

El recuerdo de las tres palabras. ¿Es útil en el cribado del deterioro cognitivo en las personas mayores?

Miguel Ángel Fuentes Pérez^a, Laura Belmonte Calderón^a, Pilar Monteagudo Caba^b,
M. Asunción Muñoz de Escalona Padial^b, Ana Vandellós Belmonte^b y Eliseu Castell Fríguls^a,
Grupo de Revisión de Actividades Preventivas del Anciano (GRAPA)

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

^bEnfermería. ABS Camp de l'Arpa. CAP Maragall. Barcelona. España.

RESUMEN

Introducción.

Objetivo: determinar la validez de la prueba del recuerdo de 3 palabras (R3P) como prueba de cribado del deterioro cognitivo, utilizando la prueba de Pfeiffer Short Portable Mental Status Questionnaire [SPMSQ] como referencia.

Material y métodos.

Diseño: descriptivo transversal con seguimiento de un año. Emplazamiento: 3 consultas de atención primaria que atienden a población urbana.

Participantes: pacientes de 65 años o más que acuden a la consulta. La muestra inicial fue $n = 172$ (precisión del 5%, nivel de confianza del 95% y proporción esperada de deterioro cognitivo del 10%).

Mediciones principales: las mediciones se realizaron en los periodos 1/4/2004-31/5/2004 y 1/4/2005-31/5/2005. Se administró la prueba de R3P inicialmente y al cabo de año, para determinar su sensibilidad, especificidad y cocientes de probabilidad, al compararlo con el SPMSQ.

Resultados: la evaluación en 2004, incluyó a 172 personas, el 58% (100) mujeres, con una media $76,4 \pm 6,3$ años y un 5% (9) de analfabetos. El SPMSQ mostró un 90,1% (155) de individuos normales frente al 9,9% (17) con algún grado de alteración de la memoria. En el R3P se observó que un 42,4% (73) de los individuos recordó 3 palabras, el 39,5% (68) recordó 2, el 13,4% (23) recordó 1 y el 4,7% (8), ninguna.

El punto de corte de 1-2 palabras recordadas en el R3P presenta: sensibilidad = 58,5% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 36-78,4), especificidad = 86,5 % (IC del 95%, 80,2-91%) y valor predictivo negativo = 95% (IC del 95%, 90,1-97,6).

Conclusiones: recordar 2 o 3 palabras no permite descartar razonablemente el diagnóstico de deterioro cognitivo. El recuerdo de 0 o una palabra hace imprescindible realizar pruebas neuropsicológicas para confirmar ese deterioro.

Palabras clave

Sensibilidad. Especificidad. Cribado. Persona mayor. Deterioro cognitivo.

Three-word recall. Is it useful in screening for cognitive impairment in the elderly?

ABSTRACT

Introduction.

Objective: to determine the validity of three-word recall (TWR) for the screening of cognitive impairment, using the Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) as the gold standard.

Material and methods.

Design: descriptive cross-sectional study with a 1-year follow-up. Setting: 3 primary care centres attending an urban population.

Participants: outpatients aged 65 or more were included. The initial sample consisted of 172 patients (precision = 5%, confidence level = 95%, expected percentage with cognitive impairment = 10%)

Main measurements: measurements were estimated on April 1 2004/May 31 2004 and April 1 2005/May 31 2005. We administered TWR initially and 1 year later to determine its sensitivity, specificity and probability quotients with respect to the SPMSQ.

Results: the baseline evaluation (2004) included 172 subjects. One hundred subjects (58%) were women. The mean age was 76.4 years (SD = 6.3). Nine subjects (5%) were illiterate.

The results of examination with the SPMSQ showed normal memory in 155 subjects (90.1%) and memory impairment in 17 subjects (9.9%). When the TWP was used, 73 subjects (42.4%) recalled 3 words, 68 (39.5%) recalled 2 words, 23 (13.4%) recalled 1 word and eight subjects (4.7%) recalled none.

The 1-2 word recall cut-off point had a sensitivity of 58.5% (95% CI, 36.0-78.4), a specificity of 86.5% (95% CI, 80.2-91%) and a negative predictive value of 95% (95% CI, 90.1-97.6).

Conclusions: the ability to recall 2 or 3 words does not reasonably rule out a diagnosis of cognitive impairment. Subjects able to recall 0 or 1 should undergo neuropsychological tests to confirm cognitive impairment.

Key words

Sensitivity. Specificity. Screening. Elderly. Cognitive impairment.

