

Tiempo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico del médico de atención primaria y el especialista en los pacientes con quejas de memoria y/o deterioro cognitivo

Josep Maria Argimon^a, Sebastià Riu^b, Xavier Badia^c, Evelyn Cadenas^d y José Manuel Martínez Lage^e

^aDepartament d’Avaluació. CatSalut. Barcelona. España.

^bUnidad de Psicogeriatría. Centro Residencial para Gente Mayor «Llars Mundet». Barcelona. España.

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

^dIMS Health. Barcelona. España.

^eUnidad de Trastornos de Memoria. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.

RESUMEN

Objetivo: analizar el intervalo transcurrido entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico del médico de atención primaria (AP) y el especialista en pacientes con quejas de memoria y/o deterioro cognitivo.

Material y métodos: estudio prospectivo, multicéntrico y naturalístico de 12 meses. Participaron 105 médicos de AP de España. Se incluyó a pacientes de más de 60 años que consultaron por quejas de memoria y/o deterioro cognitivo de más de 6 meses de evolución. Se realizaron 3 visitas (basal, 6 y 12 meses). Se recogió información del diagnóstico del médico de AP, tiempo de evolución de los síntomas, derivación y diagnóstico del especialista.

Resultados: se incluyó a 921 pacientes. Finalizaron el estudio 846. La edad media \pm desviación estándar fue de $74,3 \pm 6,8$ años, el 66,9% eran mujeres. La mediana de tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico inicial por parte del médico de AP fue de 12 meses (rango intercuartílico 8-16). Durante el estudio se derivó el 54,9% de los pacientes. La mediana y el rango intercuartílico de tiempo desde la consulta al médico de AP hasta la derivación al especialista fue de 0,6 (0-6,5) meses y el de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico del especialista de 17 (12,9-22,5) meses.

Conclusiones: los pacientes con deterioro cognitivo y/o quejas de memoria acuden a la consulta de AP cuando llevan más de un año de evolución de los síntomas. Más de la mitad de los pacientes son derivados al especialista, es decir, transcurre casi un año y medio desde que se inician los síntomas hasta que se diagnostica por el especialista.

Palabras clave

Deterioro cognitivo. Quejas de memoria. Diagnóstico. Tiempo de evolución. Atención primaria.

Interval between symptom onset and diagnosis in patients with memory complaints and/or cognitive impairment

ABSTRACT

Objective: to evaluate the interval between symptom onset and diagnosis by a general practitioner (GP) in patients with cognitive impairment and/or memory complaints.

Material and methods: we performed a 12-month prospective multicenter naturalistic study, in which 105 GPs from all over Spain participated. Patients aged more than 60 years attending their GP for the first time with memory complaints and/or cognitive impairment for more than 6 months were included. Each patient attended 3 consultations (baseline and at 6 and 12 months). Information was collected on GP diagnosis, time since symptom onset, referrals, and specialist diagnosis.

Results: a total of 921 patients were initially included, of which 846 were followed-up for 12 months. The mean age (SD) was 74.3 (6.8) years, and 66.9% were women. The median (interquartile range) interval between symptom onset and the initial GP diagnosis was 12 (8-16) months. During the study period, 54.9% of the patients were referred to a specialist. The median (interquartile range) interval between consultation with the GP and specialist referral was 0.6 (0-6.5) months and that between symptom onset and specialist diagnosis was 17 (12.9-22.5) months.

Conclusions: patients with cognitive impairment and/or memory complaints experienced symptoms for more than a year before consulting their GPs. More than half the patients were referred to a specialist and there was an interval of almost a year and a half between symptom onset and specialist diagnosis.

Key words

Cognitive impairment. Memory complaints. Diagnosis. Symptom duration. General practitioner.

Correspondencia: Dr. X. Badia Llach.
Departamento de Epidemiología Clínica y Salud Pública.
Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau.
Avda. Diagonal, 618, 1.^o C-D. 08021 Barcelona. España.
Correo electrónico: xbadia@es.imshealth.com

Recibido el 30-12-2005; aceptado el 04-12-2006.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos cognitivos y la demencia son los principales problemas de salud en los ancianos, por el impacto que tienen en el propio paciente, sus cuidadores, sus familias y el sistema sanitario¹. Su prevalencia en personas

mayores de 65 años se estima que es de un 10% en nuestro medio, cifra que aumenta conforme avanza la edad, especialmente después de los 80 años, cuando alcanza un 25%. Los trastornos cognitivos constituyen un 4% de las consultas neurológicas atendidas por el médico de atención primaria (AP)².

