

Tratamiento inicial de los pacientes con quejas subjetivas de memoria y/o deterioro cognitivo en atención primaria: estudio ISSEA

Josep Maria Argimón Pallàs^a, Sebastià Riu Subirana^b, Luis Lizán Tudela^{c,d}, Xavier Badia Llach^{c,e}
y José Manuel Martínez Lage^f

Objetivo. Describir el tratamiento inicial de pacientes > 60 años con quejas subjetivas de memoria y/o deterioro cognitivo de al menos 6 meses de evolución.

Diseño. Estudio observacional, longitudinal, multicéntrico y naturalístico, con un período de seguimiento de 12 meses.

Emplazamiento. Un total de 105 centros de atención primaria.

Participantes. Participaron 921 pacientes que acudieron a consulta.

Mediciones principales. En la visita basal se recogieron las características sociodemográficas, el diagnóstico, el tratamiento y las derivaciones asistenciales, y en las 2 siguientes (6 y 12 meses), el cambio de diagnóstico, el tratamiento y las derivaciones.

Resultados. El 66,9% de los sujetos eran mujeres y la edad media fue de $74,3 \pm 6,8$ años. En la visita inicial, el 50,5% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 47,3-53,7) de los diagnósticos fue de tipo sindrómico y el 33,3% (IC del 95%, 30,3-36,3), etiológico. El médico de atención primaria modificó el diagnóstico de sospecha inicial en el 22% (IC del 95%, 19,3-24,7) de los pacientes durante el año de seguimiento del estudio. El 63,8% (IC del 95%, 60,7-66,9) de los pacientes fue diagnosticado a través de la anamnesis, la exploración física, el test de cribado y los datos de laboratorio. En la visita inicial, el 52,6% (IC del 95%, 49,4-55,8) de los pacientes recibían tratamiento, principalmente nootropos y neuroprotectores, y más tarde aumentó el porcentaje de pacientes con inhibidores de la colinesterasa. Durante los 12 meses de estudio, el médico de atención primaria remitió a un 54,9% (IC del 95%, 51,7-58,1) de los pacientes.

Conclusiones. El médico de atención primaria diagnostica a la mayoría de los pacientes con los medios disponibles, basándose fundamentalmente en la anamnesis, la exploración, el test de cribado y los datos de laboratorio. Se prescriben fármacos que carecen de eficacia en esta enfermedad y pocos de los que han demostrado eficacia.

Palabras clave: Deterioro cognitivo. Quejas de memoria. Tratamiento clínico.

INITIAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SUBJECTIVE MEMORY COMPLAINTS AND/OR COGNITIVE IMPAIRMENT IN PRIMARY CARE: ISSEA STUDY

Objective. To describe the initial treatment of patients >60 years who had subjective memory complaints and/or cognitive impairment for at least 6 months.

Design. Observational, longitudinal, multicentre, and naturalistic study, with a follow-up period of 12 months.

Setting. A total of 105 primary care centres.

Participants. The study included 921 patients who attended a clinic.

Main measurements. In the baseline visit, the social demographic characteristics, diagnosis, treatment, and the health care referrals were recorded, and in the next 2 (6 and 12 months) the diagnostic change, treatment, and referrals.

Results. The majority of subjects were female (66.9%) and the mean age was 74.3 ± 6.8 years. In the initial visit, 50.5% (95% confidence interval [CI], 47.3-53.7) of the diagnoses were classed as syndromic and 33.3% (95% CI, 30.3-36.3), aetiological.

The primary care doctor modified an unconfirmed initial diagnosis in 22% (95% CI, 19.3-24.7) of the patients during the 12 months follow-up study. A diagnosis was made in 63.8% (95% CI, 60.7-66.9) of patients by anamnesis, physical examination, the screening test, and laboratory data. In the initial visit, 52.6% (95% CI, 49.4-55.8) received treatment of mainly nootropics and neuroprotectors, and later, the percentage of patients on cholinesterase inhibitors increased. The primary care doctor referred 54.9% (95% CI, 51.7-58.1) of the patients during the 12 months of the study.

Conclusions. The primary care doctor diagnoses the majority of patients with the means available, mainly based on anamnesis, examination, the screening test, and laboratory data. They prescribe drugs that lack efficacy for this disease and few of those that have been shown to be effective.

Key words: Cognitive impairment. Memory complaints. Clinical treatment.

English version available at
www.doyma.es/194.992

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 177)

^aRegió Sanitària Costa de Ponent. CatSalut. Barcelona. España.

^bCentro Residencial para Gente Mayor Llars Mundet. Diputación de Barcelona. España.