INTRODUCCIÓN

La atención al paciente de edad avanzada con deterioro cognitivo es objetivo común de médicos, enfermeros y trabajadores sociales, por lo que el uso de la información

Correspondencia: Dr. E. Castell Fríguls.
Passeig Maragall, 52-54. 08041 Barcelona. España.
Correo electrónico: eliseucastell@yahoo.es

Recibido el 23-12-2005; aceptado el 21-12-2006.

y los procedimientos empleados para su detección deben ser multidisciplinarios. La accesibilidad y la longitudinalidad de la atención primaria (AP) hacen de éste un ámbito privilegiado para la identificación del deterioro cognitivo. La mayor parte de los pacientes con demencia no se diagnostica en AP sino en centros especializados¹.

En las fases iniciales de la demencia las pruebas utilizadas ofrecen un resultado normal y su diagnóstico sólo puede realizarse mediante una evaluación neuropsicológica exhaustiva.

Aunque existen en nuestro país varias escalas o pruebas para la valoración de alteraciones cognitivas² que pueden emplearse en AP, su aplicación es mínima ya que precisan de un tiempo del cual no se dispone en la consulta.

No existen hasta el momento marcadores biológicos o pruebas de neuroimagen que permitan detectar la demencia. Es necesario buscar pruebas adecuadas, para seleccionadas y adaptarlas en AP, dado que son los únicos instrumentos disponibles.

Progresivamente, han ido apareciendo instrumentos breves de cribado de demencia, como el Test de Cribado Rápido de Demencia (TCRD)³, el Eurotest, desarrollado en nuestro país⁴ o el Test de las Cinco Palabras^{5,6}.

Más breve es la exploración del recuerdo de las 3 palabras (R3P), elemento ya existente en el miniexamen cognitivo (MMSE) de Folstein et al⁷. En la literatura médica hay múltiples publicaciones, alguna de ellas reciente, que estudian su eficacia⁸⁻¹². La comparación de los resultados de esos trabajos es compleja por la variabilidad de los métodos utilizados, la diversidad de los grupos estudiados, la heterogeneidad de las palabras empleadas y la limitación de las pautas normativas.

El R3P se ha mostrado útil para identificar a pacientes con alteración cognitiva^{8,12}. En nuestro país no se encuentran publicaciones que estudien específicamente el R3P como instrumento breve de valoración cognitiva. Únicamente hay una referencia en la valoración de los distintos elementos en la validación y normalización del MMSE por parte de Lobo et al¹³, con el punto de corte 2/3 del elemento «recuerdo de 3 palabras previamente citadas», que presenta una sensibilidad del 14,6% y una especificidad del 97,7%; compárese esas cifras con el 81,3 y el 91,5% de la orientación temporal. Cabe señalar que la validación española del Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)¹⁴ ofrece una sensibilidad y especificidad de los ítems de orientación temporal similares a las correspondientes del MMSE.

En las instrucciones originales del MMSE⁷, el recuerdo de 3 palabras previamente citadas fue una labor de memoria incidental, de modo que a las personas interrogadas no se les advirtió de que debían recordarlas. Posteriormente¹⁵ se incluyó el aviso del examinador a los

encuestados para que recordasen las palabras, ya que se les preguntaría por éstas al cabo de un tiempo.

En las últimas versiones de adaptación del MMSE realizadas en nuestro país por Lobo et al (1999)¹³ y Blesa et al (2001)¹⁶, se incluye esa advertencia.

Tampoco había inicialmente un acuerdo general sobre las palabras a utilizar; fue en 1979 cuando se adoptaron las palabras «manzana, mesa, penique» en inglés (Impreso de Entrevista Diagnóstica del Nacional Institute of Mental Health en Estados Unidos¹²). Actualmente hay clínicos que prefieren elegir, según su experiencia, las palabras que recordar.

Algunos trabajos⁸ han notificado buenos resultados para predecir la enfermedad de Alzheimer utilizando las palabras «rosa, pelota, llave» en inglés, aunque el 14% de la población sana no recordó ninguna palabra y un 19% recordó sólo una. Estos mismos autores han comunicado que las palabras empleadas pueden influir en los resultados, de forma que cuando se emplearon las palabras «marrón, tulipán, honestidad» en inglés, en un grupo de personas mayores, el 60% no recordó ninguna palabra.

