

Integración de la neuropsicología en la atención primaria

Traducción autorizada para publicación secundaria

Margaret Lanca^{1,2}

Traducción al español
Justin Medina³

RESUMEN

Artículo originalmente publicado como: Lanca, M. (2018). Integration of neuropsychology in primary care. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 33(3), 269–279. <https://doi.org/10.1093/arclin/acx135>

El campo de la neuropsicología está ganando terreno en la atención primaria, ya que cada vez se reconoce más la importancia de la cognición en la salud física. Con la integración de la atención primaria en neuropsicología, los pacientes reciben una variedad de evaluaciones cognitivas (por ejemplo, cribados, evaluaciones neuropsicológicas breves y recomendaciones de tratamiento mediante consultas del proveedor al neuropsicólogo) basadas en un modelo escalonado que puede permitir diagnosticar de forma más eficiente trastornos y problemas cognitivos y ayudar en el tratamiento. Se describen dos estudios de caso para ilustrar este proceso. Se proporciona información que ilustra cómo se introdujo la integración de la neuropsicología en dos clínicas de atención primaria de un sistema hospitalario comunitario.

Palabras clave:

Evaluaciones neuropsicológicas breves; Neuropsicología; Neuropsicología de atención primaria; Integración de la salud conductual; Cribado cognitivo

Autor de correspondencia

Margaret Lanca
1493 Cambridge Street,
Cambridge, Massachusetts 02139
mlanca@challiance.org

¹ Departamento de Psiquiatría, Cambridge Health Alliance

² Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina de Harvard

³ Ponce Health Sciences University, Ponce, Puerto Rico

INTRODUCCIÓN

La integración de la neuropsicología en la atención primaria está aumentando a medida que la reforma sanitaria se expande en Estados Unidos. Esto refleja un cambio significativo en la práctica, ya que los proveedores de atención primaria (PAP) han sido desde hace tiempo la especialidad menos probable en utilizar servicios neuropsicológicos^{1,2}. Pero dado que el tratamiento médico está pasando a nuevos acuerdos de pago dirigidos a mejorar la calidad de la atención al paciente y reducir costos, la integración de la salud conductual y el aumento de las evaluaciones cognitivas son uno más en una gama creciente de servicios en las clínicas de atención primaria^{3,4}. Cada vez se reconoce más que la salud cognitiva es fundamental para el bienestar general y que la detección de problemas cognitivos mejora la eficacia del tratamiento. Esto ha incrementado tanto el acceso de los pacientes como la concienciación en la comunidad médica sobre el uso rutinario de las evaluaciones cognitivas.

De forma similar a los roles de PAP, los neuropsicólogos en atención primaria están específicamente formados y capacitados en el primer punto de contacto para pacientes con un síntoma cognitivo o preocupación cognitiva no diagnosticada (el paciente “indiferenciado”) no limitado por el origen del problema (por ejemplo, biológico, conductual o social) o por sistema orgánico. Promueven la salud cognitiva y el mantenimiento, el asesoramiento, la educación del paciente, el diagnóstico y hacen recomendaciones de tratamiento para mejorar la salud. Muchos neuropsicólogos con habilidades especializadas en neuropsicología médica trabajan directamente con los PAP para proporcionar consultas, evaluaciones cognitivas breves y recomendaciones de tratamiento. El conocimiento actualizado de las condiciones metabólicas, inmunológicas, endocrinas y vasculares es especialmente vital para trabajar junto a los PAP y reconocer el impacto de estas condiciones en la salud cognitiva. Para una discusión más amplia sobre el ámbito de la neuropsicología médica, véanse las referencias^{5, 6}. Los neuropsicólogos también tienen un conocimiento profundo de la psicopatología y los tratamientos conductuales, y suelen

combinar su experiencia en cognición y psicología con su comprensión del diagnóstico y funcionamiento de los pacientes. Su formación facilita perspectivas profesionales compartidas con colegas de salud conductual primaria en atención primaria (psiquiatras, psicoterapeutas) así como con colegas médicos.

De forma similar al modelo de atención primaria, en el que las decisiones sobre el tratamiento médico se basan en un enfoque de atención “escalonada”⁷⁻⁹, las evaluaciones neuropsicológicas también siguen esta línea. En la atención escalonada, la selección del tratamiento se orienta de tal manera que el tratamiento médico avanza de forma gradual, desde el menos intensivo hasta el más intensivo. Si el paciente responde al tratamiento menos invasivo, este se mantiene durante el tiempo que sea necesario; sin embargo, si el estado del paciente se mantiene igual o empeora, se aplica un nivel de tratamiento más intensivo. El resultado es que los tratamientos más intensivos se reservan para los problemas más graves.¹⁰ Muchas afecciones médicas (por ejemplo, la hipertensión o la diabetes) se tratan en atención primaria utilizando este enfoque, al que se añade la consulta con un especialista en los niveles superiores de atención, según sea necesario.

Descripción de las evaluaciones cognitivas por etapas: La aplicación de un modelo de atención por etapas para la neuropsicología en la atención primaria ha dado lugar a una serie de prestaciones, con la creación de diversos tipos de evaluaciones neuropsicológicas que van desde la consulta hasta evaluaciones más exhaustivas con intervención. Estas etapas también pueden ser recursivas. Es decir, un paciente que haya sido sometido a una evaluación neuropsicológica completa en el pasado puede que solo necesite una evaluación más breve para un seguimiento continuo en el futuro o una consulta periódica. Como se puede observar en la figura 1, en la evaluación menos invasiva, «Nivel O», los neuropsicólogos ofrecen consultas a los PAP. En estas consultas, los PAP suelen plantear preguntas sobre la cognición de sus pacientes y desean saber si es necesaria una evaluación más exhaustiva, si el comportamiento que les preocupa

puede considerarse normal o anormal, o si determinados tratamientos podrían resultar útiles de forma previa o en combinación con la realización de una evaluación neuropsicológica más completa. En ocasiones, la consulta puede centrarse en abordar estrategias cognitivas mejoradas para pacientes con deterioro cognitivo (por ejemplo, qué nivel de apoyo podría mejorar el cumplimiento terapéutico). En última instancia, estas consultas aportan una mayor concienciación sobre los déficits cognitivos asociados a las enfermedades crónicas y mejoran el manejo de la enfermedad.

Las pruebas de cribado cognitivo y/o de estado de ánimo (por ejemplo, Mini-Cog, MMSE) se realizan con frecuencia antes de la consulta para la evaluación neuropsicológica. Estas pruebas constituyen un primer paso importante en la evaluación de la cognición en una comunidad sanitaria. Existen muchos tipos diferentes de pruebas de cribado cognitivo (véase la referencia¹¹ para una revisión). La mayoría son rápidas (5-10 minutos) y pueden ser realizadas por diversos profesionales sanitarios (por ejemplo, PAP, enfermeros, auxiliares médicos). Cuentan con propiedades psicométricas suficientes para alertar a los PAP de la posible presencia de problemas cognitivos¹². Block et al.¹³ definen y delimitan el alcance del cribado cognitivo y cómo se diferencia de las pruebas cognitivas y la evaluación neuropsicológica. Roebuck-Spencer et al.¹⁴ también delimitan estas distinciones y esbozan las limitaciones del cribado cognitivo, en particular su incapacidad para proporcionar un diagnóstico. Si el cribado cognitivo, junto con la propia evaluación que el PAP realiza de su paciente, suscita inquietudes, se puede solicitar una consulta para determinar los pasos a seguir. Las consultas neuropsicológicas también pueden realizarse únicamente mediante la revisión de la historia clínica. Si es necesario, se puede pasar de un cribado a una intervención neuropsicológica más intensa, ya sea mediante una evaluación neuropsicológica breve (ENB) o una evaluación neuropsicológica más exhaustiva, con o sin intervención cognitiva. Por el momento, la mayoría de las aseguradoras aún no cubren el costo de las consultas (aunque esto podría cambiar). Sin embargo, pueden resultar útiles para determinar si se necesita

una intervención neuropsicológica más amplia. Las consultas se realizan en un plazo de 1 a 2 días.