^cHealth Economics and Outcomes Research. IMS Health[®]. Barcelona. España.

^dUnidad Docente de Medicina de Familia. Castellón. España.

^eDepartamento de Epidemiología Clínica y Salud Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

^fUnidad de Trastornos de Memoria. Departamento de Neurología y Neurocirugía. Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Correspondencia:
X. Badia Llach.
Avda. Diagonal, 618, 1.º C-D.
08021 Barcelona. España.
Correo electrónico:
xbadia@es.imshealth.com

Manuscrito recibido el 29-12-2005.

Manuscrito aceptado para su publicación el 24-5-2006.

El presente estudio ha sido financiado por Novartis y Esteve.

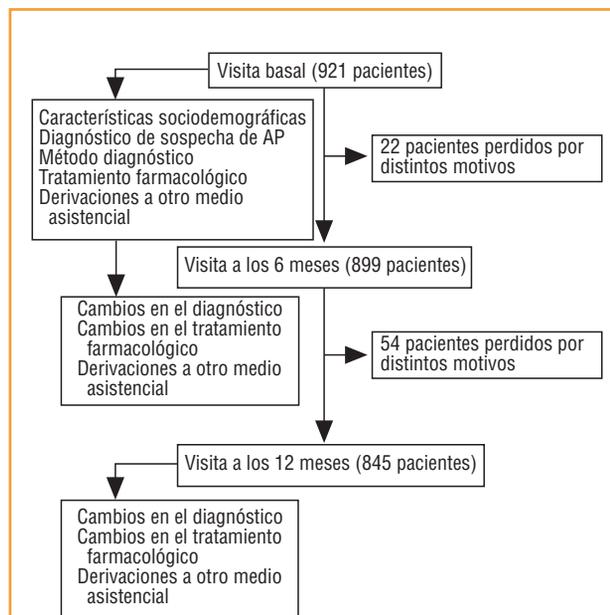
Introducción

Los médicos de familia (MF) son comúnmente el primer contacto (y en numerosas ocasiones el único) con un profesional de la salud que mantienen los pacientes con quejas subjetivas de memoria y/o deterioro cognitivo. Parece indudable que los MF están en una posición inmejorable para detectar el deterioro cognitivo de sus pacientes debido a la continuidad de la atención, la accesibilidad de la población y la función de *gatekeeper* o regulador de la puerta de entrada al sistema sanitario. De hecho, en nuestro medio, casi todas las personas mayores han tenido contacto con su MF en los últimos 12 meses¹. El Plan Nacional de Atención a los enfermos de Alzheimer y otras demencias ratifica estos supuestos al afirmar que la atención primaria (AP) debe ser el centro y eje fundamental de la atención y coordinación del paciente con demencia².

Hasta hace poco, la cuestión más significativa que afectaba a los MF en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la demencia consistía en descartar el delirio y otras etiologías potencialmente tratables. Sin embargo, desde que se dispone de mejores opciones terapéuticas, parece fundamental diagnosticar la demencia lo antes posible³. Además de poder instaurar medidas farmacológicas que actúan sobre el mantenimiento de la función cognitiva y el retraso de la sintomatología⁴, el diagnóstico temprano permite la adaptación del paciente y su familia a la nueva situación, mejorando globalmente su calidad de vida⁵. Diversos estudios comunican ciertas actitudes de los MF que suponen una barrera para lograr este objetivo: nihilismo hacia las opciones terapéuticas disponibles, miedo a la estigmatización del paciente, carencias de formación, o poco convencimiento sobre los beneficios de un diagnóstico temprano⁶⁻⁹. Se dispone de escasa información sobre el abordaje de estos pacientes en atención primaria en España.

Se han publicado diferentes estudios epidemiológicos sobre las demencias en Europa y España¹⁰ y coinciden en que la prevalencia de la demencia y la enfermedad de Alzheimer (EA) se incrementa con la edad y que se dobla a intervalos de 5 años^{11,12}. En un estudio reciente se encuentra que la prevalencia de demencia se sitúa alrededor del 5,4% en sujetos ≥ 60 años y del 24,8% en sujetos ≥ 85 años¹². Dicho estudio estima la tasa de incidencia anual de demencia en 8,8 nuevos diagnósticos por 1.000 sujetos. Por otro lado, se conoce que la incidencia de EA también aumenta con la edad hasta los 85 años y que partir de esa edad sólo se incrementa en las mujeres¹³.

El objetivo de este estudio es describir el tratamiento de los pacientes > 60 años, sin diagnóstico etiológico previo, con quejas subjetivas de memoria y/o deterioro cognitivo en el ámbito de la AP, en condiciones de práctica clínica habitual y con un período de seguimiento de 12 meses.