Resultados análogos¹¹ se encuentran en otras publicaciones que usan las palabras «pelota, bandera, árbol» en inglés con una buena capacidad predictiva de Alzheimer, aunque un 14% de la población sin demencia no recordó ninguna palabra.

En nuestro país también se han empleado palabras distintas según la versión validada, ya que Lobo et al¹³ emplean «peseta, caballo, manzana» mientras que Blesa et al¹⁶ utilizan las palabras «bicicleta, cuchara, manzana».

Por todo ello, se pretende averiguar qué utilidad puede tener el R3P como herramienta de cribado en el deterioro cognitivo en la población de edad avanzada.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es valorar la validez de criterio del R3P en el cribado del deterioro cognitivo en la población de personas mayores atendidas en AP, respecto a un patrón de referencia habitualmente utilizado en nuestro medio, como es el SPMSQ.

Asimismo, se intenta conocer, mediante el empleo de los instrumentos mencionados, cuál es la evolución clínica tras un año de seguimiento de los pacientes evaluados inicialmente.

De forma adicional, se desea investigar la existencia de variables clínicas y sociodemográficas que puedan asociarse a cualquier grado de deterioro cognitivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población del estudio fue elegida por muestreo consecutivo entre los pacientes de 65 años o más que acudieron por cualquier causa a 3 consultas de AP del ABS Camp de l'Arpa, emplazado en la ciudad de Barcelona. El tamaño de la muestra necesario para realizar el estudio se estimó en 172 sujetos (precisión del 5%, nivel de confianza del 95%, proporción esperada de deterioro cognitivo del 10% y proporción de pérdidas de seguimiento del 10%). Se excluyó a los pacientes diagnosticados previamente de demencia y a los pacientes cuyo estado cognitivo había sido estudiado en los 3 últimos meses.

Los datos fueron recogidos del 1 de abril al 31 de mayo de 2004 y un año después del 1 de abril al 31 de mayo de 2005.

Se administró el R3P consistente en memorizar las palabras «pelota, bandera, árbol», dichas lentamente y de forma clara con un intervalo de un segundo entre cada palabra, con la advertencia al paciente de que «se les preguntará más tarde por las mismas». Una vez fijadas las 3 palabras se les pidió su repetición, al cabo de un minuto, anotando el número de palabras recordadas. Inmediatamente después se administra el SPMSQ en su validación reciente al castellano de Martínez de la Iglesia et al¹⁴. Asimismo se recogieron datos sociodemográficos, nivel de estudios, la presencia de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, depresión) y la polimedicación (administración crónica de 5 o más fármacos).

En 2005 se revaluó a la misma población con los mismos instrumentos y recogiendo las mismas variables. El análisis estadístico se realizó con el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 12.0). En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de todas las variables. Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizaron la media, la mediana, la desviación estándar (DE), mínimo y máximo. Para la descripción de las variables cualitativas se emplearon las tablas de frecuencia (número de casos y porcentajes). Para analizar la relación entre variables cualitativas se aplicó la prueba de la χ^2 y para comparar dos medias utilizamos la prueba de la t de Student. Se calculó la sensibilidad, la especificidad, el área bajo la curva, el valor predictivo positivo (VPP), el valor predictivo negativo (VPN) y los cocientes de probabilidad del R3P, tanto en estimación puntual como por intervalo de confianza (IC) del 95%. La concordancia entre R3P y SPMSQ se obtuvo mediante el cálculo del índice kappa.

RESULTADOS

En la primera valoración de 2004 se incluyó a 172 individuos, el 58,1% (100) de ellos mujeres, con una edad comprendida entre los 65 y los 91 años (media \pm DE = 76,4 \pm 6,3 años). En la figura 1 se aprecia la distribución porcentual por grupos de edad.

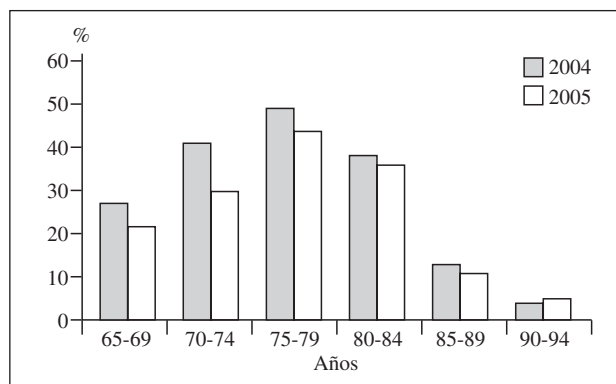


Figura 1. Distribución por grupos de edad de los individuos incluidos en el estudio.