El nivel «Paso 1» de evaluación cognitiva consiste en una evaluación neuropsicológica breve, que proporciona un mayor nivel de valoración de las capacidades cognitivas y del funcionamiento emocional. Se diferencian de los cribados cognitivos en que requieren una cita más larga (normalmente de 60 a 90 minutos) y en que un experto en neuropsicología, formado para diagnosticar y realizar recomendaciones terapéuticas específicas, administra una batería de pruebas cuasiflexible. Las evaluaciones neuropsicológicas breves no pretenden sustituir a los cribados cognitivos existentes ni a las evaluaciones neuropsicológicas; más bien se centran en un nivel intermedio de atención, situado entre una evaluación neuropsicológica exhaustiva y un cribado cognitivo. Estas citas suelen concertarse con antelación como citas neuropsicológicas independientes en atención primaria, una vez que el PAP ha remitido al paciente, y los pacientes son atendidos en un plazo de 2 a 3 semanas.

Una ENB utiliza pruebas neuropsicológicas seleccionadas y se centra en cuestiones específicas de la derivación (p. ej., TDAH, demencia). Las partes de la evaluación correspondientes a la entrevista, la realización de pruebas y la retroalimentación tienen lugar durante la misma cita. Los resultados se comunican al final de la cita, de modo que el paciente pueda recibir asistencia inmediata, ya sea en forma de psicoeducación, referidos, recomendaciones para un tratamiento posterior y/o un diagnóstico. Cabe señalar que no siempre es posible establecer un diagnóstico en este nivel de evaluación neuropsicológica, ya que no ofrece la amplitud de una evaluación neuropsicológica exhaustiva. En ocasiones, tras la cita se contacta con el PAP mediante comunicación personal, si se considera que el estado de salud del paciente requiere atención inmediata (por ejemplo, si el paciente presenta alteración del estado de conciencia debido a episodios hipertensivos o hipoglucémicos, si expresa ideas suicidas o si requiere un análisis toxicológico por sospecha de simulación). Algunas de estas comunicaciones más urgentes con los PAP requieren

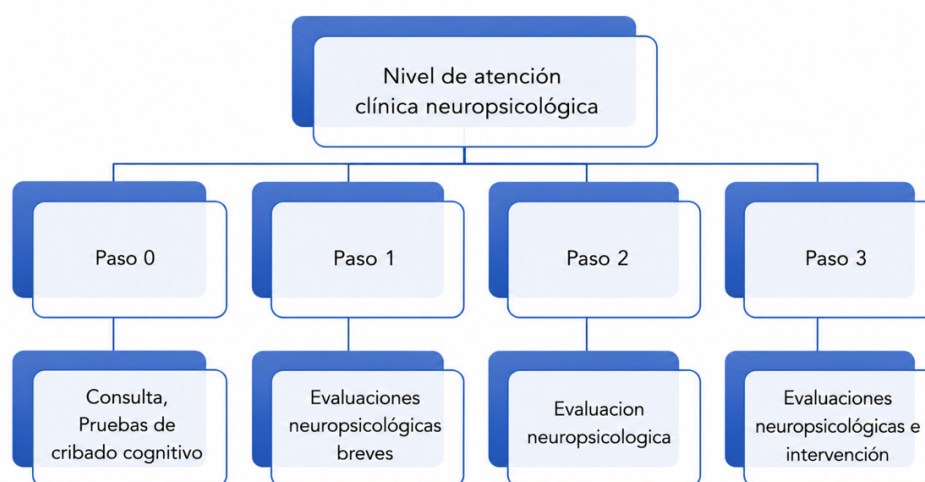


Figura 1. Descripción de la atención neuropsicológica en cada nivel escalonado.

«referencia directa» (es decir, trasposos personales) al proveedor o al personal médico para que se preste atención médica inmediata. La coordinación con el farmacéutico clínico también resulta a veces beneficiosa para los pacientes con dificultades para cumplir el tratamiento farmacológico. Se envían informes breves al profesional que ha derivado al paciente en un plazo de 24 horas. Los pacientes reciben una copia del informe si lo solicitan, aunque normalmente el informe se envía al médico de cabecera a través de la historia clínica electrónica (HCE). En ocasiones, se envían recomendaciones a los pacientes por correo postal.

El nivel de atención «Paso 2» implica una evaluación neuropsicológica exhaustiva y representa la valoración neuropsicológica típica. Entre los ejemplos de pacientes que han superado la Etapa 1 se incluyen aquellos que han dado positivo en la detección de demencia mediante la ENB, pero que requieren una evaluación más exhaustiva para determinar el alcance de la afección y/o la especificación diagnóstica del subtipo de demencia. Otro ejemplo sería una ENB de TDAH con resultado indeterminado debido a un diagnóstico diferencial de trastorno del aprendizaje. También abarcan el ámbito de otras derivaciones habituales, como los trastornos cognitivos debidos a otras afecciones neurológicas (p. ej., esclerosis múltiple, epilepsia de Parkinson) y afecciones psiquiátricas (p.ej.,

esquizofrenia). Estas evaluaciones se llevan a cabo en la consulta ambulatoria del neuropsicólogo y no en atención primaria, y las citas suelen tardar más en programarse que las de la ENB.

En el caso de determinadas afecciones, la neuropsicología puede proporcionar tanto una evaluación neuropsicológica exhaustiva como una intervención terapéutica, como la rehabilitación cognitiva. Esto refleja el nivel más intensivo de tratamiento, el «Paso 3». Por ejemplo, un paciente con TDAH puede ser evaluado y, a continuación, recibir formación sobre estrategias de funciones ejecutivas para mejorar la planificación, la eficiencia, la falta de atención y la distracción. A un paciente esquizofrénico se le pueden enseñar técnicas para mejorar la resolución de problemas, la planificación y la memoria, que suelen verse afectadas por la enfermedad. A un paciente con demencia en fase inicial se le pueden enseñar estrategias para compensar los problemas de memoria. Este programa de rehabilitación se diseña de forma individualizada en función del perfil cognitivo del propio paciente.