Es importante el diagnóstico temprano de los pacientes con sospecha de trastorno cognitivo, ya que éste hace más fácil la identificación de la etiología, permite el diagnóstico de algunas demencias reversibles y facilita la instauración de medidas farmacológicas y conductuales con demostrada eficacia en el mantenimiento de la función cognitiva y en el retraso de la sintomatología³. Concretamente, en la enfermedad de Alzheimer, los últimos avances terapéuticos han demostrado frenar la progresión de los síntomas si se inicia el tratamiento en etapas tempranas de la enfermedad^{4,5}.

En la mayoría de los países europeos, los médicos de AP ocupan un lugar primordial en la detección y el manejo efectivo de los pacientes con deterioro cognitivo, ya que no sólo son el primer punto de contacto del paciente, sino que conocen su entorno social, laboral y familiar y, por tanto, pueden contribuir a un diagnóstico temprano y a una orientación terapéutica adecuada⁶⁻⁸. Se ha demostrado que la prevalencia real de demencia en una población es más alta que la prevalencia de demencia detectada por los médicos de AP⁹ ya sea porque el médico de AP no lo detecta, o porque el paciente no consulta. En un estudio poblacional llevado a cabo en Finlandia de un total de 1.136 sujetos, se detectó a 58 pacientes con demencia que no habían consultado a su médico¹⁰.

Además de un retraso por parte del paciente en acudir a su médico, existe también un retraso en el diagnóstico una vez el paciente ya ha consultado. Se ha descrito que sólo alrededor de un 25% de los pacientes que acuden a AP con deterioro cognitivo son reconocidos como tales⁵. El tiempo y los medios en este nivel asistencial condicionan un infradiagnóstico de este trastorno^{2,11}; destaca una tendencia a infradiagnosticar los estadios leves de algunas demencias, especialmente en la enfermedad de Alzheimer¹²⁻¹⁴. Además, con la actual organización del sistema sanitario, el paciente se enfrenta a varios días de espera antes de poder ser visitado por el especialista, y en casos como en la enfermedad de Alzheimer esto se acompaña de un retraso en el tratamiento ya que éste sólo puede prescribirse a nivel especializado.

No se conocen estudios que valoren cuál es el tiempo de evolución entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico del médico de AP en España, así como el tiempo hasta el diagnóstico del especialista, por lo que se decidió realizar el presente trabajo, cuyo objetivo fue conocer el tiempo entre la aparición de los síntomas y diagnóstico del médico de AP y el del especialista en pacientes que acuden a la consulta con deterioro cognitivo y/o quejas de memoria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, longitudinal, multicéntrico y naturalístico sobre el manejo de las quejas de alteración de la memoria y/o deterioro cognitivo en pacientes mayores de 60 años en AP en condiciones de práctica clínica habitual. Un total de 105 investigadores de AP de ámbito rural y urbano participaron en el estudio. El estudio se llevó a cabo entre septiembre de 2001 y mayo de 2002. Se incluyó de forma consecutiva a los sujetos mayores de 60 años que acudieran a su médico de AP con quejas subjetivas de alteración de la memoria y/o deterioro cognitivo de más de 6 meses de evolución como motivo principal de consulta, sin diagnóstico previo. Se excluyó a todos aquellos pacientes que tuvieran trastornos afectivos o psicóticos crónicos graves que cursaran con alteraciones cognitivas y aquellos que tuvieran establecido un diagnóstico determinado. Todos los pacientes dieron su consentimiento para participar en el estudio. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundació Jordi Gol i Gurina de Barcelona.

Se definió el deterioro cognitivo como la alteración de las facultades intelectuales previamente conservadas, entre las que destaca la orientación, la memoria reciente, el razonamiento, el cálculo, el lenguaje, la capacidad de realizar tareas complejas y la capacidad de programación, entre otras. Para la realización de la valoración inicial y el establecimiento del diagnóstico en el seguimiento, tanto por AP como por especialistas, se aplicaron criterios de definición establecidos a nivel internacional¹⁵.

Recogida de información

Todos los pacientes realizaron por protocolo 3 visitas: una vista inicial (visita basal) y 2 visitas control de seguimiento a los 6 y 12 meses de la visita basal. En la visita basal se recogió información sobre las características sociodemográficas de la muestra, diagnóstico de sospecha del médico de AP, derivaciones a otro medio asistencial, tipo de especialista y motivo de la derivación, y meses de evolución de los síntomas. En las siguientes visitas de control se recogió información relativa a las derivaciones a otro medio asistencial, tipo de especialista, diagnóstico del especialista y tiempo de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico del mismo.