En cuanto al nivel de instrucción, el 5% (9) de los sujetos eran analfabetos, el 91% (156) sabía leer y escribir o tenía estudios primarios y el 4% (7) tenía bachillerato o estudios superiores.

Todos los pacientes fijaron las 3 palabras, aunque el 20% necesitó la repetición de la serie para su fijación.

El R3P presentó los siguientes resultados: al cabo de un minuto, el 4,7% (8) de los pacientes no recordó ninguna palabra, el 13,4% (23) recordó una palabra, el 39,5% (68) recordó 2 palabras y el 42,4% (73) recordó las 3.

El SPMSQ ofreció los siguientes valores: el 90,1% (155) de los individuos tuvo menos de 2 errores y el 9,9% (17) 3 o más errores. Esta última cifra se desglosa de la siguiente forma: 14 personas con 3-4 errores (deterioro cognitivo leve), 1 con 5-7 errores (deterioro cognitivo moderado) y 2 con 8-10 errores (deterioro cognitivo grave).

El estudio de la distribución de las características de la muestra según la variable sexo no mostró diferencias estadísticamente significativas en edad, nivel de estudios y prevalencia de deterioro cognitivo (tanto utilizando el SPMSQ como el R3P).

La presencia de deterioro cognitivo mediante el SPMSQ no se asoció al nivel de estudios (11,1% en analfabetos y 9,6% en pacientes con estudios primarios completos o bachillerato; $p = 0,68$). Un resultado similar se obtuvo con el R3P.

Había una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de deterioro cognitivo según el SPMSQ y la edad (media = 75,9 si el SPMSQ era normal y media = 82,6 si el SPMSQ estaba alterado; $p < 0,001$). El R3P mostró resultados coincidentes (media = 75,7 si el R3P era normal y media = 80,0 si el R3P estaba alterado; $p < 0,001$).

La comparación de resultados entre el SPMSQ y el R3P considerando los 3 posibles puntos de corte se muestran

TABLA 1. Resultados de la comparación del SPMSQ y el recuerdo de 3 palabras según los diferentes puntos de corte

R3P	SPMSQ								
	Punto de corte 0-1 ^a			Punto de corte 1-2 ^b			Punto de corte 2-3 ^c		
	Alterado	Normal	Total	Alterado	Normal	Total	Alterado	Normal	Total
Alterado	6	2	8	10	21	31	13	87	99
Normal	11	153	164	7	134	141	4	69	73
Total	17	155	172	17	155	172	17	155	172
Sensibilidad, % (IC del 95%)	35,5 (17,5-58,7)			58,5 (36-78,4)			76,5 (52,7-89,8)		
Especificidad, % (IC del 95%)	98,7 (95,4-99,6)			86,5 (80,2-91,0)			44,5 (36,9-52,4)		
VPP, % (IC del 95%)	75 (40,9-92,9)			32,3 (18,6-49,9)			13,1 (7,8-21,2)		
VPN, % (IC del 95%)	93,3 (88,4-96,2)			95,0 (90,1-97,6)			94,5 (86,7-97,8)		
CPP	27,35 (5,98- 125,6)			4,34 (2,47-7,62)			1,38 (1,02-1,86)		
CPN	0,66 (0,46-0,94)			0,48 (0,27-0,85)			0,53 (0,22-1,28)		
Kappa	0,44 (0,15-0,74)			0,33 (0,10-0,56)			0,07 (-0,07-0,20)		

CPN: cociente de probabilidad negativo; CPP: cociente de probabilidad positivo; IC: intervalo de confianza; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo; R3P: recuerdo de las 3 palabras.

^aSe considera normal una o mas palabras recordadas.

^bSe considera normal 2 o 3 palabras recordadas.

^cSe considera normal recordar las 3 palabras.

en la tabla 1. Se puede apreciar que el punto de corte 1-2 ofrece un área bajo la curva superior, aunque no hay diferencia significativa tras el cálculo de su IC.

El índice kappa mostró una concordancia moderada para el punto de corte 0-1, ligera para el 1-2 y nula para 2-3.

La prevalencia del SPMSQ alterado fue del 9,5% (12) en hipertensos, 8,4% (3) en diabéticos y del 11,4% (4) en pacientes diagnosticados de depresión. Al aplicar la prueba de la χ^2 no se hallaron diferencias significativas en el deterioro cognitivo según el SPMSQ, en función de la variable «enfermedad crónica estudiada».

