de 70.6 años (DE 7, 5) y en hombres fue de 71.5 (DS 6, 6).

Escolaridad (años)	0 a 3	4 a 5	6 a 7	8 a 12	Univ.
%	29,5	14,10	39,7	15,13	1,1

	independiente	dependiente
Demencia ACE-R	93%	6,6%
Demencia MMSE	70%	29%

	RMN anormal	RMN normal
Demencia MMSE	91,5%	8,5%
Normal MMSE	82,3%	9,9%

	RMN anormal	RMN normal
Demencia ACE-R	93,3%	6,7%
Normal ACE-R	80,1%	9,9%

RMN anormal	%
Atrofia focal	11%
Atrofia global	7,7%
Lacunares	26%
Lesion sust. blanca	8,4%
Pat. degenerativa	16%
Pat. Vasculare	31,2%
Pat. Mixta	5,4%

	Demencia MMSE/ACE-R	Normal MMSE/ACE-R
Sin tto. neurológico	64%	67%
Agentes Anticoolest.	18,8%	15%
Memantine	4%	2,1%
Vasodilatadores	6,9%	8,6%