

GIPUZKOAKO DEMENTZIAREN ETA NARRIADURA KOGNITIBO ARINAREN HASIERAKO FASEEI HELTZEA



Donostia-San Sebastian 2024 uztaila
AUBIXA FUNDAZIOA

AURREKARIAK

2018an Aubixa Fundazioak eta AFAGI Elkarteak definitutako Alzheimer Agendan, narriadura kognitibo arinaren (DCL) diagnostikoa eta abordatzea eta Gipuzkoako dementziaren hasierako faseak zeuden.

PROIEKTUA

2021ean, Aubixa Fundazioak honako helburu hau zuen proiektu bat garatzea proposatu zuen: osasun-sistemak narriadura kognitibo arina (NKA) eta dementzia identifikatzeko, diagnostikatzeko eta horien jarraipena egiteko egindako lanketa deskribatzea eta aztertzea.

Metodologia deskribatzaile misto kuantitatibo eta kualitatibo bat erabili zen Gipuzkoako ESletan NKA eta dementziarako indarrean dauden asistentzia-ibilbideak eta protokoloak biltzeko, ibilbide horiek aztertzeko eta narriadura kognitiboaren garapenaren fase honetan emandako arretan hobekuntza-eremu potentzialak identifikatzeko.

Profesionalen hurbilketa

Argitaratutako gidak eta protokoloak identifikatzeko eta aztertzeko hasierako lan bat egin zen.

Osakidetzaren eta Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren web orrietan eta gordailuetan eskuragarri dauden dementzia eta NKAK tratatzeko prozedura-dokumentuak berrikusi ziren.

Horretaz gain, dokumentu hauek berrikusi ziren::

- Gipuzkoako Foru Aldundiaren Unitate Psikogeriatricoak dokumentua.
- Osteba 2012 txostena: Alzheimer gaixotasunaren diagnostikoa EAEn.

Euskaditik kanpoko beste laguntza-eremu batzuetako gidak eta gomendioak ere baloratu ziren.

- Gaztela eta Leongo Juntako Eskualdeko Osasun Gerentziaren dementzia duten pazienteei arreta emateko gida.
- Alzheimerren eta beste dementzia batzuen plan integrala 2019-2023, Osasun Ministerioarena.

Dokumentuen irakurketa eta kontrastatzea:

Baheketako 1. Faserako, indarrean zeuden dokumentuak MMSE/MEC egitea proposatzen zuten. Gure eremuan, MMSE eta MEC erabiltzen dira, eta zenbait erakundetan TaMere sartu da.

Diagnostikoaren 2.faserako, ez dago gomendio espezifikorik, eta gure ingurunean ohikoa den praktika elkarrizketa klinikoan oinarritzen da. Bertan, preskripzio aktiboen berrikuspenean, anosognosiaren detekzioa eta, halaber, informatzailearen testa eta autonomia-mailaren balorazioa egiten dira Barthelen testekin eta beste batzuekin, eguneroko bizitzako jarduera instrumentalak neurtzeko.

Diagnostiko-fasearekin jarraituz, gomendatutako proba osagarriak EMN eta OTA egitea dira. Horiek gure ingurunean egiten dira et diagnostiko diferentzial on bat egiteko test

diagnostikoen sorta batekin batera doaz. Horien artean daude, oro har, BQ, TSH, T4, B12, azido folikoa, serologiak eta toraxeko Rx.

Gomendio-dokumentuetan ez dago adostasunik neurologia-zerbitzura bideratzeko moduari eta uneari buruz. Aldagarritasun LMur batekin egiten da aztertutako ibilbideetan. Behin diagnostikoa ezarrita, ez dago gomendio argirik paziente horien jarraipena egiteko, eta hemen ere badago nolabaiteko aldakortasuna; izan ere, kasu batzuetan, pazienteak egonkortu ondoren, haren jarraipena lehen mailako arretan bakarrik egiten da, dementzia atipikoa edo familiarra diagnostikatzen denean edo paziente gaztea denean izan ezik.

Hasierako analisi horren emaitzak narriadura kognitiboa duten pazienteak artatzen dituzten diziplina anitzeko profesionalen talde batekin partekatu ziren, 3 laguntza-erakundetako familia-medikuak eta Gipuzkoako erreferentziazko arreta-eremuko neurologoak, geriatrak eta psikologo klinikoak barne.