El grupo de pacientes polimedicados fue de 121: el 89,3% (108) con el SPMSQ normal y el 10,7% (13) con el SPMSQ alterado. Tampoco se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de deterioro cognitivo en función de la variable «polimedicación».

En la valoración realizada en 2005 no se pudo reevaluar al 14% de los pacientes (24), debido a 4 fallecimientos, 2 ingresos en residencias, 2 cambios de zona, uno no voluntad para continuar participando en el estudio, un error en la citación y 14 pacientes no localizados. El análisis del grupo no reevaluado (24) mostró su similitud con el grupo que pudo ser reevaluado, respecto a las variables sexo y nivel de estudios, pero, en cambio, era de mayor edad (media = 80,0 en los no reevaluados y media = 75,9 en los reevaluados; $p = 0,003$) y con mayor prevalencia de deterioro cognitivo (el 33,8 y el 5,4%, respectivamente; $p < 0,001$).

Esta segunda valoración incluyó a 148 individuos con el 58,1% (86) de mujeres. Los valores de la variable edad estaban comprendidos entre los 66 y los 92 años (media \pm

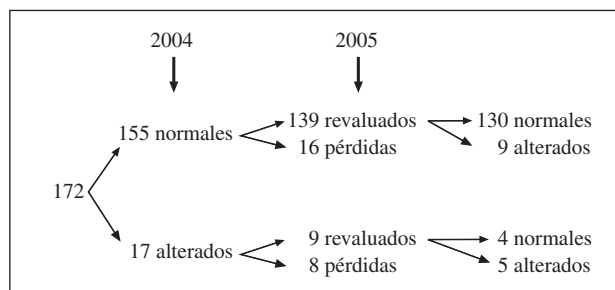


Figura 2. Evolución de la valoración cognitiva 2004-2005 según el SPMSQ.

DE = $75,9 \pm 6,0$ años). El grupo de edad más representativo fue el de 75-79 años, al igual que en 2004, siguiendo la distribución reflejada en la figura 1. La evolución de los pacientes evaluados en 2004 puede seguirse en la figura 2.

De los 139 pacientes evaluados como normales en 2004 que completaron el estudio en 2005, 9 pacientes presentaban un SPMSQ alterado, teniendo todos ellos más de 75 años. De los 17 pacientes con algún grado de alteración cognitiva en 2004, 9 pudieron reevaluarse en el 2005, de los cuales 5 fueron clasificados como normales según el SPMSQ. Globalmente, el 9,5% (14) de los pacientes evaluados en 2005 presentaba deterioro cognitivo (11 leve, 2 moderado y 1 grave).

En la figura 3 se muestra la distribución del deterioro cognitivo en función del SPMSQ en 2004 y 2005; no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas evaluaciones en cuanto a su prevalencia.

En 2005, con el R3P, el 3,4% (5) de los pacientes no recordó ninguna palabra; el 10,8% (16) memorizó 1 palabra;

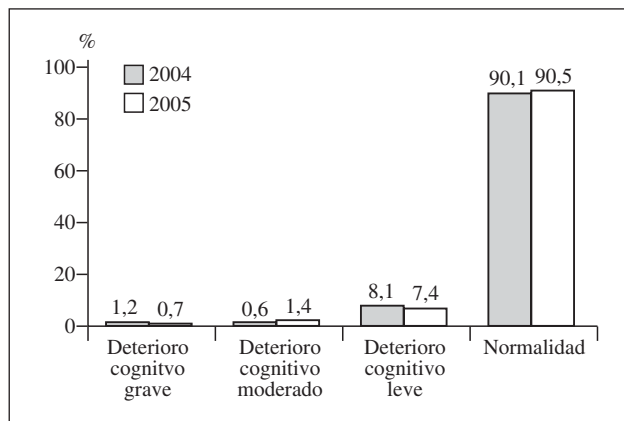


Figura 3. Distribución de los resultados del SPMSQ. DCL: deterioro cognitivo leve; DCM: deterioro cognitivo moderado; DCS: deterioro cognitivo severo; N: normalidad.

