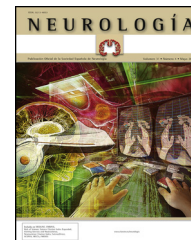




SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE NEUROLOGÍA

NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



ORIGINAL

Prevalencia y concordancia entre diagnóstico clínico y anatomopatológico de demencia en una clínica psicogeriatrica

B. Grandal Leiros^{a,*}, L.I. Pérez Méndez^b, M.V. Zelaya Huerta^c, L. Moreno Eguinoa^d,
F. García-Bragado^e, T. Tuñón Álvarez^e y J.J. Roldán Larreta^d

^a Servicio de Geriátria, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Unidad de Investigación, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

^c Navarrabiomed Fundación Miguel Servet, Complejo Hospitalario de Navarra Osasunbidea, Pamplona, España

^d Clínica Psicogeriatrica Josefina Arregui, Alsasua, Navarra, España

^e Departamento de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Navarra Osasunbidea, Pamplona, España

Recibido el 8 de marzo de 2016; aceptado el 16 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE

Prevalencia de demencia;
Fiabilidad diagnóstica en demencia;
Enfermedad de Alzheimer;
Enfermedad cerebrovascular;
Diagnóstico post-mortem;
Comorbilidad cerebral

Resumen

Introducción: Describir los tipos de demencia en una serie de pacientes valorados en una clínica psicogeriatrica y estimar el grado de acuerdo entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico.

Material y métodos: Realizamos un análisis descriptivo de la prevalencia de los tipos de demencia entre los pacientes valorados en nuestro centro y establecemos el grado de concordancia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico. Los diagnósticos se establecieron en función de los criterios diagnósticos vigentes en cada momento.

Resultados: Ciento catorce casos cumplieron los criterios de inclusión. Los diagnósticos más frecuentes tanto a nivel clínico como anatomopatológico fueron enfermedad de Alzheimer y demencia mixta, pero la prevalencia se invirtió pasando de un 39% y 18% a nivel clínico a un 22% y 34% a nivel anatomopatológico respectivamente. La concordancia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico fue de un 62% (IC 95%: 53-72%).

Conclusiones: Casi un tercio de nuestros pacientes no tenía un diagnóstico certero en vida, fundamentalmente a expensas del infradiagnóstico a nivel clínico de la enfermedad cerebrovascular.

© 2016 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beatrizgrandal@hotmail.com (B. Grandal Leiros).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.04.011>

0213-4853/© 2016 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Dementia prevalence;
Dementia diagnosis
accuracy;
Alzheimer's disease;
Cerebrovascular
disease;
Post-mortem
diagnosis;
Mixed brain
pathologies

Prevalence and concordance between the clinical and the post-mortem diagnosis of dementia in a psychogeriatric clinic

Abstract

Introduction: The aim of our study is to describe the types of dementia found in a series of patients and to estimate the level of agreement between the clinical diagnosis and post-mortem diagnosis.

Material and Methods: We conducted a descriptive analysis of the prevalence of the types of dementia found in our series and we established the level of concordance between the clinical and the post-mortem diagnoses. The diagnosis was made based on current diagnostic criteria.

Results: 114 cases were included. The most common clinical diagnoses both at a clinical and autopsy level were Alzheimer disease and mixed dementia but the prevalence was quite different. While at a clinical level, prevalence was 39% for Alzheimer disease and 18% for mixed dementia, in the autopsy level, prevalence was 22% and 34%, respectively. The agreement between the clinical and the autopsy diagnoses was 62% (95% CI 53-72%).

Conclusions: Almost a third of our patients were not correctly diagnosed in vivo. The most common mistake was the underdiagnosis of cerebrovascular pathology.

© 2016 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las demencias tienen graves consecuencias sobre los pacientes y sus familias en particular, y sobre el sistema sanitario y la economía de cada país en general.

La enfermedad de Alzheimer (EA) ha sido considerada la causa más frecuente de demencia en los países occidentales. Sin embargo, recientes estudios indican que la demencia vascular (DV), sola o asociada a la EA, puede ser al menos tan frecuente^{1,2}.

En la práctica diaria el diagnóstico de demencia se basa en los hallazgos clínicos y no en la anatomía patológica (AP). Es frecuente que los hallazgos de AP sean mucho más heterogéneos de lo que se podría suponer. Casi el 46% de los cerebros de una muestra de personas con diagnóstico clínico de EA evidenciaban la presencia de varias entidades patológicas, aunque una predominase claramente sobre la otra³.

En este artículo mostramos la distribución de tipos de demencia entre pacientes de nuestro centro a los que se les solicitó y accedieron a la donación del tejido neurológico. Evaluamos también la concordancia entre el diagnóstico clínico y el AP y discutimos las similitudes y diferencias entre nuestros datos y los de otros estudios.

Material y métodos

Sujetos del estudio y evaluación clínica

Los cerebros analizados procedían de 114 pacientes valorados en nuestro centro, diagnosticados de demencia o deterioro cognitivo leve (DCL), y que tras ser consultados, ellos o sus familias, habían accedido a la donación. Se les informó del procedimiento, de su finalidad y de las posibles

implicaciones, y cumplieron el formulario de consentimiento informado vigente.

En la base de datos incluimos: sexo, antecedentes familiares de demencia, edad al inicio de los síntomas, al diagnóstico y al exitus, diagnóstico inicial, final y AP y pruebas complementarias realizadas (exploración neuropsicológica [ENP], puntuación del mini-examen cognoscitivo⁴ [MEC], tomografía axial computarizada craneal [TAC], resonancia magnética nuclear cerebral [RMN], tomografía computarizada de emisión monofotónica y electroencefalograma).

Como diagnóstico inicial se consideró el realizado tras la primera valoración, fuera o no en nuestro centro, y el diagnóstico final fue el que establecimos tras nuestra valoración y seguimiento. Se estableció el diagnóstico de demencia en función de los criterios DSM-IV⁵. Para determinar el tipo de demencia se usaron los criterios NINCDS-ADRA para el diagnóstico de posible y probable EA⁶. Los criterios NINDS también se usaron para el diagnóstico de DV y EA con DV. Las otras demencias se diagnosticaron en función de los criterios habituales vigentes en cada momento. El diagnóstico de DCL se basó en los criterios de Petersen⁷.

Establecimos que existía concordancia entre diagnóstico clínico y el AP no solo cuando ambos coincidían, sino también cuando, aunque existiesen hallazgos AP de diferentes enfermedades, una predominaba claramente sobre las demás y el diagnóstico clínico era el acertado en función de los datos clínicos y las exploraciones complementarias disponibles. No considerábamos que existiese concordancia cuando el diagnóstico final y el AP no coincidían, o cuando no se había investigado o considerado la comorbilidad vascular cerebral en el diagnóstico clínico final, y sin embargo sí existía en el AP.

En referencia al DCL consideramos que existía concordancia cuando los hallazgos en la AP no presentaban la entidad

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8689172>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8689172>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)