Esquema general del estudio

Estudio observacional, longitudinal, multicéntrico y naturalístico con un seguimiento de 12 meses, para describir el tratamiento inicial de pacientes con deterioro cognitivo.

Métodos

Estudio observacional, longitudinal, multicéntrico y naturalístico sobre el tratamiento de las quejas de alteración de la memoria y/o deterioro cognitivo en pacientes > 60 años atendidos en AP en España. Participaron 105 centros de AP de ámbito rural y urbano de todo el territorio nacional.

Durante 9 meses, desde septiembre de 2001 hasta mayo del 2002, se incluyó de forma consecutiva a los pacientes > 60 años que acudían a su MF con quejas subjetivas de alteración de la memoria y/o deterioro cognitivo de más de 6 meses de evolución como motivo principal de consulta, ya fueran expresadas por el propio paciente o por su acompañante, siempre que no hubiera un diagnóstico etiológico previo. El deterioro cognitivo se definió como la alteración de las facultades intelectuales previamente conservadas, entre las que destacan la orientación, la memoria reciente, el razonamiento, el cálculo, el lenguaje, la capacidad para realizar tareas complejas y la capacidad de programación, entre otras¹⁴.

Recogida de información

Todos los pacientes realizaron por protocolo 3 visitas (basal, a los 6 y a los 12 meses). En la visita basal se recogió información sobre las características sociodemográficas del paciente, el diagnóstico de sospecha del médico de AP, el método diagnóstico, los tratamientos farmacológicos prescritos para el deterioro cognitivo y las remisiones a otro medio asistencial (tipo de especialista y motivo). En las siguientes visitas de control se recogió la información relativa al cambio de diagnóstico y/o tratamiento del mé-

dico de AP y las remisiones a otro medio asistencial (tipo de especialista).

Se consideraron como pruebas mínimas básicas la utilización para realizar el diagnóstico de la anamnesis y la exploración física y/o neurológica. A partir de estas 2 pruebas básicas se estableció un escalado dentro de los restantes métodos diagnósticos, de forma que cada escalón superior suponía un estudio más completo del paciente. El escalado incluía de forma progresiva las siguientes pruebas: test de cribado, pruebas de laboratorio y pruebas de neuroimagen (tomografía computarizada [TC] y resonancia magnética [RM]) y radiología.

Dada la dispersión de los diagnósticos, éstos fueron codificados y agrupados por un clínico en 7 categorías de diagnóstico sindrómico o etiológico. La agrupación por diagnóstico sindrómico incluyó los siguientes diagnósticos: alteración de memoria asociada a la edad (AMAE)¹⁵, demencia sin especificar¹⁶ y deterioro cognitivo sin especificar¹⁴. La agrupación por diagnóstico etiológico incluyó: demencia vascular¹⁷, demencia Alzheimer¹⁸, deterioro cognitivo leve¹⁹ y trastorno psicopatológico²⁰. Se establecieron las categorías «otros diagnósticos» (para los diagnósticos que no se podían agrupar en las categorías descritas) y «no consta» para los diagnósticos no introducidos. Estas 7 categorías fueron reducidas a 4 que englobaban las anteriores (AMAE, demencia, deterioro cognitivo y trastorno psicopatológico), además de las categorías «otros» y «no consta».

Análisis estadístico

Se calculó el tamaño muestral del estudio para poder estimar las variables dicotómicas con un valor de $p = 0,5$ y una precisión de 0,03 puntos, con un nivel de significación de 0,05, por lo que se requería una muestra de 1.068 pacientes.

Se realizó un análisis descriptivo univariado de todas las variables recogidas en el estudio. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 9.0 para Windows.

Resultados

Se incluyó en el estudio a 921 pacientes, de los cuales se registró algún tipo de información o acudieron a la visita a los 6 meses 899 pacientes (97,6%), y a los 12 meses 845 pacientes (91,9%). El 66,9% de los sujetos era mujer, con una edad media de $74,0 \pm 6,9$ años, mientras que los varones tenían una edad media de $74,9 \pm 6,5$ años (tabla 1). En la mayoría de los pacientes acompañados (59,6%), la persona que manifestaba las quejas subjetivas era el acompañante, ya fuera exclusivamente él o corroborando las quejas referidas por el propio paciente. El tiempo medio de evolución de los síntomas entre los pacientes del estudio fue de $14,3 \pm 10,4$ meses.