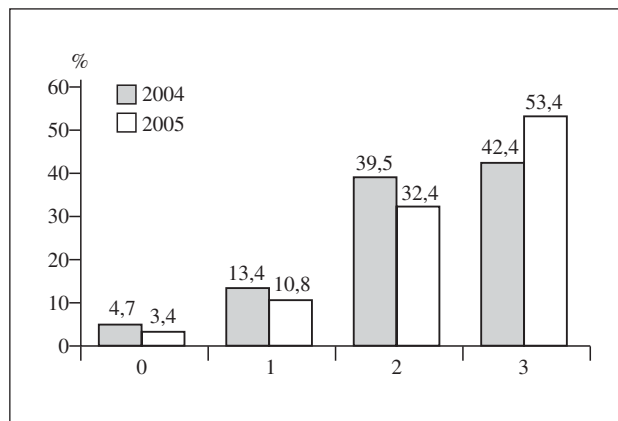


Figura 4. Distribución de los resultados de R3P.

el 32,4% (48), 2 palabras, y el 53,4% (79) acertó las 3. En la figura 4 se aprecia la distribución de los resultados de R3P según la puntuación obtenida en 2004 y 2005.

Había una mayor proporción de sujetos con 3 palabras recordadas y un menor número de sujetos con 0 o 1 palabras recordadas en 2005, respecto a 2004.

La prevalencia de enfermedades asociadas también se modificó, debido a las pérdidas de 24 pacientes y al diagnóstico de 3 nuevos casos de depresión, 1 caso de diabetes y 2 de hipertensión arterial.

Los pacientes con hipertensión arterial eran 110: el 89% (98) con SPMSQ normal y el 11% (12) con SPMSQ alterado. De los 32 pacientes diabéticos, el 97% (31) tenía un SPMSQ normal, mientras que de los 32 pacientes con depresión el 91% (29) tenía un SPMSQ normal.

El número de individuos polimedicados fue de 102, con un 88% (90) de pacientes con el SPMSQ normal y un 12% (12) alterado. No se observaron diferencias significativas entre la presencia de enfermedades o polimedicación y la prevalencia de deterioro cognitivo según SPMSQ, tal como había pasado en la evaluación inicial.

En la figura 5, se presenta el área bajo la curva de R3P, calculada mediante SPSS con un método no paramétrico. El valor puntual del área bajo la curva es 0,74 (con un IC entre 0,57 y 0,90).

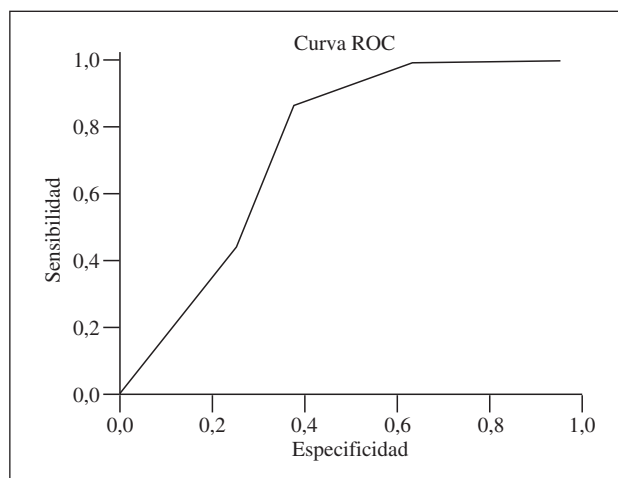


Figura 5. Área bajo la curva del R3P.

Los resultados de este trabajo muestran que el R3P en ninguno de los posibles puntos de corte estudiados (incluido el punto de corte 1-2, propuesto en la literatura médica internacional^{8,12} y que a partir del área bajo la curva calculada es el punto de corte más apropiado) tiene una sensibilidad superior al 90% (considerando los valores máximos de los IC). Para el punto de corte 1-2, la sensibilidad alcanza como máximo un 76,5%, es decir que no detectaría 1 de cada 4 pacientes con deterioro cognitivo. Por tanto, el R3P no puede recomendarse como instrumento de cribado del deterioro cognitivo, a pesar de su sencillez, aceptabilidad y rapidez de administración.

Llama la atención que la concordancia entre R3P y SPMSQ tenga un grado de acuerdo moderado (en el mejor de los casos) en el punto de corte 1-2, propuesto por otros autores^{8,12}, ya que se intuía inicialmente que existiría una mayor concordancia entre ambas pruebas.

