

20972. USO DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y BIOMARCADORES EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE O ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN ESPAÑA

Núñez Lozano, M.¹; Sánchez-Juan, P.²; Díaz Cerezo, S.¹; Vasileva Metodiev, S.¹; Botello Estrada, B.¹; Cotton, S.³; Walker, C.³; Ciudad, A.⁴

¹HO & RWE. Eli Lilly; ²Dirección Científica. Fundación CIEN. Instituto de Salud Carlos III; ³HO & RWE. Adelphi Real World; ⁴Departamento Médico. Eli Lilly.

Objetivos: Describir las herramientas y biomarcadores empleados en el diagnóstico del deterioro cognitivo leve (DCL) y la enfermedad de Alzheimer (EA) en España.

Material y métodos: Los datos proceden del Adelphi Real-World AD Disease Specific Programme, encuesta transversal de médicos de atención primaria (AP) y especializada con experiencia en el manejo de la EA, realizada en España entre enero y julio de 2023. Los análisis fueron descriptivos.

Resultados: 52 especialistas y 42 médicos de AP reportaron datos de 723 pacientes: [edad media 77,5 años (DE: 7,7); 54,1% mujeres]. La prueba Mini-Mental State Examination (MMSE) se realizó al inicio del diagnóstico en 501 pacientes: 10,4% DCL, 67,5% demencia leve, 20,0% moderada, y 2,2% grave. Las herramientas diagnósticas más utilizadas incluyeron una entrevista con el paciente o la familia (93,2%) y el MMSE (86,4%). Muy pocos pacientes recibieron pruebas de biomarcadores: líquido cefalorraquídeo (LCR), 12,4%; o tomografía por emisión de positrones (PET), 4,8%. Los desafíos asociados con el uso habitual de estos biomarcadores incluyeron, entre otros, los altos costes y su limitada disponibilidad. El 87,0% de los especialistas consideraron importante el uso de biomarcadores para el diagnóstico en etapas iniciales, y el 85,0% planea integrar pruebas de biomarcadores de la EA en sangre en la futura práctica clínica.

Conclusión: Aunque los especialistas reconocen la importancia que tendrán de las pruebas de biomarcadores para diagnosticar la EA en etapas iniciales de manera precisa, la evaluación clínica sigue siendo la práctica más común. Las pruebas de biomarcadores de precisión de la EA serían esenciales para mejorar el proceso diagnóstico.

20873. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LOS PATRONES DE SUEÑO-VIGILIA ENTRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO PRECOZ Y TARDÍO?

del Val Guardiola, A.; Mayà Casalprim, G.; Peña, M.; Gaig, C.; Bosch, B.; Pérez-Millán, A.; Fernández-Villullas, G.; Balasa, M.; Lladó Plarrumani, A.; Tort-Merino, A.; Muñoz-Moreno, E.; Iranzo, A.; Sánchez-Valle, R.; Falgàs Martínez, N.

Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Objetivos: Evaluar los patrones de sueño en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz (EAP, inicio < 65 años) y tardío (EAT) mediante actigrafía y cuantificar la degeneración de núcleos cerebrales reguladores del sueño (*locus coeruleus*, LC e hipotálamo, HT) en resonancia magnética (RM).

Material y métodos: Se incluyeron 58 participantes diagnosticados de EA mediante biomarcadores (19 EAP, 39 EAT) en fases iniciales (deterioro cognitivo leve (GDS3), demencia leve). Los participantes completaron el Pittsburgh Sleep Quality Inventory (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS), realizaron RM y fueron monitorizados durante dos semanas con el dispositivo Motion Watch8 (CamNTEch). Se analizaron patrones de sueño-vigilia y ritmo circadiano con el *software* MotionWare y se cuantificó el volumen de LC y HT.