Hoja de ruta para la integración en un sistema hospitalario de base comunitaria

Cambridge Health Alliance (CHA) es un sistema hospitalario académico (de la Facultad de Medicina de Harvard) de base comunitaria situado en Cambri-

dge, Massachusetts, que cuenta con 12 centros de atención primaria. Los servicios de neuropsicología están disponibles para todo el sistema hospitalario, principalmente a través del departamento de psiquiatría ambulatoria. Las evaluaciones de la fase 1 del programa ENB se realizan en dos centros de atención primaria de la comunidad, con una sesión (de medio día) a la semana. El personal de la consulta de atención primaria reserva con antelación, a través del historial médico electrónico (HME), dos citas para pacientes una mañana a la semana en cada clínica. Esta organización surgió como parte de la introducción de la integración de la salud conductual en la atención primaria cuando la CHA comenzó su transformación hacia una Organización de Atención Responsable (OAR) hace seis años. En aquel momento, varios miembros del personal psiquiátrico asalariado (es decir, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales) fueron asignados a una clínica de atención primaria como parte de una reasignación de su tiempo para trabajar en este ámbito. Desde entonces, se han contratado nuevos profesionales de psiquiatría para trabajar exclusivamente en atención primaria. El jefe de psiquiatría y el director médico de una clínica de atención primaria—que había obtenido la acreditación de nivel 3 como «centro médico centrado en el paciente» por parte del Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (CNAC)—recibieron una propuesta del departamento de neuropsicología para la realización de evaluaciones neuropsicológicas (ENB), en la que se proponía que un neuropsicólogo reasignara parte de su tiempo a la atención primaria para llevar a cabo dichas evaluaciones. El director médico apoyó plenamente esta propuesta y expresó una necesidad real de asistencia en las evaluaciones cognitivas. Tras su aprobación, se celebraron reuniones de planificación y puesta en marcha con diversos responsables de la administración médica a lo largo de seis meses para resolver los obstáculos logísticos (por ejemplo, facturación, espacio, flujo de derivaciones). Una vez resueltos estos obstáculos, comenzamos a realizar las ENB, pero también celebramos varias reuniones con el equipo de atención primaria a lo largo de seis meses para desarrollar y perfeccionar el flujo de derivaciones y debatir directrices específicas sobre los tipos de pacientes adecuados para estas derivaciones a las ENB (en contraposición a las evaluaciones neuropsicológicas completas). Las

citas de los pacientes se llenaron rápidamente y, al principio, había una lista de espera de entre 6 y 8 semanas, aunque en el plazo de un año, este flujo de derivaciones se estabilizó en aproximadamente 1 a 3 semanas. En el plazo de dos años, el servicio de neuropsicología se amplió a una segunda clínica de atención primaria de la CHA con acreditación de nivel 3 de la CNAC. En 2016, una clínica de atención primaria fue nombrada como una de las 30 del país con un modelo ejemplar de innovación en la plantilla, a través de un nuevo proyecto nacional, «El equipo de atención primaria: aprender de las prácticas ambulatorias eficaces», también conocido como «LEAP». El proyecto «LEAP» es una iniciativa conjunta de la Fundación Robert Wood Johnson (RWJF) y el Centro MacColl para la Innovación en la Atención Sanitaria del Instituto de Investigación Group Health.

Desarrollamos un modelo de ENB con dos protocolos, uno para el TDAH y otro para la demencia, aunque, en teoría, se pueden elaborar protocolos de ENB especializados para una amplia gama de afecciones médicas y/o neurológicas. Por lo general, se facturan entre dos y tres unidades como examen del estado neuroconductual (es decir, CPT 96116). La implementación de las consultas y las ENB (Paso 0 y Paso 1) en la atención primaria también ha dado lugar a una reconfiguración del flujo de derivaciones para evaluaciones neuropsicológicas más exhaustivas (Paso 3) en la clínica de neuropsicología ambulatoria, al agilizar las derivaciones que no requieren evaluaciones exhaustivas. Dado que el CHA es un centro de formación posdoctoral en neuropsicología, los residentes de neuropsicología suelen observar y colaborar, según corresponda, aunque no facturan por su tiempo (ya que los profesionales clínicos sin licencia no pueden facturar el código 96116).

ENB para el TDAH

Las dificultades cognitivas asociadas al TDAH suelen detectarse por primera vez en entornos de atención primaria¹⁵. Se ha documentado un aumento en el número de pacientes adultos que solicitan diagnóstico y tratamiento para sus síntomas de falta de atención y/o hiperactividad¹⁶. Sin embargo, un número considerable (48 %) de PAP para adultos

no ha recibido una formación exhaustiva en la evaluación y el tratamiento del TDAH en adultos, y se sienten incómodos a la hora de diagnosticar este trastorno^{17,18}. Esto puede deberse, en parte, a la elevada tasa de comorbilidad y al solapamiento de los síntomas cognitivos con otros trastornos neuropsiquiátricos, lo que puede complicar el diagnóstico preciso del TDAH. Aproximadamente el 50 % de los adultos con TDAH presenta un trastorno comórbido^{19,20}. Los más frecuentes son los trastornos del estado de ánimo (38,3 %), de ansiedad (47,1 %), de consumo de sustancias (15,2 %) y de control de los impulsos (19,6 %) ²⁰. Por lo tanto, los PAP son más propensos a referir a un especialista para evaluar el TDAH en comparación con otros trastornos²¹. Lo que puede retrasar la atención, reducir la eficiencia y, potencialmente, aumentar los costos. Las limitaciones de tiempo de los PAP también suponen un obstáculo para el diagnóstico y el tratamiento de esta población de pacientes, ya que las consultas suelen ser bastante breves (10-20 minutos)¹⁵. La posibilidad de abuso de estimulantes también ha contribuido a la reticencia de los PAP a diagnosticar y tratar el TDAH.^{15,21,22,23} Por ello, existe una necesidad especial de contar con evaluaciones accesibles y eficaces del TDAH en la atención primaria que puedan hacer frente a este aumento de casos y satisfacer las necesidades de tratamiento de esta población de pacientes.²⁴

La ENB para el TDAH consta de una entrevista psiquiátrica exhaustiva (aprox. 45-60 min), que constituye el método de referencia para la evaluación, junto con determinadas pruebas neuropsicológicas complementarias que han demostrado su utilidad para determinar los déficits cognitivos que suelen estar implicados en el TDAH, tales como la flexibilidad mental, la atención, la memoria de trabajo y de procesamiento^{25,26}. (Véase la Tabla 1). La evaluación neuropsicológica breve (aprox. 15 min) también puede ayudar a establecer estrategias cognitivas breves para los pacientes. Administramos cuestionarios de autoinforme para examinar los síntomas del TDAH y el estado de ánimo (aprox. 5-10 min) y, a continuación, ofrecemos comentarios y retroalimentación (aprox. 15 min). También incluimos medidas de validez de rendimiento para evaluar la implicación en las tareas y la simulación, lo

cual reviste especial relevancia dado el aumento del abuso de estimulantes en EE. UU. Estas medidas son administradas por un neuropsicólogo. El objetivo de una ENB para el TDAH es proporcionar una evaluación inicial del TDAH con el fin de descartar otros factores médicos o psiquiátricos complicantes que puedan simular el TDAH (p. ej., trastornos del sueño, abuso de sustancias). En ocasiones, los pacientes presentan problemas de atención que surgen únicamente en el contexto de un trastorno del estado de ánimo. En este tipo de casos, se lleva a cabo una psicoeducación, se aplican estrategias cognitivas y se deriva al paciente a tratamiento psiquiátrico. En un estudio realizado en el CHA sobre las ENB (M. Lanca et al., en preparación), se observó que solo el 20% de las ENB para el TDAH dieron lugar a un diagnóstico de TDAH, debido a la complejidad de la presentación secundaria a la incidencia de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos o a problemas de atención derivados de otros problemas médicos. El 7% de las evaluaciones neuropsicológicas (ENB) de TDAH remitidas dieron positivo en simulación, lo que pone de relieve los posibles beneficios de incluir pruebas de simulación (PVT) en las ENB. Aproximadamente el 25 % de las ENB se remitieron a una evaluación neuropsicológica más exhaustiva, dada la complejidad de los casos. Por ejemplo, los pacientes con síntomas psiquiátricos de larga duración que se remontan a la infancia suelen requerir más tiempo para examinar el alcance de sus síntomas de TDAH.

