



CO-019 - EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE TÉCNICAS DE SCREENING PARA EL DETERIORO COGNITIVO INCIPIENTE EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE DIABETES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Abad Martín^b, A. Rojano^b, M. Dos Santos Gil^a, A. Ciudin^{a,b}, C. Hernández^{a,b}, R. Simó^b y O. Simó-Servat^{a,b}

^aUnidad de Tecnologías en Diabetes, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. ^bGrupo de Investigación en Diabetes y Metabolismo, Instituto de Investigación Vall d'Hebron y CIBERDEM (ISCIII), Barcelona, España.

Resumen

Introducción: Los pacientes con diabetes tienen un mayor riesgo de presentar demencia. El deterioro cognitivo incipiente es el preludio de la demencia, y también es más prevalente en la población con diabetes tipo 2. Aunque algunas sociedades científicas recomiendan realizar un cribado de deterioro cognitivo en los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2), no existe un consenso sobre qué tipo de exploración debe realizarse. La evaluación neuropsicológica completa es inviable en la práctica diaria ya que necesita de personal especializado y consume mucho tiempo. Para evitar este problema se han propuesto cuestionarios más cortos y autoadministrables como el MoCA o el SAGE, pero pueden verse influenciados por factores emocionales o educacionales. Nuestro grupo ha sugerido la microperimetría como un método no invasivo y rápido para cribar los pacientes con deterioro cognitivo y diabetes.

Objetivos: Evaluar la sensibilidad y especificidad de MoCA, SAGE y microperimetría para el identificar la presencia de deterioro cognitivo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mayores de 65 años atendidos en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio casos y controles 1:1, donde se comparan 25 pacientes normocognitivos (controles) con 25 pacientes con deterioro cognitivo incipiente (casos) con DM2 equiparados por edad, sexo y tiempo de evolución de la diabetes. Todos los pacientes realizaron los cuestionarios SAGE, MoCA y se les practicó una microperimetría (sensibilidad y fijación de la mirada). Además, se les realizó una batería neuropsicológica completa para evaluar el estatus cognitivo. También se recogieron variables clínicas y cuestionarios de valoración funcional y de calidad de vida.

Resultados: No observamos diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a HbA_{1c}, IMC, necesidad de tratamiento con insulina y presencia de complicaciones de la diabetes, hipertensión y dislipemia. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre controles y casos en el resultado del MoCA (25,2 ± 2,9 vs. casos: 23,2 ± 3,14, p = 0,02), SAGE (17,16 ± 2,9 vs. 14,67 ± 3,9, p = 0,0135), y parámetros de fijación de la mirada (P1 84% [18-100] vs. 58,5% [5-100], p = 0,0034) pero no en la sensibilidad de la retina (27,2 dB ± 6,08 vs. 25,02 dB ± 13,95, p = 0,47). No encontramos diferencias en los cuestionarios de funcionalidad de Barthel, Lawton y tampoco en el

GDS15 (escala de depresión geriátrica). Cuando comparamos las curvas ROC, la fijación de la mirada evaluada mediante microperimetría fue la que mostró un mayor rendimiento (AUC: 0,75 [IC 0,62-0,88]; sensibilidad 71,43%, especificidad 60%) y al añadir el MoCA se incrementó el poder predictivo del modelo, consiguiendo una AUC de 0,81 (IC: 0,70-0,93; sensibilidad 75%, especificidad de 64%).

Conclusiones: El uso combinado del MoCA y la evaluación de fijación de la mirada mediante la microperimetría puede ser un buen método de cribado del deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años con DM2.