LEHENENGO BILERA

Hasierako bilera bat deitu zen aipatutako emaitzak aztertzeko, eta hauek dira profesionalen taldeak emandako balorazio nabarmenenak:

- **Ezinbestekoa da gai horri prebentziotik heltzea**, eta ez sintomak agertzen hasten direnean bakarrik.
- Zeregin horri **ezin zaio osasun-zerbitzuetatik bakarrik heldu**, eta beharrezkoa da eremu komunitarioko zerbitzuak eta baliabideak izatea.
- Garrantzitsuak da prebentzioaren arloan **esperientzia handia duten beste erakunde batzuek**, hala nola CITA Alzheimerrek, **egindako ekarpenei balioa ematea**.
- **Funtsezkoa da asistentzia-mailen arteko integrazioa hobetzea**, eremu bakoitzeko baliabide eta beharretara egokitutako ibilbide argiak definituz. Ibilbide horiek inplikatu daitezkeen zerbitzu guztiak hartu behar dituzte kontuan, hala nola lehen mailako arreta, neurologia, irudi bidezko diagnostikoa eta osasun mentala.
- Beharrezkoa da **lehen mailako arretako profesionalen gaitzea eta pazienteen aurre egiteko beharrezko probak eta baliabideak eskuratzea**, kontsultara iristen direnetik memoria-kexa subjektiboekin, hori baita aurkezteko modurik ohikoena.
- **Gaixotasunaren galmenaren fase aurreratuagoetarako, funtsezkoa da gizarte-esparrutik emandako zerbitzuak integratzea**, zabaltzea eta jarraitutasuna ematea.

BIGARREN BILERA

Hasierako bilera horren ondoren, bigarren bilera bat egin zen profesionalen multzo berarekin. Saioa talde-saio gisa planteatu zen, eta lan-gidoi bat proposatu zen.

Jarraian, planteatutako galderak eta horietako bakoitzerako eztabaidatutako funtsezko ideiak aurkezten dira:

GALDERAK

- *Adostasunerako eta gomendioetarako dokumentuetako batzuek dementziaren baheketa aipatzen dute: Arazo horren baheketa sistematikoa egiten da LMn? Edo arrisku-faktoreak dituzten subjektuetan bakarrik? Egin beharko litzateke?*
- *Diagnostiko hori goiz bereizi behar al da narriadura kognitiboa dagoela pentsarazten duten sintomak agertzen direnean?*
- *Prebentzioa: dementziaren prebentzioa egiten al dugu? Nolako esku-hartzeak egin ahal izango lirateke gure bitartekoekin? Zein izango lirateke gomendagarriak egoera ideal batean?*
- *Nola maneiatzen duzue NKA? Zer baliabide sentitzen dituzue faltan?*
- *Zer egin testak argi eta garbi kaltetuta ez daudenean eta, hala ere, etengabeko kexa dagoenean?*
- *Zer arreta-prestakuntza ematen zaie narriadura kognitiboak jotako paziente baten herritarrei eta senideei, fase goiztiarretan?*

FUNTSEZKO IDEIAK

Dementziaren prebentzioa ez da sistematikoki egiten gure osasun-sisteman.

Prebentzio-estrategiak indartu behar dira; arrisku kardiobaskularreko faktoreak, estimulazio kognitiboa, bakardadea.

Behin betiko diagnostikoaren aurreko hasierako faseak ez ezik, dementzia duen pertsonari arreta emateko prozesu osoa ere jorratu behar dugu.

Osasun-profesionalak balorazio-jarrera aktiboa hartzen du eragindako pertsonaren edo haren senideen eskarien edo kexen aurrean.

LMren balorazioa egin ondoren, neurologiara bideratzen da. Deribazio-irizpideak desberdinak dira erakundeen arabera. Pazienteak maiz berandu iristen direla uste da.

Beharrezkoa da deribazio goiztiarra egitea, tratamendu eraginkorrik ez badago ere. LMn egindako screening tresnak ez dira beti egokienak. Minimentala erabiltzen da oro har, baina ez da erabilgarria NKA-a detektatzeko. Egokia litzateke TaM-a erabiltzea. Osasun mentalean MOCCA testa erabiltzen da. Oso interesgarria izango litzateke argazkien edo informatzailearen testak erabiltzea.

Patologia afektiboarekin diagnostiko diferentziala egin ondoren bideratzea proposatzen da, eta kexa sistematikoa eta sostengatua dela ziurtatzea.