Análisis

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas de los pacientes incluidos para así poder definir el perfil del paciente atendido. Se analizó igualmente de manera descriptiva el manejo de la enfermedad en los pacientes que acudieron a consultas refiriendo quejas subjetivas de memoria y/o deterioro cognitivo; en este apartado se incluyó aspectos como el diagnóstico del médico de AP en la visita inicial, el tiempo entre la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico del médico de AP, el tiempo hasta la derivación a otro medio asistencial y hasta el diagnóstico del especialista.

TABLA 1. Características sociodemográficas de la muestra

Total = 921		n	Porcentaje
Edad	60-69 años	234	25,4
	70-79 años	482	52,3
	≥ 80 años	201	21,8
	No consta	4	0,4
Género	Varón	302	32,8
	Mujer	616	66,9
	No consta	3	0,3
Nivel de estudios	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
Estado civil	Soltero/a	69	7,5
	Casado/a	491	53,3
	Divorciado/a	9	1
	Viudo/a	350	38
Ámbito en el que vive	No consta	2	0,2
	Rural	308	33,4
	Urbano	610	66,2
Actividad laboral	No consta	3	0,3
	Activo	26	2,8
	Labores domésticas	347	37,7
	Jubilado	487	52,9
	En paro	9	1
	Baja laboral	11	1,2
	No consta	41	4,5

Para describir toda esta información se utilizaron pruebas estadísticas como la media, la desviación típica, la mediana, el percentil 25, el percentil 75 y el número de casos válidos al tratar variables de tipo continuo, y el recuento de casos por cada categoría y la frecuencia relativa al total de respuestas al tratar variables de tipo categórico.

Dada la dispersión de los diagnósticos, éstos fueron codificados y agrupados en 7 categorías de diagnóstico sindrómico o etiológico por un clínico experimentado¹⁵. La agrupación por diagnóstico sindrómico incluyó los diagnósticos de alteración de memoria asociada a la edad (AMAE), demencia sin especificar y deterioro cognitivo sin especificar. La agrupación por diagnóstico etiológico incluyó: demencia vascular, demencia tipo Alzheimer, deterioro cognitivo ligero y trastorno psicopatológico, siempre que los investigadores recogieran adecuadamente expresiones compatibles con esos diagnósticos. Se establecieron las categorías «Otros diagnósticos» (para aquel diagnóstico que no se podía agrupar en las categorías descritas) y «No consta definido», para los diagnósticos no introducidos. Esta clasificación se utilizó para describir los diagnósticos en las 3 visitas protocolizadas. Estas 7 categorías fueron reducidas a 4 categorías que englobaban las anteriores (AMAE, demencia, deterioro cognitivo y

trastorno psicopatológico), además de las categorías «Otros» y «No consta» para la evaluación de los diferentes objetivos planteados en el estudio.

El análisis de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 9.0 para Windows. En todas las pruebas estadísticas se consideró un nivel de significación de $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyó en el estudio a 921 pacientes. A los 12 meses de seguimiento se registró información sobre 846 pacientes (91,9%). En los 22 pacientes que no acudieron a la segunda visita o no se tenía ninguna información ocurrieron 8 fallecimientos y el resto fueron pérdidas de seguimiento. En los pacientes que acudieron a la segunda visita de control, pero no a la última, ocurrieron 10 fallecimientos y el resto fueron pérdidas de seguimiento.

Inicialmente, la edad media \pm desviación estándar de los pacientes fue de $74,3 \pm 6,8$ años y cerca del 80% de ellos con edades comprendidas entre los 60 y los 79 años. El 66,9% de los pacientes eran mujeres. Otras características sociodemográficas se muestran en la tabla 1.

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

			<i>n</i>	Porcentaje
Diagnóstico de sospecha inicial		AMAE	161	17,5
	Sindrómicos	Demencia	145	15,7
		Deterioro cognitivo	157	17,0
		Demencia vascular	52	5,6
	Etiológicos	Demencia tipo Alzheimer	73	7,9
		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 memoria asociada a la edad.