Una de las limitaciones presentes es la existencia de un número importante de pacientes en los que no se ha po-

DISCUSIÓN

Se han escogido las palabras «pelota, bandera, árbol» porque se han utilizado en trabajos similares con resultados satisfactorios¹¹. Se ha advertido de que «volverían a ser preguntadas» por creer que esta circunstancia puede facilitar la comparación de este trabajo con otros publicados previamente^{8,12}.

dido realizar la reevaluación al año (2005) y de los que se desconoce su situación actual (pacientes no localizados), factor que puede sesgar esa reevaluación. De todas formas, aunque se desconozca el destino final de más de la mitad de los pacientes no reevaluados, la mayor prevalencia de deterioro cognitivo (33%) en la evaluación inicial (2004) en estos pacientes sugiere un mal pronóstico de los sujetos no reevaluados con situación actual desconocida.

La selección en AP de pacientes con cualquier grado de deterioro cognitivo podría ser de utilidad para identificar a pacientes vulnerables, ya que se ha demostrado en la literatura médica internacional¹⁷ y en estudios recientes en nuestro país¹⁸ que el deterioro cognitivo es un factor de riesgo de mortalidad en la población de edad avanzada. Esa selección genera, paralelamente, nuevas necesidades: buscar elementos de comunicación en la entrevista clínica, proponer otros modelos de consejos de actividades preventivas, revisar las prescripciones farmacológicas, vigilar el cumplimiento terapéutico y comprobar el apoyo social.

Otro aspecto que se debe destacar es que la puntuación global del R3P, a pesar de haber transcurrido un año, fue discretamente más elevada y la prevalencia global de deterioro cognitivo obtenida mediante el SPMSQ disminuyó levemente (del 9,9 al 9,5%). Este hecho puede atribuirse a las pérdidas de seguimiento de pacientes, ya que, como se mencionó anteriormente, la tercera parte de los pacientes no reevaluados en 2005 presentaba deterioro cognitivo en 2004, aunque no podemos descartar el beneficio de intervenciones sociosanitarias posteriores al diagnóstico de deterioro cognitivo en la evaluación. De hecho, 4 pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo leve en 2004 fueron clasificados como normales en 2005, situación que contrasta con la evolución natural del deterioro cognitivo.

Cabe resaltar que la prevalencia hallada de deterioro cognitivo es muy similar a la encontrada en la literatura médica¹⁹ y que todos los nuevos casos de deterioro cognitivo aparecidos al año de seguimiento tienen más de 75 años. Ello podría sugerir que, si el paciente tiene un resultado normal y menos de 75 años, no sería necesario realizar un cribado con periodicidad anual y sí que lo sería a partir de los 75 años, edad a partir de la cual aumenta la incidencia del deterioro cognitivo.

Por otra parte, a pesar del consenso de que la AP es el nivel más apropiado para realizar la detección del deterioro cognitivo, las evidencias científicas ponen en duda la conveniencia o efectividad del cribado a todos los pacientes mayores, incluidos aquellos que no presentan clínica¹⁹⁻²³.

Este trabajo, a pesar de que su objetivo no era analizar la efectividad del cribado generalizado, no ofrece ningún dato que apoye su necesidad. De todas formas, se abre la

puerta a futuros trabajos comparativos entre el R3P y otras herramientas de cribado rápido, como la prueba de los 7 minutos²⁴ o el 5 x 5 Test de Información General (TIG)²⁵, aunque el R3P debería evaluarse utilizando como patrón de referencia los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)-IV, estudio que podría mejorar los conocimientos sobre su validez como herramienta breve de exclusión del deterioro cognitivo.

Otra futura línea de trabajo, encaminada a aumentar la sensibilidad diagnóstica, manteniendo la especificidad obtenida en el presente estudio, es la combinación del R3P con otra prueba breve ya que, a pesar de alargarse mínimamente su duración, la prueba resultante podría ser más efectiva.