Resultados: No hubo diferencias entre EAP y EAT en estado funcional (GDS3 55% y 54%, respectivamente), prescripción de fármacos del sueño (45 vs. 33%) ni cuestionarios (PSQI 6,9 ± 4,0 vs. 6,9 ± 4,0; ESS 5,3 ± 4,0 vs. 4,8 ± 3,0). Los patrones actigráficos mostraron una menor

eficiencia de sueño (%), 81 ± 6 vs. 85 ± 6, $p < 0,05$), menor tiempo dormido (min, 386 ± 65 vs. 426 ± 58 $p < 0,01$), mayor índice de fragmentación (%), 36 ± 11 vs. 31 ± 10, $p < 0,05$) y menor amplitud relativa (0,86 vs. 0,90, $p < 0,05$) en la EAP respecto a la EAT. El volumen de LC fue menor en EAP que EAT (mm³, 24,1 ± 2,8 vs. 30,3 ± 1,4), pero el de HT fue similar (mm³, 392,6 ± 9,6 vs. 379,2 ± 6,5).

Conclusión: La EAP tiene una mayor disrupción del sueño que la EAT en fases iniciales de la enfermedad a pesar del tratamiento farmacológico. Esta podría deberse a una degeneración diferencial de los núcleos de sueño-vigilia.

Conducta y demencias P3

20125. EQUIVALENCIA DE UNA NUEVA VERSIÓN (C) DE LA PRUEBA DE MEMORIA VISUAL ASOCIATIVA TMA-93

Franco Macías, E.; Hernández Mendoza, J.; García Roldán, E.; Luque Tirado, A.; Almodóvar Sierra, Á.; Herrera Pozo, A.; Marín Cabañas, M.; Bernal Sánchez-Arjona, M.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío.

Objetivos: La prueba de memoria visual asociativa (TMA-93) ha sido demostrada discriminativa para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer (EA) precoz en estudios utilizando biomarcadores. El objetivo fue demostrar la equivalencia de una nueva versión del test (C) respecto a la original (A).

Material y métodos: Estudio observacional, transversal. En una primera parte, se administró alternativamente la versión A o la versión C a participantes sin deterioro cognitivo (puntuación total Fototest > percentil 10), registrándose la edad, el género y la reserva cognitiva (RC). En una segunda parte, se administraron, en sesiones independientes, las versiones A y C a pacientes con sospecha de EA precoz y resultado de biomarcadores (PET amiloide, LCR) positivo o negativo. Análisis estadístico: variables cuantitativas expresadas en mediana/RIC/rango; comparaciones de grupos (U de Mann-Whitney; χ^2); concordancia cuantitativa: coeficiente de correlación intraclase (CCI).

Resultados: En participantes sin deterioro cognitivo, a 101 se les administró la versión A y a otros 101 la versión C. Ambos grupos fueron similares en edad (68/60-75/52-89 vs. 67/59-73/50-84, $p = 0,186$), género (% mujeres: 65,3% vs. 53,5%, $p = 0,086$), RC (10/5-12/1-21 vs. 7/4-12/1-23, $p = 0,079$), puntuación total en Fototest (37/35-42/27-61 vs. 40/35-45/25-62, $p = 0,213$) y puntuación total en TMA-93 (29/28-30/6-30 vs. 29/28-30/13-30; $p = 0,800$). En pacientes con sospecha de EA precoz, la concordancia entre versiones fue buena [$n = 61$; CCI = 0,86 (IC95%: 0,77-0,91), $p < 0,001$], resultando óptima en el grupo con biomarcadores positivos [$n = 25$; CCI = 0,91 (IC95%: 0,79-0,98), $p < 0,001$].

Conclusión: Una nueva versión (C) del test TMA-93 resultó equivalente a la original (A) y facilitará el uso de la prueba en estudios longitudinales.

21030. RELACIÓN ENTRE PATOLOGÍA NEURODEGENERATIVA MÚLTIPLE Y EL ESTADO COGNITIVO Y FUNCIONAL

Frades Payo, M.¹; Valeriano Lorenzo, E.¹; López Martínez, M.²; Rábano, A.²; Sánchez Juan, P.²; del Ser Quijano, T.²

¹Plataforma Clínica. Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía. Fundación CIEN. Instituto de Salud Carlos III; ²Biobanco. Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía. Fundación CIEN. Instituto de Salud Carlos III.

Objetivos: La coexistencia de varias patologías, como neurodegeneración tipo Alzheimer (AD), cuerpos de Lewy (LB), TDP-43 (LATE) y