En la visita inicial, el 50,3% de los diagnósticos realizados fueron de tipo sindrómico (AMAE, demencia, deterioro cognitivo) y un 33,3% fueron diagnosticados basándose en un diagnóstico etiológico (demencia vascular, demencia tipo Alzheimer, deterioro cognitivo ligero y trastorno psicopatológico). Al 2,7% de los pacientes se les realizó un diagnóstico de sospecha inicial diferente a los citados previamente («Otros diagnósticos») y al 13,7% de ellos no se les emitió ningún diagnóstico de sospecha inicial («No consta»).

En la tabla 2 se describen los principales diagnósticos de sospecha efectuados por los médicos de AP en la primera visita. En el 17,5% de los pacientes, el médico de AP realizó un diagnóstico de AMAE y en el 21,9%, de deterioro cognitivo (agrupando los diagnósticos sindrómicos –deterioro cognitivo– y etiológicos –deterioro cognitivo ligero–). Se diagnosticó inicialmente de alguna demencia (demencia vascular, demencia tipo Alzheimer, o demencia) al 29,2% de los participantes en el estudio. Considerando los diferentes diagnósticos etiológicos de demencia, se diagnosticó al 15,7% de los pacientes de alguna demencia sin especificar, el 5,6% de demencia vascular y el 7,9% de demencia tipo Alzheimer. Finalmente, en el 14,9% de los pacientes el diagnóstico inicial de sospecha fue de trastorno psicopatológico.

La mediana (rango intercuartílico) de tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico por parte del médico de AP en la primera visita fue de 12 (8-16) meses (fig. 1). Los pacientes que recibieron diagnóstico de demencia fueron los que manifestaron más tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas, siendo la mediana (rango intercuartílico) de tiempo de 12 (9-18) meses; mientras que en los pacientes que recibieron el diagnóstico de trastorno psicopatológico la mediana (rango intercuartílico) de tiempo transcurrido fue de 10 (7,8-12,3) meses.

En la visita inicial se derivó al especialista y centros sociosanitarios al 36,9% de los pacientes que consultaron

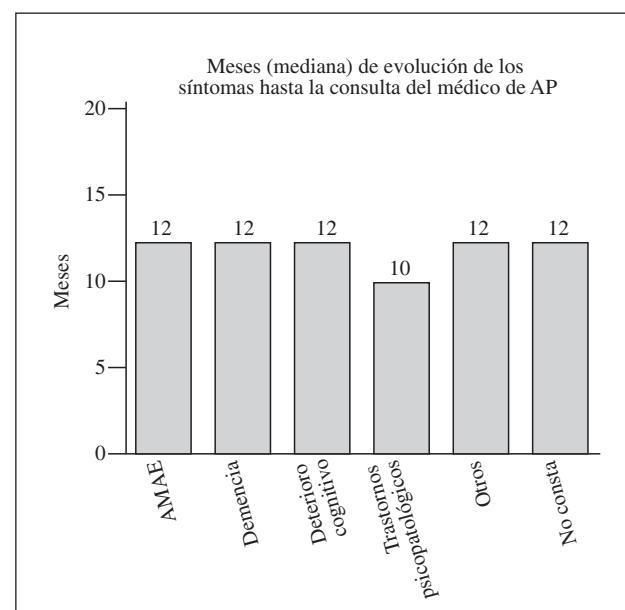


Figura 1. Tiempo de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico del médico de atención primaria en la primera visita, según diagnóstico de sospecha inicial. AMAE: alteración de memoria asociada a la edad; AP: atención primaria.

con quejas de memoria y/o deterioro cognitivo. Se derivó al 60,1% de los pacientes con diagnóstico de sospecha inicial de demencia, al 37,6% de los diagnosticados de deterioro cognitivo, al 24,4% de los diagnosticados de trastorno psicopatológico y al 18% de los pacientes diagnosticados de AMAE.

En la visita inicial, a la mayor parte de los pacientes que necesitaron ser derivados a otro medio asistencial se le remitió al neurólogo (82,9%), en menor proporción se les envió al psiquiatra (22,1%) y/o al geriatra (8%).

