

TABLA
1

Autor/n.º de ítems	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Cacho (16)	50,9% (38,1-63,6)	78,6% (71,6-84,3)	45,2% (33,4-57,5)	82,2% (75,4-87,5)
Méndez (20)	60,0% (46,1-71,9)	67,7% (60,1-74,4)	38,8% (29,2-49,5)	83,2% (75,9-88,6)
Shulman (5)	74,5% (61,7-84,2)	56,5% (48,8-63,9)	36,9% (28,5-46,2)	86,7% (78,9-91,9)
Freedman (7)	69,1% (56,-79,7)	63,4% (55,7-70,4)	39,2% (30,1-49,1)	85,7% (78,3-90,9)
Thalmann, 1996 (4)	49,1% (36,4-61,9)	83,2% (76,7-88,2)	50,0% (37,1-62,9)	82,7% (76,2-87,8)
Thalmann, 2002 (4)	69,1% (56-79,7)	63,4% (55,7-70,4)	39,2% (30,1-49,1)	85,7% (78,3-90,9)

Parámetros empleados: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN). Estimación puntual e intervalos de confianza del 95% (entre paréntesis).

señó un estudio descriptivo transversal, en un centro de atención primaria de Barcelona, España.

Se incluyó una muestra aleatoria de pacientes de 65 años o más que acudieron a la consulta. El consentimiento informado fue obtenido antes de la inclusión en el estudio. El tamaño de la muestra necesario para realizar el estudio se estimó en 214 pacientes (precisión del 5%, nivel de confianza del 95%, proporción esperada de deterioro cognitivo del 10%). Se incluyó a los pacientes diagnosticados previamente de enfermedad psíquica o demencia.

El médico y/o el profesional de enfermería que atendían al paciente le pedían que dibujase un reloj con un círculo, todos los números y las manecillas marcando las 11.10 horas.

Todos los dibujos fueron puntuados por un miembro de nuestro equipo según la normativa de cada sistema elegido: Cacho «a la orden»¹; Méndez²; Freedman³; Shulman⁴; Thalmann, 1996⁵, y Thalmann, 2002⁶.

Un médico adiestrado, procedente del hospital de referencia, administró el Mini-Mental State Examination (MMSE). Se calcularon: sensibilidad, especificidad, valores predictivos del TR (con intervalos de confianza [IC] del 95%), curva ROC y comparación del número de ítems. El MMSE es el «patrón oro».

Participaron 214 pacientes, de los que el 63,9% eran mujeres, con una media de edad de $76,7 \pm 6,1$ años. Los parámetros estudiados no evidenciaron diferencias significativas entre los distintos sistema estudiados, como se refleja en la tabla 1, y en el cálculo de la curva ROC tampoco se observaron diferencias significativas.

De los TR utilizados en la mayoría de las baterías de tests de valoración cognitiva se

eligieron los sistemas de Thalmann (1996 y 2002), Shulman y Freedman, por su rápido y sencillo método de puntuación, mientras que los sistemas de Cacho «a la orden» y el de Méndez lo fueron por su puntuación más completa. La utilización del MMSE como «patrón oro» puede limitar los resultados, ya que el empleo de los criterios de demencia del DSM-IV podría ofrecer unos resultados diferentes en cuanto a la rentabilidad diagnóstica a los hallados en el presente estudio. Según los resultados obtenidos, no existen diferencias significativas en la clasificación dicotómica: normal o probable deterioro cognitivo, según el sistema de puntuación del TR utilizado. No obstante, hay que señalar que los sistemas más complejos, como los de Cacho o Méndez, tienen la ventaja adicional de que permiten clasificar el deterioro cognitivo en leve, moderado o grave.

Dado que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los sistemas estudiados, en nuestra opinión la escala de Thalmann de 2002⁶ sería la más adecuada para el ámbito de AP por su sencillez y brevedad.

Miguel Ángel Fuentes Pérez^a,
Josep Anton de la Fuente Cadenas^b,
Joana Guerrero Desirré^a
y Eliseu Castell Fríguls^c

^aMedicina de Familia y Comunitaria. ABS Camp de l'Arpa. CAP Maragall. Barcelona. España.

^bMedicina Familiar y Comunitaria. SAP Dreta. Barcelona. España.

^cMedicina y Cirugía. Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Camp de l'Arpa. CAP Maragall. Barcelona. España. Grupo de Revisión de Actividades Preventivas del Anciano (GRAPA).

Test del reloj. ¿Existe un sistema de puntuación óptimo en atención primaria?

Sr. Director: Con el objetivo de averiguar cuál de los 6 sistemas de puntuación del test del reloj (TR) más usados tiene una utilidad más adecuada en la valoración del estado cognitivo en atención primaria (AP), se di-

Palabras clave: Test del reloj. Deterioro cognitivo. Atención primaria.

1. Cacho J, García-García R, Arcaya J, Vicente JL, Lantada N. Una propuesta de aplicación y puntuación en el test del reloj

- en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol.* 1999;28:648-55.
2. Méndez MF, Ala TA, Underwood KL. Development of scoring criteria for the clock drawing task in Alzheimer disease. *J Am Geriatr Soc.* 1992;40:1095-9.
 3. Freedman M, Leach L, Winocur G, Shulman KI, Delis D. Clock Drawing test: a neuropsychological analysis. New York: Oxford University Press Inc.; 1994.
 4. Shulman KI. Clock-drawing; is it ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiat.* 2000;15:548-61.
 5. Thalmann B, Monsch AU, Ermini-Fünfschilling D. Improved screening for dementia: combining the clock drawing test and the Mini-Mental State Examination. Conferencia presentada en «The 4th International Nice/Springfield Alzheimer Symposium». Niza, 10-14 abril de 1996.
 6. Thalmann B, Spiegel R, Stähelin HB, Brubacher D, Ermini-Fünfschilling D, Bläsi S, et al. Dementia screening in general practice: optimised Scoring for the Clock drawing Test. *Brain Aging.* 2002;2:36-43.
-