Breve caso de TDAH

Un varón de 22 años, diagnosticado previamente con TDAH y con dos conmociones cerebrales en la infancia, fue derivado para someterse a un cribado neuropsicológico con el fin de evaluar el TDAH. Aunque el TDAH es un trastorno del desarrollo, investigaciones recientes han revelado una mayor incidencia de remisión de los síntomas en adultos que padecieron TDAH en la infancia de lo que se pensaba.^{27,28} Estos hallazgos subrayan la importancia de realizar evaluaciones periódicas para confirmar la persistencia del TDAH. En el caso de este paciente, su experiencia con la medicación estimulante fue mixta y se mostró ambivalente respecto a buscar tratamiento y a la posibilidad de que se le recetara un estimulante (que

Tabla 1. Medidas utilizadas en las ENB de TDAH y demencia

Medidas Aplicadas en las ENB de TDAH	Medidas Aplicadas en las ENB de la Demencia
Soluciones Clínicas Avanzadas (ACS), Prueba de Funcionamiento Premórbido (TOPF-ACS) y Elección de Palabras	Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA)
Retención de Dígitos y Claves de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS-IV); Retención de dígitos fiable	Soluciones Clínicas Avanzadas (ACS), Prueba de Funcionamiento Premórbido (TOPF-ACS) y Elección de Palabras
Prueba de Trazado de Líneas A y B (TMT A, B)	Prueba de Trazado de Líneas A y B (TMT A, B)
Prueba de Figura Compleja de Rey-Osterrieth (ROCFT), fase copia	Fluidez semántica, fluidez fonológica
Escala de Evaluación de TDAH en Adultos de Barkley-IV (BAARS-IV)	Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición (BDI-II)/ Escala de Depresión Geriátrica
Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición (BDI-II)	Escala de Ansiedad de Beck (BAI)/ Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos Mayores
Escala de Ansiedad de Beck (BAI)	Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21)
Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés- 21 (DASS-21)	

tomó durante un breve periodo en la infancia). Sin embargo, las dificultades que había experimentado recientemente en su vida tras poner en marcha un nuevo negocio motivaron la evaluación. Los antecedentes médicos fueron compatibles con el diagnóstico. Los antecedentes de desarrollo neurológico (con dificultades académicas y de comportamiento documentadas a lo largo de su trayectoria escolar) eran muy consistentes con este trastorno y, en la entrevista, reconoció que sus síntomas persistían en la actualidad. Describió problemas diarios de concentración, falta de motivación y olvidos. Negó tener dificultades con las actividades de la vida diaria (AVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) importantes, pero describió problemas para completar tareas en el trabajo. Actualmente residía con su novia, a quien describió como una persona que le apoyaba, aunque su falta de organización y sus frecuentes olvidos habían provocado cierta tensión. El Sr. Smith había puesto en marcha recientemente un negocio y refería un estrés leve.

Extracto del informe de evaluación neuropsicológica breve

Resumen y recomendaciones

Las medidas formales e integradas de validez del rendimiento se encontraban dentro de los límites normales; por lo tanto, se consideró que los resultados representaban con precisión el estado cogni-

tivo actual del Sr. Smith. Las pruebas revelaron que el Sr. Smith tenía una inteligencia estimada dentro del rango promedio. En este contexto, su atención auditiva focalizada representaba un punto fuerte relativo (superior). Su capacidad para manipular mentalmente la información, la velocidad de procesamiento y la secuenciación de la información se situaban todas en la media. Sin embargo, su funcionamiento ejecutivo presentaba puntos débiles relativos; la flexibilidad mental se situaba en la media baja y su organización visual estaba gravemente alterada (su enfoque a la hora de copiar una figura compleja era mal planificado y desorganizado).

El Sr. Smith negó tener un estado de ánimo depresivo significativo, pero mencionó sentimientos intermitentes de culpa y tristeza. Su respuesta en una evaluación de síntomas depresivos durante la última semana se situó en el rango leve, incluyendo dificultad para motivarse a hacer cosas, sentirse desanimado y triste, y no mostrar entusiasmo por nada. Confirmó niveles mínimos de ansiedad y estrés, incluyendo reacciones exageradas ante situaciones, dificultad para relajarse y agitación fácil. En conjunto, y en combinación con la entrevista clínica, el Sr. Smith parece presentar algunos síntomas de depresión posiblemente relacionados con factores de estrés psicosociales (p. ej., fallecimiento de amigos, tensión con su padre), pero se necesita una evaluación más exhaustiva para aclarar el diagnóstico.

En una escala de autoevaluación de los síntomas del TDAH, el Sr. Smith indicó niveles clínicos de falta de atención en la infancia (de 5 a 12 años), pero niveles clínicos marginales de falta de atención e hiperactividad en la edad adulta (en los últimos 6 meses). Indicó que perdía objetos necesarios para realizar tareas o actividades y que se distraía con facilidad. Los síntomas de hiperactividad incluían mover constantemente las manos o los pies, retorcerse en el asiento y levantarse de su asiento cuando se espera que permanezca sentado.

En general, los resultados de esta evaluación indican TDAH, de tipo predominantemente inatento. Los antecedentes de desarrollo neurológico eran compatibles con este trastorno. Aunque el Sr. Smith indicó en un cuestionario problemas significativos, marginales y subclínicos de atención o hiperactividad en la edad adulta, dada la variedad de síntomas que reconoció en la entrevista, parece que sigue teniendo dificultades con el TDAH. Además, el aumento de los síntomas depresivos debido a factores estresantes recientes apunta a la posibilidad de un trastorno de adaptación, aunque esto no puede determinarse de forma definitiva.

Diagnósticos

F90.0 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tipo predominantemente inatento; F43.2 Exclusión de trastorno de adaptación, con estado de ánimo depresivo.

Disposición y recomendaciones

Podría estar justificada una evaluación más exhaustiva del estado de ánimo del Sr. Smith, que podría estar contribuyendo a sus dificultades cognitivas. El Sr. Smith también expresó su preferencia por un tratamiento no farmacológico; por lo tanto, discutimos el manejo de sus síntomas de forma conductual mediante estrategias cognitivas. Dada la preferencia del Sr. Smith por un tratamiento no farmacológico, le comentamos la posibilidad de derivarlo a un grupo para adultos con TDAH que se ofrece en el departamento de psiquiatría; sin embargo, el Sr. Smith no pareció interesado. Remitimos al médico de atención primaria cualquier

tratamiento psicofarmacológico para el TDAH. Se revisaron con el Sr. Smith los resultados de la evaluación neuropsicológica y las recomendaciones correspondientes. Se le enviará por correo una lista de estrategias cognitivas para ayudarle a gestionar sus dificultades cognitivas, así como recomendaciones de libros.