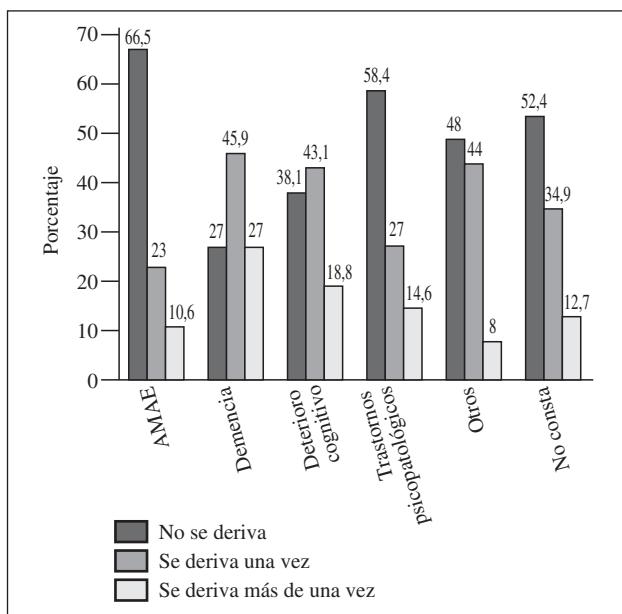


Figura 2. Porcentaje de pacientes que se considera necesario derivar a otro medio asistencial durante el período de estudio según el diagnóstico de sospecha inicial. AMAE: alteración de memoria asociada a la edad.

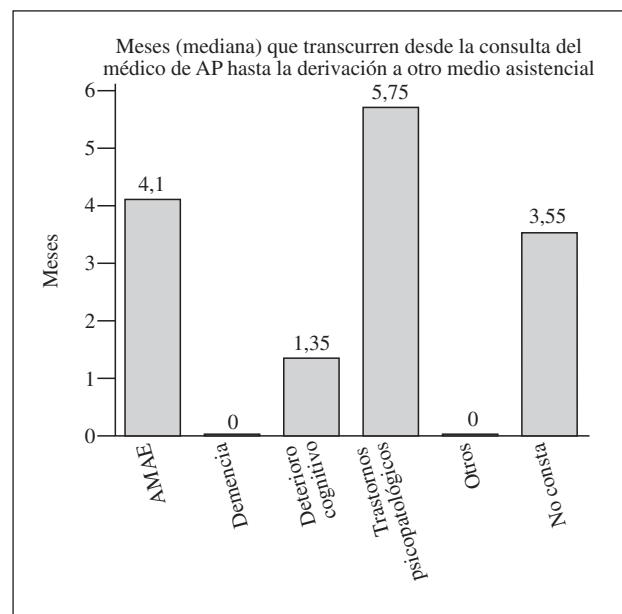


Figura 3. Tiempo desde la consulta de atención primaria hasta la derivación a otro medio asistencial según el diagnóstico de sospecha inicial. AMAE: alteración de memoria asociada a la edad; AP: atención primaria.

Durante los 12 meses de seguimiento, el médico de AP consideró necesaria la derivación a otro medio asistencial o a un especialista en el 54,9% de los pacientes (36,9% en una ocasión y 18,0% en más de una ocasión) (fig. 2). De entre los pacientes diagnosticados inicialmente de demencia, se derivaron durante el estudio en total al 72,9% de ellos. Si se considera el diagnóstico final a los 12 meses, se derivaron durante el estudio un 77% de los pacientes diagnosticados de demencia.

Los principales motivos alegados para la derivación a otro medio asistencial fueron completar estudio o la necesidad de confirmación diagnóstica para descartar otro tipo de enfermedad.

La mediana (rango intercuartílico) de tiempo, desde que el paciente consultó al médico de AP hasta la derivación del paciente a otro medio asistencial, fue de 0,6 (0-6,5) meses. Si tenemos en cuenta el tipo de diagnóstico, los pacientes con trastorno psicopatológico son aquéllos en los que transcurrieron más meses hasta la derivación a otro medio asistencial, con una mediana (rango intercuartílico) de 5,7 (0-9,8); en cambio, los pacientes con demencia son aquellos en los que transcurrió menos tiempo hasta que fueron derivados a otro medio asistencial con una mediana (rango intercuartílico) de 0 (0-5,1) meses (fig. 3).

La concordancia entre el diagnóstico de sospecha inicial por parte del médico de AP y el diagnóstico del especialista durante el seguimiento de todo el estudio fue moderada y se muestra en la tabla 3. Cabe destacar que en

los pacientes que obtuvieron un diagnóstico de sospecha de demencia, se confirmó el diagnóstico en un 79,4% de los casos tras la consulta con el especialista. Asimismo, el diagnóstico de sospecha de trastorno psicopatológico se confirmó en un 40% de los casos. El deterioro cognitivo se confirmó en el 23,7% de los casos y fue diagnosticado, finalmente, de demencia el 46,4% de los pacientes.