En la visita inicial, el 50,5% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 47,3-53,7) de los diagnósticos realizados fue de tipo sindrómico, el 33,3% (IC del 95%, 30,3-36,3) de los pacientes fue clasificado basándose en un diagnóstico etiológico y en un 2,7% (IC del 95%, 1,7-3,7) se realizó un diagnóstico diferente. En el 13,7% (IC del 95%, 11,5-15,9) no se emitió ningún diagnóstico de sospecha inicial. En la tabla 2 se especifican los porcentajes de diagnóstico de cada categoría.

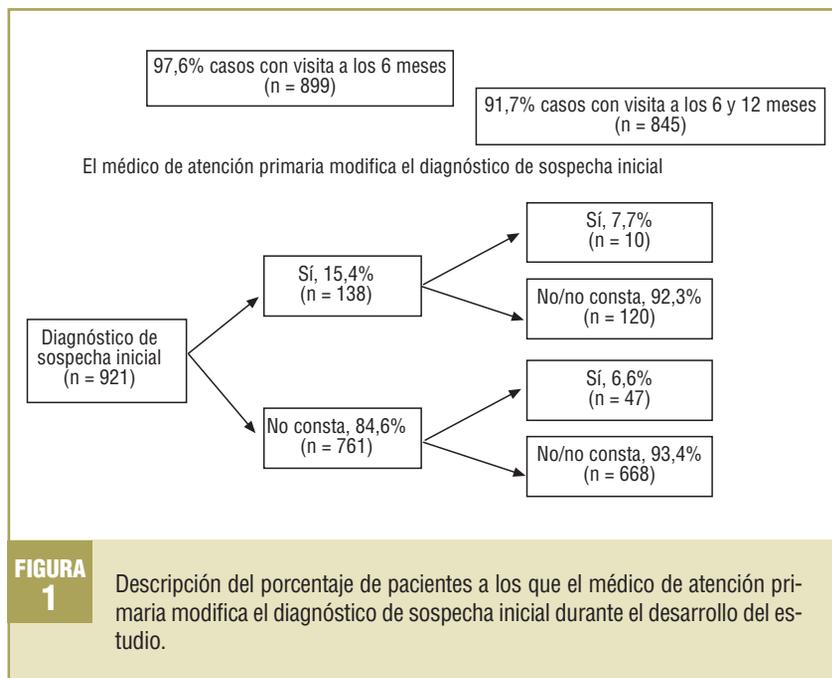
TABLA 1 Descripción de las características sociodemográficas de la muestra

	Número	Porcentaje
Sexo		
Varón	302	32,8
Mujer	616	66,9
No consta	3	0,3
Total	921	100,0
Nivel de estudios del paciente		
Sin estudios	232	25,2
Estudios primarios incompletos	399	43,3
Estudios primarios completos	205	22,3
Estudios secundarios completos	59	6,4
Estudios universitarios completos	20	2,2
No consta	6	0,7
Total	921	100,0
Estado civil del paciente		
Soltero/a	69	7,5
Casado/a	491	53,3
Divorciado/a	9	1,0
Viudo/a	350	38,0
No consta	2	0,2
Total	921	100,0
Ámbito en el que vive el paciente		
Rural	308	33,4
Urbano	610	66,2
No consta	3	0,3
Total	921	100,0
Actividad laboral		
Activo	26	2,8
Labores domésticas	347	37,7
Jubilado	487	52,9
En paro	9	1,0
Baja laboral	11	1,2
No consta	41	4,5
Total	921	100,0

TABLA 2 Descripción del diagnóstico de sospecha del médico de atención primaria efectuado en la visita inicial agrupado por categorías

Diagnóstico de sospecha inicial		Número	Porcentaje
Sindrómicos	AMAE	161	17,5
	Demencia	145	15,7
	Deterioro cognitivo	157	17,0
	Demencia vascular	52	5,6
	Demencia tipo Alzheimer	73	7,9
Etiológicos	Deterioro cognitivo leve	45	4,9
	Trastorno psicopatológico	137	14,9
Otros		25	2,7
No consta		126	13,7
Total		921	100,0

AMAE: alteración de la memoria asociada a la edad.



Durante los primeros 6 meses de seguimiento el MF modificó el diagnóstico de sospecha en el 15,4% (IC del 95%, 13,1-17,7; n = 131) de los pacientes. A los 12 meses modificó el diagnóstico de sospecha inicial en el 6,6% (IC del 95%, 4,8-8,4; n = 47) de los pacientes a los que no se había modificado en la visita anterior y modificó el nuevo diagnóstico emitido en la visita anterior en el 7,7% de los pacientes (IC del 95%, 3,3-12,1; n = 10). Los principales

cambios se produjeron desde el grupo de pacientes diagnosticados de AMAE y deterioro cognitivo hacia algún tipo de demencia y, en menor medida, de los pacientes diagnosticados de AMAE, demencia o deterioro cognitivo hacia el diagnóstico de trastorno psicopatológico (fig. 1).