Discusión del caso

Al final de la sesión (10-15 min), se proporcionó retroalimentación a este paciente. Nos centramos en el manejo conductual de sus síntomas. A la luz de los resultados de las pruebas cognitivas, le proporcionamos estrategias cognitivas específicas basadas en los resultados de las pruebas, que indicaban una organización deficiente, y en su propio relato de distracción. La conversación sobre sus dificultades organizativas en relación con la puesta en marcha de su propio negocio le resultó especialmente esclarecedora y le animó a interesarse más por un grupo de tratamiento del TDAH. Agradeció haber aprendido sobre las intervenciones conductuales y expresó su interés en profundizar en el tema. Hablamos de la posibilidad de recibir asesoramiento individual sobre el TDAH una vez que su situación económica fuera más estable (ya que no se trataba de una prestación cubierta por el seguro). También se le recomendaron algunas lecturas seleccionadas para ayudarle con las estrategias de rehabilitación.

La ENB resultó especialmente útil en este caso gracias a su enfoque múltiple, que incluía entrevistas, pruebas y evaluaciones de los síntomas del TDAH y del estado de ánimo. Las evaluaciones de los síntomas por sí solas no habrían captado el alcance de los síntomas del paciente (y se habría pasado por alto el diagnóstico), y las pruebas pusieron de manifiesto sus dificultades de organización, lo cual resultó útil en la retroalimentación para ayudar al paciente a comprender sus síntomas de forma más completa y orientar su tratamiento. Se informó al PAP de la resistencia del paciente a tomar medicación y a someterse a una evaluación más exhaustiva de su estado de ánimo. Por lo tanto, el PAP tomó nota de que ella misma haría un seguimiento del paciente y supervisaría

sus síntomas del estado de ánimo (con el asesoramiento de un psiquiatra cuando fuera necesario), ya que podría correr el riesgo de sufrir depresión y necesitar un tratamiento adicional. Aunque en este caso el paciente prefirió no acudir a psiquiatría, lo habitual es que el equipo de atención integrada coordine la atención entre el psiquiatra, el PAP y, en ocasiones, un psicoterapeuta. La coordinación se lleva a cabo a través de la historia clínica electrónica, aunque a veces es necesaria una consulta personal con un miembro del equipo.

ENB para la demencia

La demencia es una enfermedad crónica cada vez más frecuente con complicaciones conocidas que suelen gestionarse en atención primaria, ya que los pacientes suelen acudir primero a su PAP debido a enfermedades comórbidas, preocupaciones por la seguridad o síntomas conductuales y psicológicos asociados a su enfermedad cerebral²⁹. Sin embargo, los diagnósticos de demencia en atención primaria a menudo pueden pasar desapercibidos³⁰. En ocasiones, las crisis sanitarias evitables y las visitas a urgencias pueden ocultar y retrasar aún más el reconocimiento de la demencia subyacente. La demencia es costosa, especialmente si no se trata, ya que los resultados sanitarios de los pacientes a los cinco años son peores que los de quienes no presentan deterioro cognitivo³¹. Por el contrario, la identificación y la intervención tempranas pueden traducirse en una mejor atención y en una reducción de los costes sanitarios³². En la atención primaria se ha reconocido cada vez más la importancia de la detección precoz de la demencia, y se han incorporado pruebas de cribado cognitivo periódicas a la atención rutinaria.

Se han identificado pruebas de cribado de la demencia con sensibilidad y especificidad moderadas^{33,34}. Sin embargo, una valoración más definitiva del deterioro cognitivo requiere una evaluación diagnóstica exhaustiva que exige tiempo y competencia. Antes de realizar una evaluación neuropsicológica exhaustiva³⁵ una ENB realizada por un neuropsicólogo puede resultar útil para aportar una mayor sensibilidad al diagnóstico que un cribado cognitivo y permitir iniciar el tratamiento

más rápidamente. También puede eliminar la necesidad de evaluaciones neuropsicológicas más prolongadas o ayudar a identificar otros tratamientos necesarios antes de llevar a cabo una evaluación más exhaustiva. Los ENB seriados también pueden utilizarse para realizar un seguimiento de la progresión de la enfermedad y actualizar los planes de tratamiento. La ENP para la demencia implantada en nuestras clínicas de atención primaria consta de una entrevista (aprox. 40-45 min), pruebas neuropsicológicas diseñadas para evaluar todos los dominios cognitivos (véase la Tabla 1; aprox. 15-20 min), cuestionarios de autoinforme para examinar el estado de ánimo (aprox. 5 min) y comentarios y retroalimentación (15-20 min).

Breve caso de demencia

La paciente era una mujer de 72 años que refería problemas progresivos de memoria y deterioro funcional durante los últimos 2-3 años, en el contexto de dos episodios cerebrovasculares previos y de factores de riesgo cardiovascular (es decir, enfermedad de Graves, artropatía, hipertensión, hipertrofia ventricular izquierda, arritmia auricular, hipotensión ortostática y soplo cardíaco), así como depresión crónica. Una TC craneal realizada un año antes mostró una enfermedad isquémica de pequeños vasos, probablemente crónica, de grado moderado y ligeramente avanzada, así como un pequeño foco hiperdenso inespecífico con calcificación en el lóbulo frontal derecho que no presentaba cambios respecto a una TC anterior. Una segunda TC craneal reveló una hiperdensidad en el lóbulo frontal derecho que se mantenía sin cambios.

En cuanto a los síntomas, la paciente describía que olvidaba por qué había entrado en una habitación, tenía dificultades para encontrar las palabras adecuadas y olvidaba conversaciones y tareas cotidianas. También confirmaba que le costaba recordar fechas importantes. Su hija añadió que, con frecuencia, se repetía sin darse cuenta. No presentaba dificultades con las actividades de la vida diaria (AVD), aunque su hija se había hecho cargo de las tareas domésticas un año antes y su marido se encargaba de cocinar.

Recientemente se había mejorado el cumplimiento farmacológico al pasar de frascos a envases semanales precargados, dada su confusión intermitente, aunque seguía siendo problemático. Ya no salía sin acompañante debido al temor a las caídas y a perderse. A nivel emocional, manifestaba sentimientos de tristeza, falta de motivación, bajo nivel de energía, apatía y dificultad para iniciar tareas. Entre los factores estresantes actuales se incluían las preocupaciones por la enfermedad recién diagnosticada a su marido.