La mediana (rango intercuartílico) de tiempo de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico del especialista fue de 17 (12,9-22,5) meses. En la figura 4 se muestra el tiempo de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico del especialista según diagnóstico de sospecha inicial. Los pacientes con sospecha inicial de AMAE fueron los que presentaron mayor tiempo con una mediana (rango intercuartílico) de 19,1 (13,1-22,4) meses de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico del especialista, mientras que aquéllos en los que se sospechó inicialmente de deterioro cognitivo la mediana (rango intercuartílico) de tiempo de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico del especialista fue de 16,1 (11,6-22,9) meses.

En cuanto a los tratamientos prescritos en cada una de las visitas de estudio, cabe destacar que en ningún caso el paciente inició tratamiento con inhibidores de la colinesterasa en la visita inicial del estudio; recibió ese tratamiento un 13,6% de los pacientes a los 12 meses de seguimiento. El porcentaje de pacientes tratados con antagonistas del calcio ascendió durante el año de seguimiento del estudio del 10,4 al 16,4% de los pacientes y el porcentaje de pacientes tratados con inotrópicos o neuroprotectores ascendió del 20,5 al 28,6%.

TABLA 3. Concordancia entre sospecha diagnóstica inicial y diagnóstico emitido por el especialista durante el desarrollo del estudio

	Diagnóstico emitido por el especialista durante el seguimiento del estudio												Total			
	AMAE		Demencia		Deterioro		Trastorno		Otros		Normalidad					
	n	% fila	n	% fila	n	% fila	n	% fila	n	% fila	n	% fila	n			
Diagnóstico de sospecha inicial																
AMAE	6	12,2	17	34,7	9	18,4	9	18,4	5	10,2	2	4,1	1	2,0	49	100,0
Demencia	3	1,9	123	79,4	9	5,8	10	6,5	5	3,2	2	1,3	3	1,9	155	100,0
Deterioro cognitivo	2	2,1	45	46,4	23	23,7	13	13,4	10	10,3	3	3,1	1	1,0	97	100,0
Trastorno psicopatológico			13	28,9	9	20,0	18	40,0	3	6,7			2	4,4	45	100,0
Otros	1	16,7	1	16,7			2	33,3	1	16,7			1	16,7	6	100,0
No consta			18	42,9	5	11,9	8	19,0	10	23,8	1	2,4			42	100,0
Total	12	3,0	217	55,1	55	14,0	60	15,2	34	8,6	8	2,0	8	2,0	394	100,0

AMAE: alteración de memoria asociada a la edad.

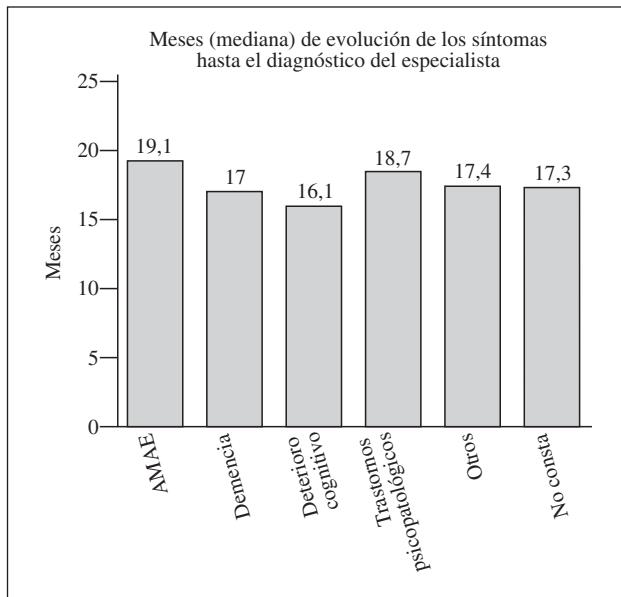


Figura 4. Tiempo de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico del especialista según diagnóstico de sospecha inicial. AMAE: alteración de memoria asociada a la edad.

DISCUSIÓN

El presente estudio permite conocer el tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico del médico de AP y del especialista en pacientes con deterioro cognitivo y/o quejas de memoria, así como el tiempo entre la consulta del médico de AP hasta la derivación a otro medio asistencial.

El diagnóstico temprano de la demencia en atención primaria es tan difícil como importante¹⁶, por lo que es necesaria una estrategia escalonada, partiendo de un diagnóstico sindrómico global hasta llegar a un diagnóstico etiológico bien definido¹⁷. En el presente estudio, como era de esperar, en la visita inicial más de la mitad de los diagnósticos de sospecha se realizaron de forma sindrómica

mientras que sólo el 33,3% de los diagnósticos fue de tipo etiológico. En cuanto al diagnóstico etiológico de demencia, únicamente un 7,9% de los pacientes se diagnosticó de demencia tipo Alzheimer en la primera visita, mientras que un 15,7% recibió un diagnóstico sindrómico de demencia.

