

Sospecha de demencia en la atención primaria: la pieza clave del programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) de Alzheimer y otras demencias

Suspected dementia in primary care centres: the key component of the Chilean explicit health guarantees program for Alzheimer's disease and other dementias

Señor Editor:

Recientemente se ha incorporado la enfermedad de Alzheimer y otras demencias al programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), con lo que se busca garantizar una atención adecuada a los pacientes con estas patologías. Con este fin, es crucial la forma en que se identifique a las personas que accederán al proceso de confirmación diagnóstica. Los documentos ministeriales preliminares sugieren la aplicación de los instrumentos de *screening* para deterioro cognitivo contenidos en la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM) para establecer la sospecha diagnóstica. El objetivo de esta carta es comentar críticamente esta forma de definir el caso sospechoso de demencia y relevar el rol clave de la atención primaria de salud para una estrategia alternativa de pesquisa.

En lo fundamental, se define el caso sospechoso de demencia de una forma primariamente psicométrica utilizando para esto los puntajes de una versión modificada del Minimental test de Folstein (MMSE) y la escala de funcionalidad de Pfeffer contenidas en el EFAM. Con resultado alterado se establece sospecha de demencia y se activa la garantía GES de acceso a confirmación diagnóstica. Aunque la norma técnica aún no está disponible, es muy probable que esta incorpore la misma definición de caso sospechoso y dado que el EFAM se aplica anualmente a todos los mayores de 65 años en atención primaria, este funcionará como un *screening* para demencia en población asintomática. Esta estrategia tiene varios problemas conceptuales y prácticos que desarrollaremos brevemente.

En primer lugar, la definición de caso sospechoso de demencia debe ser clínica y basada en la queja de memoria u otra función cognitiva por parte del paciente o sus cercanos.¹ Por lo tanto, una breve entrevista clínica con el paciente y un acompañante que permita identificar la presencia de un *cambio* reciente en la memoria u otra función cognitiva y el impacto en su funcionalidad debiera estar al inicio del proceso diagnóstico². La utilización de un examen mental abreviado como el MMSE tiene, en este contexto, el objetivo de documentar los rendimientos cognitivos del paciente

pero no el de identificar o diagnosticar el síndrome demencial. Tanto el US Preventive Services Task Force sobre uso de screening para deterioro cognitivo como la última revisión de la colaboración Cochrane corroboran las críticas a este tipo de estrategias^{3,4}.

En el caso particular del MMSE incluido en el EFAM, hemos señalado su mal desempeño y riesgo de subdiagnóstico en casos leves o de presentación no amnésica y sobrediagnóstico en contextos de baja escolaridad en una publicación previa⁵, en línea con la crítica al sobreuso de test breves para la identificación de casos en la literatura internacional⁶. Así, una consecuencia esperable de su uso será una mala selección de los casos sospechosos y el deterioro de la eficiencia del resto de la red. Es importante también señalar que un aumento en el número de derivaciones al nivel secundario es habitual durante la implementación de un programa nacional, pero ello no implica necesariamente una mejor detección de casos. Además, cabe destacar que el GES de demencias incluye un amplio rango de patologías demenciantes además de la Enfermedad de Alzheimer, incluyendo la demencia frontotemporal, demencia vascular y asociada a la enfermedad de Parkinson entre otras. Para muchos de estos casos el MMSE resulta aun menos adecuado como instrumento de detección al no incluir, por ejemplo, ítems para evaluación de funciones ejecutivas. Este tipo de problemas psicométricos tampoco se resuelven con el uso del MMSE original de 30 puntos si es que sus resultados no se interpretan en el contexto de una evaluación clínica más amplia donde la historia clínica sea lo fundamental^{2,4}.

Una estrategia de detección como la propuesta aquí puede incluir el uso de test psicométricos breves para apoyar la evaluación clínica, pero se basará principalmente en una entrevista clínica semi-estructurada dirigida a explorar los aspectos esenciales del síndrome demencial. Por lo tanto, esta aproximación al caso sospechoso requerirá dotar a los clínicos y equipos multidisciplinarios de la atención primaria de adecuadas herramientas clínicas y de asesoría por parte de especialistas en la patología. Del mismo modo, aunque los procedimientos específicos se adapten al contexto local, es importante generar directrices generales para el funcionamiento de los equipos de la atención primaria que tienen la misión de confirmar el diagnóstico y eventualmente iniciar tratamiento. Por último, las oportunidades de capacitación en centros con experiencia en el diagnóstico y manejo de pacientes con demencia y la implementación de consultorías en los centros de salud primaria serán claves para generar una masa crítica de profesionales capaces de resolver adecuadamente la mayor parte de los casos sospechosos.

Hemos creído oportuno llamar la atención de los lectores de Revista Médica de Chile frente a los puntos aquí desarrollados en el contexto de la reciente incorporación de la demencia al régimen GES, en el entendido

de que el debate crítico de las políticas públicas en salud es parte del quehacer de este espacio. Valoramos la incorporación de la demencia al plan de garantías explícitas como un avance sustancial para lograr una respuesta coordinada del sistema de salud ante el aumento de la prevalencia de demencia en nuestro país. Por este motivo que nos parece relevante abrir el debate sobre la estrategia de detección más adecuada de acuerdo a la evidencia disponible, y abogar por que los recursos técnicos y humanos necesarios para una implementación exitosa de esta política pública lleguen a tiempo.

Daniel Jiménez^{1,2}, Manuel Lavados¹, Marta Guillón^a

¹Departamento de Ciencias Neurológicas Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

²Servicio de Neurología, Hospital del Salvador.

^aPsicóloga, PhD en psicología.

Referencias

1. De Lepeleire J, Wind AW, Iliffe S, Moniz-Cook ED, Wilcock J, Gonzalez VM, et al. The primary care diagnosis of dementia in Europe: an analysis using multidisciplinary, multinational expert groups. *Aging Ment Health* 2008; 12 (5): 568-76.
2. Cordell CB, Borson S, Boustani M, Chodosh J, Reuben D, Verghese J, et al. Alzheimer's Association recommendations for operationalizing the detection of cognitive impairment during the Medicare Annual Wellness Visit in a primary care setting. *Alzheimers Dement* 2013; 9 (2): 141-50.
3. Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults. *JAMA* 2020; 323 (8): 757.
4. Creavin S, Wisniewski S, Noel-Storr A, Trevelyan C, Hampton T, Rayment D, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in people aged over 65. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 1: 1-185.
5. Jiménez D, Lavados M, Rojas P, Henríquez C, Silva F, Guillón M. Evaluación del minimal test abreviado de la evaluación funcional del adulto mayor (EFAM) como screening para la detección de demencia en la atención primaria. *Rev Med Chile* 2017; 145: 726-32.
6. Brown J. The use and misuse of short cognitive tests in the diagnosis of dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015; 86 (6): 680-5.

Correspondencia a:

Dr. Daniel A. Jiménez F.

Departamento de Ciencias Neurológicas Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

José Miguel Infante 553, Providencia. Santiago, Chile.

danieljimenez@med.uchile.cl