En cuanto a las exploraciones realizadas o solicitadas, en la tabla 3 se observa que, en todos los supuestos diagnósticos, la combinación más empleada por el MF fue la exploración básica junto con los tests de cribado y las pruebas de laboratorio, seguida por este mismo conjunto de pruebas más las de neuroimagen. Los métodos de cribado utilizados con más frecuencia entre todos los pacientes fueron el MMSE/MEC (67,6%), la Escala de Depresión de Hamilton (40,6%), el Short Portable Mental State de Pfeiffer (34,4%), el test de Yesevage (23,3%) y el test del Informador (21,5%).

Aproximadamente la mitad de los pacientes (52,6%; IC del 95%, 49,4-55,8) recibía tratamiento en la visita inicial. Nootropos y neuroprotectores se prescribían en proporciones parecidas (24%) a todos los grupos excepto el de trastornos psicopatológicos, en quienes predominan las benzodiazepinas y los antidepresivos. Los antagonistas del calcio se prescribían en menor proporción (10%) a pacien-

TABLA 3 Descripción del número y porcentaje de pacientes a los que se les realizan las pruebas diagnósticas

		Diagnóstico de sospecha inicial					Total	
		AMAE	Demencia	Deterioro cognitivo	Trastorno psicopatológico	Otros		
Pruebas mínimas básicas	Ni anamnesis ni exploración física o neurológica básicas	1 0,6%		3 2,2%			16 12,7%	20 2,2%
	Sólo exploración física o neurológica	3 1,9%	1 0,4%	3 1,5%	1 0,7%	3 12,0%	4 3,2%	15 1,6%
	Anamnesis	14 8,7%	12 4,4%	11 5,4%	16 11,7%	1 4,0%	7 5,6%	61 6,6%
	Anamnesis + exploración física o neurológica	13 8,1%	23 8,5%	22 10,9%	2 1,5%		34 27,0%	94 10,2%
	Anamnesis + exploración física o neurológica + test cribado	4 2,5%	12 4,4%	13 6,4%	8 5,8%		7 5,6%	44 4,8%
	Anamnesis + exploración física o neurológica + test cribado + laboratorio	112 69,6%	175 64,8%	142 70,3%	94 68,6%	16 64,0%	49 38,9%	588 63,8%
	Anamnesis + exploración física o neurológica + test cribado + laboratorio + neuroimagen	9 5,6%	40 14,8%	7 3,5%	12 8,8%	4 16,0%	6 4,8%	78 8,5%
	Anamnesis + exploración física o neurológica + test cribado + laboratorio + neuroimagen + radiología	5 3,1%	7 2,6%	4 2,0%	1 0,7%	1 4,0%	3 2,4%	21 2,3%
Total		161 100,0%	270 100,0%	202 100,0%	137 100,0%	25 100,0%	126 100,0%	921 100,0%

AMAE: alteración de la memoria asociada a la edad.

TABLA 4 Porcentaje de pacientes que se considera necesario remitir a otro ámbito asistencial durante el período de estudio según el diagnóstico de sospecha inicial

Diagnóstico de sospecha inicial	Remisión del paciente a otro ámbito asistencial o especialista							
	No		Una vez		Más de una vez		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AMAE	107	66,5	37	23,0	17	10,6	161	100
Demencia	73	27,0	124	45,9	73	27,0	270	100
Deterioro cognitivo	77	38,1	87	43,1	38	18,8	202	100
Trastorno psicopatológico	80	58,4	37	27,0	20	14,6	137	100
Otros	12	48,0	11	44,0	2	8,0	25	100
No consta	66	52,4	44	34,9	16	12,7	126	100
Total	415	45,1	340	36,9	166	18,0	921	100

AMAE: alteración de la memoria asociada a la edad.

tes con demencia y deterioro cognitivo. A los 12 meses de seguimiento, el 75,7% (IC del 95%, 72,9-78,5) de los pacientes recibía algún tipo de tratamiento. Este aumento terapéutico sucede a costa de la introducción de los inhibidores de la colinesterasa en el grupo de demencias y del ligero aumento de los neuroprotectores y los antagonistas del calcio en los mismos grupos de la visita inicial.