La mediana (rango intercuartílico) de tiempo de evolución desde el inicio de las quejas subjetivas de alteración de la memoria y/o deterioro cognitivo hasta el diagnóstico del médico de AP fue de 12 (8-18) meses. Aunque no se observan grandes diferencias entre grupos de diagnóstico, cabe destacar que aquellos pacientes con diagnóstico inicial de demencia fueron los que manifestaron mayor tiempo de evolución de los síntomas, frente a los pacientes inicialmente diagnosticados de AMAE o deterioro cognitivo en los que el tiempo de evolución fue más corto. Una interpretación de estos resultados es que aquellos pacientes más evolucionados presentan evidentemente más sintomatología, lo que facilita que el diagnóstico de demencia se pueda realizar ya en la primera visita, aunque no deje de sorprender que estos pacientes no hayan consultado previamente.

Más de la mitad de los pacientes que acudieron a la consulta del médico de AP fueron derivados al especialista a lo largo del estudio, principalmente al neurólogo. Los principales motivos para la derivación fueron completar el estudio o la necesidad de confirmación diagnóstica para descartar otro tipo de enfermedades. En la primera visita se derivó al 60% de los pacientes inicialmente diagnosticados de demencia y al 37,6% de los diagnosticados de AMAE. En un estudio realizado en Finlandia, se derivó al 45% de los pacientes con diagnóstico inicial de demencia y al 31% de los pacientes con alteración de la memoria¹¹. En Bélgica se han obtenido tasas globales de derivación del 50%¹⁸. Aunque la comparación entre estudios no es fácil debido a las diferencias metodológicas y a la diversidad de organización de los servicios sanitarios entre países, podemos aproximar que la tasa de derivación en España no difiere de la observada en otros países europeos. Es difícil determinar si esta tasa es la adecuada o no, pues

no existe un modelo en el que basarse, aunque los autores de los estudios previamente mencionados consideran que estas tasas de derivación son demasiado bajas. Algunos autores han llegado a afirmar que, ante la baja tasa de detección de la demencia, los médicos de familia deberían derivar a todos aquellos pacientes con sospecha de tenerla^{19,20}.

En cuanto al tiempo de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico del especialista, transcurren algo más de 19 meses hasta que éste realiza un diagnóstico, teniendo en cuenta que en este período están comprendidos los casi 4 meses que transcurren desde que el paciente consulta hasta que el médico de AP lo deriva al especialista. En los pacientes con sospecha inicial de demencia, la mediana (rango intercuartílico) de tiempo de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico del especialista fue de 17 (12,2-22,2) meses. En un estudio realizado con 107 pacientes mayores de 55 años en el Reino Unido con diagnóstico de sospecha de demencia, el tiempo de evolución de los síntomas hasta la primera consulta fue de 22 meses y el tiempo hasta la derivación a un especialista fue de 2 meses²¹.

Dado que se ha demostrado que el tratamiento temprano mejora la evolución de la enfermedad y ante los resultados de este estudio, donde se observa el largo período de evolución de los síntomas hasta la valoración diagnóstica del médico de AP, se plantea una cuestión muy discutida en la literatura médica que es la del cribado de demencia en la población mayor de 65 años^{22,23}.

Una de las limitaciones de este estudio es que la información sobre el tiempo de evolución de los síntomas la proporcionaba el propio paciente o el acompañante y estaba sujeta, por tanto, a un sesgo de memoria. Este hecho, junto con la dificultad para dedicar el tiempo de atención necesario y la batería neuropsicológica adecuada para un buen diagnóstico en la consulta de AP, pueden justificar la moderada concordancia entre los diagnósticos efectuados por éstos y el especialista. También podría explicar el retraso añadido para el acceso a tratamiento con inhibidores de la colinesterasa, hoy por hoy tratamiento de elección en pacientes con demencia ligera (según la Agencia Española del Medicamento [AEM], la indicación es para demencia tipo enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave) a moderadamente grave²⁴⁻²⁶.