En resumen, la interpretación de los resultados del R3P, aceptando el punto de corte 1-2 (recomendado por los investigadores originales^{8,12}), es la siguiente: si los pacientes recuerdan 0 o una palabras es aconsejable realizar un estudio neuropsicológico convencional a fin de confirmar la existencia de deterioro cognitivo, mientras que un resultado de 2 o 3 palabras debe definirse como normal, aunque, en la práctica, algo más del 40% de los pacientes con deterioro cognitivo recuerda 2 o más palabras, por lo cual ese resultado no excluye razonablemente la existencia de deterioro cognitivo.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren expresar su gratitud a Enriqueta Pujol Ribera y Josep Anton de la Fuente Cadenas por su desinteresada colaboración durante todo el proyecto, cuyos resultados se comunican en este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zunzunegui M, Del Ser T, Rodríguez-Laso A, García-Yemenes MJ, Domingo J, Otero-Puime A. Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicados para la Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2003;31:581-6.
2. Bermejo F, Díaz J, Porta-Etessam J. Cien escalas de interés en neurología clínica. Madrid: Prous Science SA; 2001.
3. Kalbe E, Calabrese P, Schwalen S, Kessler J. The Rapid Dementia Screening Test (RDST): A new economical tool for detecting possible patients with dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2003;16:193-9.
4. Carnero C, Montoso MT. Evaluación preliminar de un nuevo test de cribado de demencia (Eurotest). *Rev Neurol*. 2004;38:201-9.
5. Dubois B, Touchon J, Porter F, Oussr PJ, Vellas B, Michel B. «Les 5 mots» épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *Presse Med*. 2002;31:1696-9.
6. Mazzoleni R, Peeters JC, Lakaye A, Decock C, Uytendhoeft, Jacquy J. Le diagnostic d'un trouble mnésique: le test de 5 mots. *Rev Med Brux*. 2004;25:437-41.
7. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-98.
8. Cullum CM, Thompson LL, Smernoff EN. Three-word recall as a measure of memory. *J Clin Exp Neuropsychol*. 1993;15:321-9.

9. Guilmette TJ, Tsoh JY, Malcom C. Orientation and three-word recall in predicting memory. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 1995;8:20-5.
10. White T, Bauer R, Bowers D, et al. Recall of three words five minutes: Its relationship to performance on neuropsychological memory tests. *Appl Neuropsychol* 1995;2:130-8.
11. Kuslansky G, Buschke H, Katz M, Sliwinski M, Lipton RB. Screening for Alzheimer's disease: The Memory Impairment Screen versus the conventional three-word memory test. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:1086-91.
12. Chandler MJ, Lacritz LH, Cicerello AR, Chapman SB, Honing LS, Weiner MF, et al. Three-Word recall in normal aging. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2004;26:1128-33.
13. Lobo A, Saz P, Marcos G, Díaz JL, De la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:767-74.
14. Martínez de la Iglesia J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:129-34.
15. Morris JC, Heyman A, Mohs RC, Hughes JP, Van Belle G, Fillenbaum G, et al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*. 1989;39:1159-65.
16. Blesa R, Pujol M, Aguilar M, Santacruz P, Bertrán-Serra I, Hernández G, Sol JM, Peña-Casanovas J, NORMACODEM Group. Clinical validity of «mini-mental state» for Spanish speaking communities. *Neuropsychologia*. 2001;39:1150-7.
17. Zanocchi M, Ponzetto M, Neirotti M, Maero B, Francisetti F, Spada S, et al. Predictive variables of mortality in elderly patients after hospitalization. Significance of multidimensional evaluation. *Recenti Prog Med*. 2001;92:184-8.
18. Regal RJ, Salinero MA, Cruz-Jentoft AJ. Factores predictores de mortalidad de una cohorte clínica de pacientes ancianos. *Aten Primaria*. 2005;36:480-8.
19. Bermejo F. Reflexiones sobre el cribado (screening) de enfermedades. *Neurología*. 2003;18 Suppl 2:29-38.
20. Grupo Español Multidisciplinar para la Atención coordinada al Paciente con Demencia, ediciones. Atención coordinada al paciente con demencia. Madrid: Doyma; 2000.
21. Patterson C, Gass D. Screening for cognitive impairment and dementia in elderly. *Can J Neurol Sci*. 2001;28 Suppl 1:42-51.
22. Cumming J, Frank J, Cherry D, Kohatsu N, Kemp B, Hewett L, et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I, Assessment. *Am Fam Physician*. 2002;65:2263-72.
23. Eccles M, Clarke J, Livingstone M, Freemantle N, Mason J. North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia. *BMJ*. 1998;317:802-8.
24. Del Ser T, Sánchez F, García de Yébenes MJ, Otero A, Zonzunegi MV, Muñoz DG. Versión española del Test de los 7 Minutos. Datos normativos de una muestra poblacional de ancianos de más de 70 años. *Neurología*. 2004;19:344-58.
25. Ferrero-Arias J, Sánchez-Saudinós MB, Lamet-Gil I. El test «cinco por cinco». Instrumento breve para la detección de impedimento cognitivo en contextos clínicos. *Neurología*. 2001;16:254-61.