En la primera visita de estudio, el MF consideró necesaria la remisión de 363 pacientes (37,9%; IC del 95%, 34,8-41,0). Durante los 12 meses del estudio, el MF consideró necesaria la remisión del 54,9% (IC del 95%, 51,7-58,1; n = 506) de los pacientes que habían acudido a su consulta. De los pacientes remitidos, se consideró que un 18% debía ser remitido en más de una ocasión. Durante los 12 meses de seguimiento, a la mayor parte de los pacientes que necesitaron ser remitidos a otro ámbito asistencial se les remitió al neurólogo (77,8%), y en menor proporción al psiquiatra (28,4%) o al geriatra (9%). El grupo diagnóstico que más remisiones supuso es el de demencia (tabla 4). Los principales motivos alegados para la remisión a otro ámbito asistencial fueron completar estudio o la necesidad de confirmación diagnóstica para descartar otro tipo de enfermedad.

Entre las pruebas de neuroimagen, el 64,1% (IC del 95%, 61,0-67,2) de los MF tenía acceso a la TC y el 55,3% (IC del 95%, 52,1-58,5) a la RM. Por lo que respecta a los recursos sociosanitarios, el 56,3% (IC del 95%, 53,1-59,5) de los MF tenía acceso a los centros de día, el 91,5% (IC del 95%, 89,7-93,3) al trabajador social y el 60,2% (IC del 95%, 57,0-63,4) a las asociaciones de familiares y grupos de apoyo.

Discusión

El principal interés del presente estudio radica en conocer el tratamiento de los pacientes con quejas subjetivas de memoria y/o deterioro cognitivo en el ámbito de la AP.

Hasta el momento disponíamos de diversos trabajos que nos aproximaban a esta realidad por métodos indirectos en su mayoría, a través de encuestas dirigidas a los MF, tanto en nuestro país como en otros entornos. De este modo, conocíamos que únicamente el 40% de los MF del National Health Service en Inglaterra y Gales utiliza un test o un protocolo para la evaluación de la demencia²¹. Otro trabajo desarrollado en Finlandia, en el que se hacía un seguimiento a pacientes diagnosticados de demencia, mostró que únicamente

un 34% era evaluado con un test cognitivo²², y trabajos llevados a cabo en nuestro entorno revelan que el 31-43,5% de los MF no utilizan test alguno, y que el 44% de los MF estudiados no realiza ninguna prueba complementaria para el diagnóstico diferencial^{23,24}. En nuestro estudio, en el 85,9% de los pacientes se emplearon tests de cribado y en un porcentaje importante, el 63,8%, se utilizaron junto con la exploración básica y las pruebas de laboratorio. Parece claro que el MF es capaz de diagnosticar, con los medios de que dispone, a cerca de un 90% de los pacientes, ya sea de forma sindrómica o etiológica. Además, el conjunto de estos diagnósticos presenta muy pocas variaciones con el tiempo, y estas variaciones son coherentes: disminuyen los diagnósticos sindrómicos y aumentan los etiológicos.

Lo conocido sobre el tema

- El diagnóstico temprano de la demencia permite instaurar medidas farmacológicas que actúan sobre el mantenimiento de la función cognitiva y el retraso de la sintomatología, además de permitir la adaptación del paciente y su familia a la nueva situación.

Qué aporta este estudio

- El presente estudio ha permitido conocer el tratamiento de los pacientes con quejas subjetivas de memoria y/o deterioro cognitivo en el ámbito de la atención primaria.
- El tratamiento de los pacientes se ha definido en función del tratamiento recibido por ellos, la obtención de un diagnóstico, la realización de pruebas diagnósticas y la remisión a atención especializada.

Por lo que respecta a la utilización de la TC y/o la RM, hay distintas opiniones en la literatura científica, aunque la más consensuada¹⁴ es la que aconseja efectuar sólo la TC en los casos de demencia dudosa o establecida, probablemente debido a la baja probabilidad pretest²⁵ de lesiones intracraneales en AP²³. En el presente trabajo, sólo se realizaron pruebas de neuroimagen en el 13,6% de los pacientes, porcentaje sensiblemente más bajo que el comunicado por Boada et al²⁶ en su trabajo realizado en pacientes ambulatorios con sospecha de demencia dependientes de centros hospitalarios, en el que se realizó una TC al 50% de los pacientes y una RM al 13%. Posiblemente, esta diferencia se deba a las dificultades en el acceso a estos medios diagnósticos por parte del MF.