Extracto del informe de evaluación neuropsicológica breve

Resumen y recomendaciones

Las pruebas de cribado cognitivo realizadas anteriormente a la Sra. Smith mostraba un deterioro (es decir, MoCA 11/30 en 2011, 14/30 en 2013 y 17/30 en 2014), y la comparación con los resultados actuales (MoCA 15/30) reveló un deterioro continuado. Su rendimiento en la BNA indicó una orientación prácticamente intacta, una atención breve pero centrada, flexibilidad mental y capacidad de denominación por confrontación, en el contexto de una inteligencia estimada entre límite y media-baja. La memoria de trabajo fue variable. También presentó dificultades en una tarea de vigilancia. Mostró déficits en las habilidades verbales (es decir, la repetición de frases, la fluidez fonémica y el razonamiento verbal se vieron afectados, aunque la fluidez semántica fue normal). El dibujo del reloj presentaba dificultades. En cuanto a la memoria, la capacidad de la Sra. Smith para aprender una lista estaba intacta, pero no fue capaz de recordar espontáneamente ni una sola palabra tras un intervalo de tiempo. Recordó una palabra con una pista de categoría y reconoció las cuatro palabras restantes cuando se le presentó en formato de opción múltiple, lo que sugiere la ausencia de amnesia.

La Sra. Smith refería un estado de ánimo depresivo, así como preocupaciones y estrés continuos. Reconoció presentar al menos niveles leves de sintomatología depresiva, como haber abandonado actividades e intereses, preferir quedarse en casa y no sentirse satisfecha con su vida. En un cuestionario, indicó niveles mínimos de ansiedad, pero durante la entrevista reconoció sentirse

inquieta, preocupada por su familia y ser una carga para ella. Dada la naturaleza y la gravedad de los síntomas, cumplía los criterios para un trastorno depresivo mayor, pero no estaba claro si presentaba un trastorno de ansiedad comórbido.

En resumen, el patrón de déficits cognitivos (memoria de trabajo, fluidez fonémica, razonamiento verbal y memoria verbal sin signos de amnesia), junto con las anomalías cerebrales observadas en las pruebas de neuroimagen, probablemente debidas a una enfermedad vascular crónica, los indicios de deterioro funcional progresivo y los múltiples factores cerebrovasculares y cardiovasculares, concuerdan con un probable trastorno neurocognitivo vascular mayor. El estado de ánimo, que era disfórico, parece ser un factor que contribuye de forma continuada a las dificultades cognitivas de la Sra. Smith.

Diagnósticos

F01.51 Probable trastorno neurocognitivo vascular mayor con alteración del comportamiento; F33.1 Trastorno depresivo mayor, recurrente, moderado con angustia ansiosa; F41.1 Exclusión de trastorno de ansiedad generalizada; F43.23 Exclusión de trastorno de adaptación con ansiedad y estado de ánimo depresivo mixtos.

Disposición

Se revisaron los resultados de la evaluación con la Sra. Smith y su hija, y se les explicó que se obtendría información corroborativa del Dr. psiquiatra responsable del tratamiento (que conocía bien a la paciente) sobre el grado de deterioro funcional para mayor claridad diagnóstica. Se les animó a realizar un seguimiento con el Dr. de Atención Primaria para planificar el tratamiento. Se comentaron las recomendaciones sobre estrategias cognitivas para ayudar con la memoria y el resto de recomendaciones. La Sra. Smith y su hija agradecieron los consejos recibidos.

Recomendaciones

Dada la probabilidad de que padezca demencia, podría considerarse la realización de pruebas de

neuroimagen actualizadas, preferiblemente una resonancia magnética cerebral, para obtener mayor certeza diagnóstica. La Sra. Smith informó de que apenas había notado alivio en su depresión a pesar de tomar un antidepresivo; por lo tanto, se le recomienda que acuda a una consulta de seguimiento con el Dr. Psiquiatra, ya que podría beneficiarse de una reevaluación de su medicación psiquiátrica. La Sra. Smith negó necesitar ayuda

adicional más allá de la supervisión que le proporciona su hija. Sin embargo, la hija de la Sra. Smith expresó su preocupación por la asistencia de su madre a las distintas citas médicas. Podría considerarse la posibilidad de que la hija de la Sra. Smith sea la persona de contacto principal para programar y confirmar las citas. Se anima a los familiares a seguir supervisando las tareas diarias por motivos de seguridad. Podría considerarse una eva-

Tabla 2. Ejemplos de recomendaciones de tratamiento basadas en la ENB para TDAH y demencia

Recomendaciones de tratamiento	Ejemplos
Estrategias cognitivas	Organización (mejora de sistemas, estrategias de planificación), otras funciones ejecutivas (memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva, inhibición, control emocional), y estrategias atencionales (para la atención focalizada, sostenida o la flexibilidad mental).
Memoria	Ayudas externas (p.ej., calendarios, notas adhesivas, recordatorios, alarmas) y estrategias de memoria (p.ej., repetición, escribir información, visualización).
Psicoterapia	Psicoterapia general o especializada
Psicofarmacología	Referido a psiquiatría
Higiene del sueño	Estrategias para mejorar el mantenimiento del sueño (p.ej., control de estímulos, restricción del sueño, mejora de rutinas, entrega de material educativo y recursos de internet).
Evaluación neuropsicológica	Referido para una evaluación neuropsicológica comprensiva.
Estilo de vida saludable	Incremento de la actividad física (p.ej., yoga, caminatas, ejercicio adaptado a limitaciones físicas), alimentación saludable (educación nutricional y posible referido a nutrición).
Uso de sustancias	Referido a programas ambulatorios u otros programas comunitarios para el manejo del uso de sustancias.
Apoyo psicosocial	Referido a coaching de vida, coaching para TDAH o funciones ejecutivas, y estrategias de reducción del estrés.
Apoyo académico	Referidos a tutorías, coaching académico, y centros universitarios para estudiantes con dificultades de aprendizaje.
Reducción del estrés	Técnicas de relajación (p.ej., aplicaciones móviles), recursos de meditación (p.ej., programas comunitarios y aplicaciones móviles).
Atención primaria para evaluación médica	Paneles metabólicos y neuroimagen.
Neurología	Referido a neurología conductual, especialistas en epilepsia o medicina del sueño.
Psicoeducación	Libros, artículos, y folletos sobre TDAH y demencia.
Recursos comunitarios	Actividades en centros para adultos mayores, capítulos locales de asociaciones relacionadas con la enfermedad de Alzheimer y otros servicios comunitarios para personas mayores.
Farmacia clínica	Referido a un farmacéutico clínico de atención primaria.
Adherencia al tratamiento farmacológico	Estrategias (p.ej., pastilleros), servicios de preparación organizada de medicamentos por la farmacia y aumento de la supervisión de la medicación (p.ej., por familiares o personal de enfermería domiciliaria).

luación neuropsicológica más exhaustiva si surgen más dudas sobre el alcance de sus dificultades cognitivas y la planificación del tratamiento.

Discusión del caso

La información complementaria proporcionada por el equipo de atención integrada sobre el alcance del deterioro funcional de la paciente, en particular por parte del psiquiatra que mejor la conocía, fue importante en este caso, ya que la paciente tenía dificultades para relatar su historial (y la hija no vivía con ella). Esta información se obtuvo antes de finalizar el informe. La paciente negó necesitar ayuda adicional más allá de la que le prestaba su hija, pero esta última expresó su preocupación por que su madre faltara a las citas médicas. Uno de los objetivos de la sesión de retroalimentación fue ayudar a convencer a la Sra. Smith de que su hija fuera la persona de contacto principal para programar y confirmar las citas, haciéndole comprender la importancia de acudir a todas sus citas médicas. Tras debatirlo, ella accedió. También discutimos estrategias cognitivas para mejorar el cumplimiento terapéutico mediante mejores sistemas de memoria en el hogar y una mayor vigilancia por parte de la hija. Se facilitó nuestra evaluación al equipo de atención primaria y se les alertó de la mayor necesidad de supervisión en el cumplimiento de las citas y la medicación. El equipo desconocía la dificultad de la paciente para cumplir con la medicación a pesar de haber cambiado a recetas prellenadas. Se recomendó realizar una evaluación neuropsicológica exhaustiva en el plazo de un año si persistían las dudas sobre los síntomas de la paciente y la planificación del tratamiento.