Eztabaida piztu da deribazio orokortu mota horri erantzuteko dauden baliabideei buruz, kexa oso ohikoa baita LMn. Gomendagarria da pazienteak neurologiaren bidez goiz baloratzea, pazienteekin eta haien senideekin egoerari aurre egin ahal izateko, eta arreta pazienteak diagnostikoaren aurrean duen alde aurreko jarrerara egokitzeko. Helburua da pazienteak prest egotea egoerak ez harrapatzeko. Beti dago zerbait egin daitekeena gaixotasunaren lehen faseei heltzea errazteko.

Paziente psikiatrikoen narriadura kognitiboa eztabaidatzen da.

Zailtasunak ikusten dira adostutako ibilbideak beren ohiko jardunean aplikatu behar dituzten profesional guztiengana behar bezala iristeko.

LMtik egindako arretan eta gomendiotan aldakortasunak ikusten dira.

LMn baliabide komunitarioak eduki behar dira, aurre egiteko eta laguntzeko: baliabide komunitario desberdinak eta ezezagunak, eta ez beti aktibatzeke errazak.

LMn materiala eduki behar dira eta estimulazio-programetarako sarbidea izan behar da..

Azken gai bat zabaldu da, adostasun handia sortzen duena: interkontsultetan bi norabideko erabakiak hartzeko beharra, halako moldez non paziente horiei buruzko erabakiak mailen artean partekatuta hartuko dira. Ospitaletik lehen mailako arretara eskatutako kontsulta ez-presentzialak egin ahal izango lirateke.

Osasun kognitiboa zaintzeko moduari buruzko heziketa eman behar zaie adineko osasuntsuei.

Eta, zaintzaileentzako laguntza eta laguntza sistematikoko programak eskaintzea, eta zaintzaileentzako jarraipen eskusiboko hitzorduak sortzea, pazienterik gabe.

PROPOSAMENAK:

- Paziente-talde horri zuzendutako ikerketa- eta berrikuntza-proiektuaren proposamena prestatzea arretaren antolaketan.
- Baliabide komunitarioak zuzenean ezagutzea eta aktibatzea.
- Senideen eta pazienteen bizi-pena

Aldi berean, talde fokal bat garatu zen demenzia zuten pazienteen senideekin. Saioa Irene Martinezek gidatu zuen eta taldea Afagi (Gipuzkoako Alzheimerdunen Senideen Elkarte) elkartearen eskuzabaltasunari eta inplikazioari esker osatu zen.

ONDORIO NAGUSIAK

- Badirudi LMtik egindako proba osagarriak ez direla nahikoak.
- Hasierako kontsultetatik diagnostikoa egin arteko epeak oso luzeak dira.
- Erreferentziazko profesionalen aldaketek diagnostikoa atzeratu eta zaildu egiten dute.
- Senideak eta zaintzaileak bakarrik sentitzen dira, desinformatuta, zapuztuta eta noraezean diagnostiko- eta laguntza-prozesuan.
- Askok baloratzen da AFAGIk ematen duen laguntza.
- Baloratuko lukete diagnostiko-aldian informazio gehiago izatea, proba osagarri gehiago eskuratzea diagnostikora eta tratamendu egokienetara lehenago iristeko, jarraipen biziagoa eta egokiagoa egitea, profesionalen arteko koordinazioa hobetzea eta zaintzaileei babes emozional handiagoa ematea.

- Ikerketaren ekarpena.

ONDORIOAK

Datozen urteak funtsezkoak izango dira narriadura kognitiboari eta gure inguruneko dementziei aurre egiteko.

Abordatze globalaren ideia horrek, lehenik eta behin, pazientea eta haren senideak barne hartzen ditu. Informatuta eta entrenatuta, erreferentziazko laguntza-taldearekin erabaki-prozesu partekatu batean parte hartzeko.

Osasunean hezitako eta zientzian gaitutako herritarrei, kideen aniztasuna integratzen eta hartzen duen komunitateari, gizarte-zerbitzuei, laguntza-zerbitzuak ematen berritzaileak direnei, osasun-zerbitzuei, lehen mailako arretatik hasi eta neurologia-zerbitzu espezializatuenetaraino, ikerketari, oinarrizkoari eta translazionalari. Horrek erraztu egiten du eraginpeneko pazienteei ezagutza iristea, eta saiakuntza klinikoak, terapia aurreratuetakoak barne, gure herritarrei tratamendurik berrienak hurbiltzea ahalbidetzen dutenak.

Eta nola ez, txosten hau bultzatu eta inplikatu duen elkarte-sareari.

Eskerrak

Aubixa Fundazioak eskerrak ematen dizkie proiektu honetan parte hartu duten pertsona guztiei, bai banaka, bai erlazionatutako erakundeen izenean.