En el momento de su inclusión en el estudio, más de la mitad de los pacientes recibía nootropos y neuroprotectores, fármacos que no han demostrado su eficacia. Sin embargo, los inhibidores de la colinesterasa, que han demostrado sensiblemente su eficacia en los pacientes con demencia de ligera a moderada^{3,4}, sólo son prescritos a un tercio del total de los pacientes al final de los 12 meses de seguimiento. Varias razones pueden justificar este resultado: el hecho de que estos fármacos sólo se pueden prescribir en atención especializada, el tiempo de evolución de la enfermedad, ya que no están indicados en casos avanzados^{27,28}, o las creencias de algunos médicos acerca de los escasos o nulos resultados que consiguen estos medicamentos^{6,8}. En cuanto a la tasa de derivaciones, el porcentaje hallado es bajo si tenemos en cuenta que el especialista es el único que puede prescribir los inhibidores de la colinesterasa y las dificultades en la accesibilidad de los recursos para el MF.

Se puede concluir que el tratamiento del paciente con quejas subjetivas de memoria y/o deterioro cognitivo por parte del MF es adecuado. Puede diagnosticar a la mayoría de pacientes con los medios de que dispone, se producen pocos cambios durante los 12 meses de seguimiento y, además, estos cambios parecen lógicos en el tiempo, utiliza bien los recursos diagnósticos y carece de una accesibilidad óptima de las pruebas de neuroimagen. Sin embargo, todavía se prescriben demasiados fármacos que carecen de utilidad en este tipo de pacientes y pocos fármacos eficaces (inhibidores de la colinesterasa), ya que cuentan con la limitación añadida de precisar que el especialista los apruebe. La tasa de remisión obtenida en el estudio es similar a la hallada en estudios previos realizados en el ámbito europeo^{29,30}. Aunque no hay criterios establecidos para determinar qué pacientes deberían ser remitidos, algunos autores afirman que se debería remitir a todos los pacientes con sospecha de demencia^{31,32}.

El propio diseño del estudio es la limitación más importante de este trabajo, aunque también su principal fortaleza. El hecho de tratarse de un diseño observacional merma su validez externa y, entre los sesgos posibles, destaca el efecto Hawthorne, es decir, los investigadores saben

que están participando en un estudio y se sienten observados, por lo que no sabemos hasta qué punto su actuación en este trabajo difiere de la real. La única forma de evitar dicho sesgo es la realización de un estudio experimental y, dados los objetivos y las características del estudio, no se puede plantear dicho diseño, por lo que debe considerarse como una limitación inherente al estudio. No obstante, como apuntan diversos investigadores^{33,34}, este tipo de diseños es el más adecuado para conocer la realidad y el espacio o *gap* entre los datos y la práctica clínica diaria.

Las posibles deficiencias en términos de tratamiento detectadas en el presente estudio ponen de manifiesto la necesidad de buscar métodos para mejorar dicho tratamiento y, como consecuencia, la evolución de la enfermedad. Sería de gran utilidad realizar estudios prospectivos dirigidos a evaluar dicha evolución y obtener más información sobre la efectividad de las intervenciones realizadas en condiciones de práctica clínica habitual.

Bibliografía

1. Zunzunegui MV, Del Ser T, Rodríguez Laso A, García Yébenes MJ, Domingo J, Otero Puime A. Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;31:581-6.
2. Plan Nacional de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras demencias. 1999/2005. Segundo borrador. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 2005.
3. Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2003; 138:927-37.
4. Kawas CH. Early Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2003;349:1056-63.
5. Santacruz KS, Swagerty D. Early diagnosis of dementia. *Am Fam Physician*. 2001;63:703-13.
6. Woods RT, Moniz-Cook E, Liffie S, Campion P. Dementia: issues in early recognition and intervention in primary care. *J R Soc Med*. 2003;96:320-4.
7. Löppönen M, Räihä I, Isoaho R, Vahlberg T, Kivelä S. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care—a more active approach is needed. *Age Ageing*. 2003;32:606-12.
8. Olafsdóttir M, Foldevi M, Marcusson J. Dementia in primary care: why the low detection rate? *Scand J Prim Care*. 2001;19:194-8.
9. Valcour VG, Masaki KH, Curb D, Lanoie-Blanchette P. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med*. 2000;160:2964-8.
10. López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Llinas-Regla J, Garre-Olmo J, Roman GC. Incidence of dementia in a rural community in Spain: the Girona cohort study. *Neuroepidemiology*. 2004;23:170-7.
11. Roca WA. Dementia, Parkinson's disease and stroke in Europe: a commentary. *Neurology*. 2000;54 Suppl 5:538-40.
12. Ferry CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005;366:2112-7.
13. Villar A, Molinuevo Guix JL, Gómez-Isla T. Enfermedad de Alzheimer. *Jano*. 2004;LXVII:28-32.