DISCUSIÓN

La implantación de la consulta neuropsicológica y las ENB en dos clínicas de atención primaria de la CHA ha dado lugar a un mayor acceso de los pacientes a las evaluaciones cognitivas y a una mejor gestión de los trastornos cognitivos. Estas ENB permiten identificar a los pacientes con síntomas cognitivos en el ámbito de la atención primaria de forma más temprana y eficiente. Facilitan el diagnóstico, orientan el tratamiento, mejoran el cum-

plimiento terapéutico y ayudan a los pacientes con sus síntomas cognitivos.

Una de las mayores ventajas de una ENB es que los pacientes reciben información inmediata al finalizar la cita y se les ofrecen opciones de tratamiento individualizadas basadas en sus síntomas, diagnósticos, resultados de las pruebas cognitivas y preferencias de tratamiento expresadas. Los pacientes responden positivamente a las recomendaciones cognitivas y a la psicoeducación. Este tipo de intervenciones cognitivas son propias de la especialidad neuropsicológica y, gracias a estas ENB, los pacientes tienen acceso a asistencia intervencionista inmediata y a un posible alivio. El uso de estrategias de entrevista motivacional también se emplea con frecuencia para fomentar el compromiso con el tratamiento médico, especialmente cuando los pacientes se muestran reacios o se sienten intimidados a la hora de buscar atención especializada (por ejemplo, psiquiatría) o en el caso de aquellos que tienen reservas respecto a la medicación recetada, como se observa en el caso del TDAH.

La tabla 2 presenta una lista de ámbitos habituales de las recomendaciones terapéuticas y algunos ejemplos de dichas recomendaciones. En el caso de los pacientes con TDAH, les ayudamos a introducir cambios en su vida que vayan más allá de los beneficios que aporta por sí sola la medicación estimulante (es decir, psicoeducación, grupos de TDAH, coaching para el TDAH, literatura de autoayuda sobre el TDAH, apoyos psicosociales y estrategias cognitivas). En el caso de quienes han solicitado una evaluación de TDAH pero no lo padecen, o para quienes el diagnóstico sigue descartándose al final de la ENB, aún podemos abordar los síntomas cognitivos y ofrecer otras recomendaciones para un posible alivio (por ejemplo, estrategias cognitivas, recomendaciones sobre higiene del sueño, pruebas adicionales para detectar problemas de sueño). En el caso de aquellas personas para las que los psicoestimulantes están contraindicados, ofrecer una justificación clara (por ejemplo, la exacerbación de la ansiedad comórbida) ha resultado útil tanto para los pacientes como para los médicos de atención primaria a la

hora de comprender los riesgos y redefinir los objetivos del tratamiento.

En el caso de los pacientes con demencia, la aclaración del estado cognitivo (más allá del diagnóstico) suele facilitar que el equipo de atención integrada comprenda mejor que el paciente puede necesitar más ayuda o adaptaciones durante la visita médica, como una mayor repetición por parte de los profesionales sanitarios o la entrega de instrucciones por escrito. Algunos pacientes pueden necesitar recordatorios adicionales de citas o apoyo en el hogar, la asignación de un gestor de cuidados, etc. Estos apoyos adicionales pueden mejorar el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente y su salud general. Las evaluaciones neuropsicológicas breves para personas mayores también pueden servir de base para que el equipo de atención integrada evalúe la capacidad de toma de decisiones del paciente y/o su capacidad para vivir solo.

Las opiniones de los PAP sobre las ENB han sido muy positivas y varios han solicitado ENB para otras afecciones médicas o una ENB general para aquellos pacientes en los que detectan que podrían tener problemas cognitivos, independientemente de sus afecciones médicas. El entorno de la atención primaria es cada vez más dinámico, lo que subraya la necesidad de que los diagnósticos se realicen y se traten con rapidez, pero de forma fiable; esto incluye trastornos psiquiátricos y neurológicos complejos, como el TDAH y la demencia. Los PAP, especialmente aquellos que trabajan en un centro médico centrado en el paciente, valoran a los especialistas en atención integrada que pueden ayudar en la atención al paciente, incluidos los neuropsicólogos. Las similitudes metodológicas entre los PAP y los neuropsicólogos también facilitan la colaboración. Ambos campos se sienten cómodos con la cultura de las pruebas y la lógica bayesiana, con sus conceptos de sensibilidad y especificidad diagnósticas, umbrales de cribado y probabilidad a priori. En general, la integración de la neuropsicología en la atención primaria en la CHA ha sido positiva y ha dado lugar a una mayor comprensión de los beneficios de la neuropsicología. Este reconocimiento ha aumentado la

satisfacción de nuestros neuropsicólogos con su trabajo. Se anima a los neuropsicólogos de todo el país que deseen abrirse camino en la atención primaria a que colaboren con los médicos de atención primaria y/o los directores médicos. Las consultas iniciales en el propio centro o la psicoeducación dirigidas a los equipos integrados de atención primaria pueden resultar útiles para destacar los beneficios y la utilidad de la neuropsicología. Mercury, Kehoe y Tshan³⁶ ofrecen una introducción útil y una descripción de la utilidad de la neuropsicología para los PAP. Si los directores médicos muestran interés, una colaboración sólida puede resolver los retos institucionales.

CONCLUSIONES

El campo de la neuropsicología está ganando terreno en la atención primaria a medida que se reconoce cada vez más la importancia de la cognición en la salud física y mental. Con la integración de la neuropsicología en la atención primaria, los pacientes reciben una serie de evaluaciones cognitivas (p. ej., pruebas de cribado, ENB, recomendaciones de tratamiento a través de consultas), todo ello sin tener que lidiar con el sistema de atención médica especializada, lo que hace que el tratamiento sea más eficiente y rentable. Por lo general, los pacientes son atendidos más rápidamente en las consultas de atención primaria que en la consulta externa de neuropsicología; acuden a su centro de atención primaria habitual para su cita, y la retroalimentación al equipo de atención integrada y al paciente es oportuna. Los efectos de reducción de costos se observan directamente al disminuir el número de pacientes que no requieren evaluaciones neuropsicológicas más exhaustivas más allá de las ENB. Se observan otros ahorros en los pacientes a los que se les habían recetado estimulantes de forma incorrecta o en los que buscaban obtener estimulantes (aproximadamente el 7 % de los pacientes derivados por TDAH no superan la prueba de tiempo de reacción visual [PVT] en nuestras clínicas). Los pacientes a los que se les diagnostica TDAH pueden encaminarse hacia mejores resultados de salud, ya que se ha demostrado que el TDAH no diagnosticado y no tratado causa importantes cargas sanitarias, médicas y sociales, incluidos mayores costos médi-

cos³⁷, un mayor malestar psicológico²⁰, el consumo de sustancias³⁸, un peor rendimiento laboral³⁹ y el desempleo²⁰. Además, el TDAH se ha conceptualizado como un predictor precoz y fiable de resultados adversos para la salud a lo largo del tiempo, lo que lo convierte en un objetivo importante para las iniciativas de prevención secundaria¹⁶ y aumenta la importancia del diagnóstico precoz. Otros estudios también han señalado los beneficios sociales y fiscales del diagnóstico precoz de la demencia⁴⁰.

