



ORIGINAL

Anosognosia en la enfermedad de Alzheimer: prevalencia, factores asociados e influencia en la evolución de la enfermedad[☆]



A. Castrillo Sanz^a, M. Andrés Calvo^b, I. Repiso Gento^c, E. Izquierdo Delgado^b, R. Gutiérrez Ríos^d, R. Rodríguez Herrero^e, F. Rodríguez Sanz^a y M.A. Tola-Arribas^{f,*}

^a Sección de Neurología, Complejo Hospitalario de Segovia, Segovia, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, Valladolid, España

^c Medicina de Familia, Centro de Salud Valladolid-Rural 1, Área Oeste de Valladolid, Valladolid, España

^d Sección de Neurología, Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España

^e Sección de Geriatria, Complejo Hospitalario de Segovia, Segovia, España

^f Sección de Neurología, Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, Valladolid, España

Recibido el 23 de octubre de 2014; aceptado el 5 de marzo de 2015

Accesible en línea el 12 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Demencia;
Enfermedad de Alzheimer;
Anosognosia;
Prevalencia;
Estudio prospectivo

Resumen

Introducción: La anosognosia es frecuente en la enfermedad de Alzheimer (EA). El objetivo fue describir su prevalencia en el momento del diagnóstico y analizar los factores predisponentes y su influencia en la evolución posterior de la EA.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico, prospectivo, analítico, realizado en consultas de neurología general. Se incluyó a pacientes recién diagnosticados de EA (criterios NINCDS-ADRDA). Se realizaron 2 evaluaciones —cognitivas, funcionales y neuropsiquiátricas—, con un intervalo de 18 meses. Se empleó la Clinical Insight Rating scale como medida de anosognosia (CIR, rango 0-8). El criterio de progresión fue un incremento en la Clinical Dementia Rating-sum of boxes mayor a 2,5 puntos. Las variables predictoras se analizaron mediante regresión logística.

Resultados: Se incluyó a 127 pacientes, 94 completaron las 2 evaluaciones. El 31,5% mostraba anosognosia grave (CIR 7-8), el 39,4% conciencia alterada (CIR 3-6) y el 29,1% conciencia normal (CIR 0-2). La mediana del CIR basal en la cohorte fue 4 (Q₁-Q₃: 1-7) y a los 18 meses 6 (Q₁-Q₃: 3-8); $p < 0,001$. La edad avanzada (*odds ratio* [OR] 2,43; IC del 95%, 1,14-5,19), menor escolaridad (OR 2,15; IC del 95%, 1,01-4,58) y mayor afectación neuropsiquiátrica (OR 2,66; IC del 95%, 1,23-5,74) fueron variables predictoras de anosognosia. El CIR basal fue similar en los grupos con y sin progresión clínica significativa.

[☆] Este trabajo fue presentado de forma parcial en sendas comunicaciones orales en la LXV Reunión Anual de la SEN en Barcelona en 2013 y la LXVI Reunión Anual de la SEN en Valencia en 2014.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mtola.nrl@gmail.com (M.A. Tola-Arribas).

Conclusiones: La gran mayoría de los pacientes con EA en el momento del diagnóstico muestran un grado significativo de anosognosia que se asocia a mayor edad, menor escolaridad y mayor afectación conductual. No se demostró influencia de la anosognosia sobre la evolución inicial de la EA tras el diagnóstico.

© 2014 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Dementia;
Alzheimer disease;
Anosognosia;
Prevalence;
Prospective study

Anosognosia in Alzheimer disease: Prevalence, associated factors, and influence on disease progression

Abstract

Introduction: Anosognosia is a frequent symptom in Alzheimer disease (AD). The objective of this article is to describe prevalence of this condition at time of diagnosis and analyse any predisposing factors and their influence on disease progression.

Methods: Observational, prospective, and analytical multi-centre study in an outpatient setting. Patients recently diagnosed with AD (NINCDS-ADRDA criteria) were included. Each patient underwent two cognitive, functional, and neuropsychiatric assessments separated by an interval of 18 months. The Clinical Insight Rating Scale was employed as a measure of anosognosia (CIR, scored 0-8). Progression was defined as an increase in the Clinical Dementia Rating Scale-sum of boxes of more than 2.5 points. The predictor variables were analysed using binary logistic regression.

Results: The study included 127 patients, and 94 completed both assessments. Of the total, 31.5% displayed severe anosognosia (CIR 7-8); 39.4%, altered level of consciousness (CIR 3-6); and 29.1%, normal awareness (CIR 0-2). The median baseline CIR in this cohort was 4 (Q₁-Q₃: 1-7), and at 18 months, 6 (Q₁-Q₃: 3-8), $P < .001$. Advanced age (odds ratio (OR) 2.43; CI 95%:1.14-5.19), lower educational level (OR 2.15; CI 95%:1.01-4.58), and more marked neuropsychiatric symptoms (OR 2.66; CI 95%:1.23-5.74) were predictor variables of anosognosia. Baseline CIR was similar in the groups with and without significant clinical progression.

Conclusions: The large majority of patients with AD at the time of diagnosis showed significant anosognosia, and this condition was associated with advanced age, lower educational level, and more marked behavioural symptoms. Our results did not show that anosognosia had an effect on the initial clinical progression of AD after diagnosis.

© 2014 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La anosognosia se define como la incapacidad para reconocer no solo la presencia de déficits característicos de una enfermedad –cognitivos, motores, sensoriales o afectivos– sino también su magnitud, su progresión y las limitaciones que producen en la vida diaria¹. Es común en el curso de infartos hemisféricos derechos, donde fue descrita en 1914 por Babinski. Constituye un síntoma muy habitual en la enfermedad de Alzheimer (EA), incluso en fases precoces, aunque también es frecuente en otros procesos, como la demencia frontotemporal o la esquizofrenia². La anosognosia no tiene un correlato anatómico o bioquímico específico por tratarse de un fenómeno complejo, multidimensional, no unitario en su naturaleza ni en su intensidad. Estudios recientes con SPECT de perfusión y RM funcional sugieren que se asocia a afectación del córtex prefrontal dorsolateral derecho³, el *gyrus* frontal inferior derecho⁴, el córtex cingulado anterior y regiones parietotemporales del hemisferio derecho⁵. Las puntuaciones de los test neuropsicológicos que evalúan algunas de estas áreas, como los que exploran las funciones ejecutivas y las habilidades visuoespaciales, se

ven afectadas en mayor medida en pacientes que presentan este síntoma⁶.

La relevancia de la anosognosia en la EA procede de su elevada frecuencia y de sus consecuencias personales, familiares y sociosanitarias. La falta de conciencia de enfermedad se asocia a conductas de riesgo de los pacientes⁷ y con un aumento de la carga del cuidador^{8,9}. En la práctica, puede suponer un problema muy importante en la falta de adherencia a los tratamientos y para la realización de tareas esenciales, como la conducción de vehículos, el control de las finanzas o para otorgar un testamento.

Las investigaciones previas sobre la prevalencia de anosognosia en la EA proceden de estudios transversales de series clínicas o consultas de demencias. Diferencias conceptuales y la existencia de distintos instrumentos de medición son la causa de cifras dispares, entre el 5 y el 70%^{1,10,11}. En España, un estudio reciente de Turro-Garriga et al. mostró una prevalencia del 46,7%, que se incrementa hasta el 91% en demencia moderada-avanzada¹².

El estudio prospectivo DEMDIAG (Evaluación de la demencia tipo Alzheimer en el momento del diagnóstico) fue diseñado para evaluar distintas características clínicas,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3075623>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3075623>

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