14. Casabella B, Espinàs J, Álvarez M, Fernández JA, Font C, García F, et al. Demencias. Recomendaciones semFYC. Barcelona: Edide; 1999.
15. Jonker C, Geerlings MI, Schmand B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15:983-91.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994
17. Román GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, García JH, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINCDS-AIREN International Workshop. *Neurology*. 1993;43:250-61.
18. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease. Report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of the Department of Health & Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology*. 1984;34:939-44.
19. Petersen R, Smith G, Waring S, Ivnik R, Tangalos E, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol*. 1999;56:303-8.
20. Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric disorders in Alzheimer's disease. III: disorders of mood. *Br J Psychiatry*. 1990;157:81-94.
21. Audit Comisión. Forget Me Not 2002: Developing Mental Health Services for Older People in England. London: Audit Commission, 2002.
22. Löppönen M, Riihã I, Isoaho R, Vahlberg T, Kivelä S. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care—a more active approach is needed. *Age Ageing*. 2003;32:606-12.
23. Moliner C, Martínez J, Gené J, Lazorla ME, Herrera A, Rozas M. Estudio preliminar de demencia en atención primaria. *Aten Primaria*. 1999;24:169-74.
24. Puente A, Ribas A, Salla RM, Parrilla L, Espinàs J, Caballé E, et al. Las demencias en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria*. 1997;19:419-22.
25. Clarfield AM. The reversible dementias: do they reverse? *Ann Intern Med*. 1988;109:476-86.
26. Boada M, Peña-Casanova J, Bermejo F, Guillén F, Hart WM, Espinosa C, et al. Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España. *Med Clin (Barc)*. 1999;113:690-5.
27. Cummings JL, Schneider L, Tariot PN, Kershaw Pr, Yuan W. Reduction of behavioural disturbances and caregiver distress by galantamine in patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 2004;161:532-8.
28. Doraiswamy PM, Krishnan KR, Anand R, Sohn H, Danyluk J, Hartman RD, et al. Long-term effects of rivastigmine in moderately severe Alzheimer's disease: does early initiation of therapy offer sustained benefits? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2002;26:705-12.
29. Solomon PR, Brush M, Calvo V, Adams F, De Veaux RD, Pendlebury WP, et al. Identifying dementia in the primary care practice. *Int Psychogeriatr*. 2000;12:483-93.
30. De Lepeleire J, Aergeerts B, Umback I. The diagnostic value of IADL evaluation in the detection of dementia in general practice. *Aging Ment Health*. 2004;8:62-7.
31. Verhey FR, Jolles J, Ponds RW, Rozendaal N, Plugge LA, De Vet RC, et al. Diagnosing dementia: a comparison between a monodisciplinary and a multidisciplinary approach. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1993;5:78-85.
32. Woods RT, Moniz-Cook E, Iliffe S, Champion P, Vernooij-Dassen M, Zanetti O, et al. Dementia: issues in early recognition and intervention in primary care. *JR Soc Med*. 2003;96:320-4.
33. Frisoni GR. Treatment of Alzheimer's disease with acetylcholinesterase inhibitors: bridging the gap between evidence and practice. *J Neurol*. 2001;241:551-7.
34. Badia Llach X, Lizan Tudela L. Investigación de resultados en salud. *Aten Primaria*. 2002;30:388-91.

COMENTARIO EDITORIAL

Deterioro cognitivo: ¿dónde estamos?

Xavier Albert i Ros

Centro de Salud de Montcada. València. España.

Hoy día se hace hincapié en la presencia de un *continuum* cognitivo-funcional que abarca desde la estricta normalidad hasta la demencia, pasando por un espacio intermedio, con gran dificultad para definir los límites entre ellos^{1,2}. Quizá por ello diversos estudios muestran un infradiagnóstico claro de la demencia, sobre todo en las primeras fases de la enfermedad^{1,3,4}. Por ejemplo, en un estudio realizado en Finlandia³, en menos de la mitad de los pacientes con demencia se habían documentado sus diagnósticos en los registros médicos de atención primaria (AP), y las evaluaciones diagnósticas para causas reversibles fueron insu-

ficientes; en el estudio de Cahill et al⁴ se concluye que los médicos de familia (MF) irlandeses experimentan dificultad en el diagnóstico de demencia y en la comunicación al paciente de este diagnóstico. El infradiagnóstico se ha relacionado con diversas causas¹: con factores del paciente, del contexto sociofamiliar, del propio diagnóstico y del sistema sanitario. Por ello, es importante conocer cómo se está abordando el deterioro cognitivo (DC) desde la AP en nuestro país. Se conoce poco al respecto. El trabajo presentado en este número de la revista, «Tratamiento inicial de los pacientes con quejas subjetivas de memoria y/o de-