La medicina de atención primaria ha ido cambiando no solo con la reorganización de las organizaciones de atención responsables y la implantación de modelos de atención de hogar médico, sino también con la variedad de enfermedades y afecciones que se tratan en la atención primaria. Los pacientes viven vidas más largas y saludables, pero también conviven durante décadas más con enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas suponen

una gran carga para el médico de atención primaria, que debe supervisar, evaluar y tratar continuamente estas afecciones. También aumenta la carga que supone para el paciente desenvolverse con sus afecciones, muchas de las cuales tienen un impacto cognitivo y emocional. Esto hace que sea aún más importante comprender el impacto cognitivo de ciertas enfermedades y cómo gestionarlo de la mejor manera posible. Los pacientes con déficits cognitivos, incluso leves, podrían tener más dificultades para controlar la evolución de su enfermedad. Aunque nuestros protocolos actuales de ENB están orientados a las evaluaciones de demencia y TDAH, los protocolos para otras afecciones también pueden resultar útiles, y es probable que aumente la implementación de las ENB en la atención primaria. En última instancia, la cognición debería considerarse como el sexto signo vital en la atención primaria, donde se lleva a cabo un seguimiento regular y continuo de la salud cognitiva.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

REFERENCIAS

1. Temple RO, Carvalho JK, Tremont G. Encuesta nacional sobre el uso y la satisfacción de los médicos con los servicios neuropsicológicos. 2006.
2. Tremont G, Westervelt HJ, Javorsky DJ, Podolanczuk A, Stern RA. Percepciones de los médicos remittentes sobre la evaluación neuropsicológica: ¿cómo lo estamos haciendo? 2002.
3. Blount A, Kathol R, Thomas M, Schoenbaum M, Rollman BL, O'Donohue W. La economía de los servicios de salud conductual en entornos médicos. 2007.
4. Hunkeler EM, Katon W, Tang L, Williams JW, Kroenke K, Lin EHB, et al. Resultados a largo plazo del ensayo IMPACT. 2006.
5. Armstrong CL, Morrow L, editors. Manual de neuropsicología médica. 2010.
6. Tarter ME, Butters R, Beers SR, editors. Neuropsicología médica. 2001.
7. Abrams DB. Cuestiones relacionadas con el tratamiento de la dependencia del tabaco. 1993.
8. Orleans CT. El tratamiento de la adicción a la nicotina en el ámbito médico. 1993.
9. Sobell MB, Sobell LC. Atención escalonada para los problemas con el alcohol. 1999.
10. Sobell MB, Sobell LC. La atención escalonada como enfoque heurístico para el tratamiento de los problemas con el alcohol. 2000.
11. Mitrushina M. Métodos de cribado cognitivo. 2009.
12. Ebell MH. Instrumentos de cribado breve de la demencia en atención primaria. 2009.
13. Block CK, Johnson-Greene D, Pliskin N, Boake C. Distinción entre el cribado cognitivo, las pruebas cognitivas y la evaluación neuropsicológica. 2016.

14. Roebuck-Spencer T, Glen T, Puente A, Denney R, Ruff R, Hostetter G, et al. Pruebas de cribado cognitivo frente a baterías completas de pruebas neuropsicológicas. 2017.
15. Montano B. Diagnóstico y tratamiento del TDAH en atención primaria. 2004.
16. Nigg JT. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y consecuencias adversas para la salud. 2013.
17. Brown TE. TDA/TDAH y deterioro de la función ejecutiva en la práctica clínica. 2008.
18. Weiss MD, Weiss JR. Guía para el tratamiento de adultos con TDAH. 2004.
19. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, et al. Patrones de comorbilidad psiquiátrica, cognición y funcionamiento psicosocial en adultos con TDAH. 1993.
20. Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. Prevalencia y factores asociados del TDAH en adultos en los Estados Unidos. 2006.
21. Adler L, Shaw D, Sitt D, Maya E, Morrill MI. Cuestiones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del TDAH en adultos por médicos de atención primaria. 2009.
22. Kooij JJS, Huss M, Asherson P, Lakehurst R, Blusterier K, French A, et al. Distinción entre comorbilidad y tratamiento eficaz del TDAH en adultos. 2012.
23. Sullivan BK, May K, Galbally L. Exageración de los síntomas por parte de estudiantes universitarios en evaluaciones del TDAH. 2007.
24. Braun DL, Dulit RA, Adler DA, Berlant J, Dixon L, Fornari V, et al. TDAH en adultos: información clínica para médicos de atención primaria. 2004.
25. Hervey AS, Epstein JN, Curry JF. Neuropsicología de los adultos con TDAH: una revisión metaanalítica. 2004.
26. Schoechlin C, Engel RR. Rendimiento neuropsicológico en el TDAH en adultos: metaanálisis. 2005.
27. Agnew-Blais JC, Polanczyk GV, Danese A, Wertz J, Moffitt TE, Arseneault L. Evaluación de la persistencia, remisión y aparición del TDAH en la edad adulta temprana. 2016.
28. Caye M, Rocha T, Anselmi L, Murray J, Menezes AMB, Barros FC, et al. Trayectorias del TDAH desde la infancia hasta la edad adulta temprana. 2016.
29. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. La prevalencia mundial de la demencia: una revisión sistemática y metaanálisis. 2013.
30. Borson S, Scanlan JM, Watanabe J, Tu SP, Lessig M. Mejora de la identificación del deterioro cognitivo en atención primaria. 2006.
31. Boustani M, Callahan CM, Unverzagt FW, Austrom MG, Perkins AJ, Fultz BA, et al. Implementación de un programa de cribado y diagnóstico de la demencia en atención primaria. 2005.
32. Brayne C, Fox C, Boustani M. Detección de la demencia en atención primaria: ¿ha llegado el momento? 2007.
33. Boustani M, Peterson B, Hanson L, et al. Detección de la demencia: revisión sistemática. 2005.
34. McCarten JR, Anderson P, Kuskowski MA, McPherson SE, Borson S, Dysken MW. Detección de la demencia en atención primaria. 2012.
35. Ravdin LD, Mattis PJ, Lachs MS. Evaluación de la cognición en atención primaria: evaluación neuropsicológica del paciente geriátrico. 2004.
36. Mercury MG, Kehoe BA, Tshan MA. Neuropsicología para el médico de cabecera. 2007.
37. Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbilidades y costes de los pacientes adultos diagnosticados con TDAH. 2005.
38. Wilens T. El trastorno por déficit de atención y los trastornos por consumo de sustancias. 2004.
39. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Seguimiento en la edad adulta temprana de niños hiperactivos. 2006.
40. Weimer DL, Sager MA. Identificación y tratamiento tempranos de la enfermedad de Alzheimer: consecuencias sociales y económicas. 2009.