En definitiva, podemos concluir que el tiempo de evolución del paciente con deterioro cognitivo y/o alteración de la memoria hasta su diagnóstico sobrepasa los 12 meses, y es superior el tiempo hasta que recibe el tratamiento apropiado. Diversos factores influyen en ello: por una parte, el tiempo que tarda el paciente en consultar, el tiempo que dedica el médico de AP a realizar un diagnóstico y, finalmente, en aquellos que son derivados al especialista, el tiempo que tarda éste en recibir al paciente y el que dedica hasta el diagnóstico final. El retraso en el diagnóstico

se puede mejorar realizando cribados de demencia en la población general, conociendo los síntomas guía de la demencia (y de la enfermedad de Alzheimer en particular) y manteniendo un alto índice de sospecha de este trastorno en nuestras tareas cotidianas. Sin estas premisas no se puede garantizar el acceso del paciente a los tratamientos específicos de la demencia de forma precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Limón E, Argimon JM. Demencia, deterioro cognitivo leve y valores poblacionales de referencia. *Med Clin [Barc]*. 2004;122:744-5.
2. Moliner C, Martínez J, Gené J, Lázorla ME, Herrera A, Rozas M. Estudio preliminar de demencia en atención primaria. *Aten Primaria*. 1999; 24:169-74.
3. 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.
4. Leifer BP. Early diagnosis in Alzheimer's disease: clinical and economical benefits. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51 Suppl 1:S282-8.
5. 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.
6. Ólafsdóttir M, Skoog I, Marcusson J. Detection of dementia in primary care: the Linköping Study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2000;11:223-9.
7. Howarth DF, Heath JM, Snape FC. Beyond the Folstein: dementia in primary care. *Prim Care*. 1999;26:299-314.
8. Ólafsdóttir M, Marcusson J. Diagnosis of dementia at the primary care level. *Acta Neurol Scand*. 1996;165:58-62.
9. Geldmacher DS. Cost-effective recognition and diagnosis of dementia. *Semin Neurol*. 2002;22:63-70.
10. 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.
11. 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.
12. Stoppe G. Diagnosis of dementia in primary care: results of a representative survey in lower Saxony, Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1994;244:278-83.
13. Camicioli R, Willert P, Lear J, Grossmann S, Kaye J, Butterfield P. Dementia in rural primary care practices in Lake County, Oregon. *J Geriatr Psychiatr Neurol*. 2000;13:87-92.
14. Zunzunegui M, 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.
15. Casabella B, Espinàs J, Álvarez del Solar M, Fernández JA, Font MC, García de Blas F, et al. Tratamiento farmacológico. En: Casabella B, Espinàs J, Álvarez del Solar M, Fernández JA, Font MC, García de Blas F, editores. *Demencias*. Barcelona: Ed. Casanova; 1999. p. 73-86.
16. Rösler A, Gönnenwein C, Müller N, Sterzer P, Kleinschmidt A, Fröhlich L. The fuzzy frontier between Subjective Memory Complaints and Early Dementia. A survey of patient management in German Memory Clinics. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2004;17:222-30.
17. De Lepeleire J, Heyman J. Diagnosis and management of dementia in primary care at an early stage: the need for a new concept and an adapted procedure. *Theor Med Bioeth*. 1999;20:215-28.
18. 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.
19. 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.
20. Woods RT, Moniz-Cook E, Steve I, Campion P, Vernooij-Dassen M, Zanetti O, et al. Dementia: issues in early recognition and intervention in primary care. *J R Soc Med*. 2003;96:320-4.

21. Renshaw J, Scurfield P, Cloke I, Orrell M. General practitioners' views on the early diagnosis of dementia. *Br J Gen Practice*. 2001;51: 37-8.
22. Palmer K, Bäckman L, Winblad B, Fratiglioni L. Detection of Alzheimer's disease and dementia in the preclinical phase: population based cohort study. *BMJ*. 2003;326:245-8.
23. White N, Scott A, Woods RT, Wenger GC, Keady JD, Devakumar M. The limited utility of the Mini-Mental State Examination in screening people over the age of 75 years for dementia in primary care. *Br J Gen Pract*. 2002;52:1002-3.
24. Aupperle PM, MacPhee ER, Coyne AC, Blume J, Sánchez B. Health service utilization by Alzheimer's disease patients: a 2-year follow up of primary versus subspecialty care. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2003;16:15-7.
25. Rogers SL, Freidhof LT, and the Donepezil Study Group. The efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease: results of a U.S. multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Dementia*. 1996;7:293-303.
26. Raskind MA, Peskind ER, Truyen L, Kershaw P, Damaraju CV. The cognitive benefits of galantamine are sustained for at least 36 months: a long-term extension trial. *Arch Neurol*. 2004;61:252-6.