Nivel de conocimientos sobre demencia frontotemporal en una muestra de médicos que evalúan regularmente a pacientes con demencia en Lima-Perú

Knowledge level of fronto-temporal dementia in a sample of physicians that regularly assessing patients with dementia in Lima-Peru

Nilton Custodio¹, Yahaira Becerra-Becerra², Lizardo Cruzado³,
Sheila Castro-Suárez⁴, Rosa Montesinos⁵, Yadira Bardales⁶, José Fonseca⁷,
Marcela Mar⁸, Héctor Ocampo⁹, Eder Herrera-Pérez¹⁰ y David Lira¹¹

Physicians with specialty in geriatrics, psychiatry and neurology have not received training about the differential diagnosis of dementia, particularly regarding fronto-temporal dementia (FTD).

Objective: To assess the level of knowledge of physicians about FTD. **Material and Method:** The survey was carried out during symposiums and scientific congresses from January 2016 to July 2017. **Inclusion criteria:** being a general practitioner or specialist in Geriatrics, Neurology and psychiatry whose training process as a physician and specialist has been carried out in Peruvian universities. We analyzed 217 surveys of which 13 were eliminated. The survey was divided into three parts, the first about general data of doctors, the second part was about the diagnosis of dementia; and the third on specific data of FTD. STATA version 12 was used for the statistical analysis. **Results:** 90% of the doctors surveyed were specialists in: Psychiatry (41.3%), Geriatrics

Recibido: 14/01/2017

Aceptado: 28/03/2018

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés. Financiamiento: El trabajo fue financiado por los autores.

¹ Médico neurólogo. Servicio de Neurología, Instituto Peruano de Neurociencias. Lima, Perú.

² Médico geriatra. Unidad de diagnóstico de deterioro cognitivo y prevención de demencia. Instituto Peruano de Neurociencias. Lima, Perú. Servicio de Geriatria, Hospital Militar. Lima, Perú.

³ Médico psiquiatra. Departamento de Emergencia. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Lima, Perú. Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

⁴ Médica neuróloga. Unidad de diagnóstico de deterioro cognitivo y prevención de demencia. Instituto Peruano de Neurociencias. Lima, Perú. Centro de Investigación Básica en Demencias y Enfermedades Desmielinizantes del Sistema Nervioso Central, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima, Perú.

⁵ Médica rehabilitadora. Unidad de Medicina de Rehabilitación, Instituto Peruano de Neurociencias. Lima, Perú.

⁶ Médica geriatra. Unidad de Geriatria del Instituto Peruano de Neurociencias. Lima, Perú.

⁷ Médico geriatra. Servicio de Geriatria del Centro Médico Naval. Lima, Perú.

⁸ Médica geriatra. Unidad de Geriatria del Instituto Peruano de Neurociencias. Lima, Perú. Servicio de Geriatria del Hospital de la Fuerza Aérea del Perú. Lima, Perú.

⁹ Médico psiquiatra. Servicio de Psiquiatria, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú.

¹⁰ Médico cirujano. Centro de Investigación para el Desarrollo Integral y Sostenible, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

¹¹ Médico neurólogo. Unidad de diagnóstico de deterioro cognitivo y prevención de demencia. Instituto Peruano de Neurociencias. Lima, Perú.

(31.3%) and Neurology (15.4%). The 98.5% of physicians surveyed claimed to diagnose dementia. The medical specialists performed better when identifying the tests used. 72.1% of the doctors surveyed could not recognize any type of FTD, while 27.9% recognized at least 1 type of FTD. 43.8% of physicians surveyed identified 5 or more of the symptoms presented in FTD. **Conclusions:** The level of knowledge among medical specialists surveyed about the diagnosis of dementia is acceptable, however it is deficient when it is specifically about the diagnosis of FTD.

Key words: Training, Dementia, Fronto-temporal dementia, Latin America, Primary care physicians (source: MeSH NLM).

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2018; 56 (2): 77-88

Introducción

La demencia constituye un serio problema de salud pública mundial, debido a los elevados costos económicos, sociales y al progresivo envejecimiento poblacional especialmente en Latinoamérica (LA)¹, donde el número de pobladores con demencia se incrementará de 7,8 millones en 2013 a más de 27 millones en el 2050². Alzheimer's Disease International (ADI) reportó una prevalencia global de demencia en LA de 8,4% en mayores de 60 años de edad³, mientras que la tasa global de demencia de ocho estudios latinoamericanos realizados en pobladores mayores de 65 años de edad, viviendo en comunidad, fue de 7,1%⁴. En países como Cuba, República Dominicana, México y Perú, la demencia representa el principal factor de contribución a la discapacidad en los adultos mayores⁵, llegando a incrementar la mortalidad en 526% y el número de muertos de pacientes con demencia durante hospitalización es mucho mayor⁶. Además, a diferencia de los países desarrollados los costos son originados predominantemente por los costos de los cuidados informales¹, los costos médicos representan un pequeño porcentaje y los costos cubiertos por el sistema de salud son inexistentes^{1,6}. En nuestro país, la demencia más frecuente en individuos mayores de 65 años es la enfermedad de Alzheimer (EA) (56,3%)⁷; mientras que demencia frontotemporal (DFT) alcanza solamente el 1,90%^{7,8}.

Usualmente el diagnóstico de demencia en LA

es realizado por un neurólogo, geriatra o psiquiatra y raramente por médicos de atención primaria⁹, quienes siguiendo un riguroso y ordenado plan de trabajo para aplicar criterios de consenso y estandarizados para la región, pueden llegar al diagnóstico etiológico de demencia^{1,9}.

A diferencia de las escuelas de medicina de Europa y Norteamérica, donde los programas curriculares de los estudiantes de neurología y geriatría incluyen educación y entrenamiento en diagnóstico y manejo de demencia^{10,11}; en LA una gran proporción de médicos no ha recibido entrenamiento respecto al diagnóstico y tiene conocimientos limitados acerca de las diferentes formas de demencia⁹. La DFT suele ser más frecuente en individuos antes de los 65 años de edad, llegando a representar el 13%¹² en este grupo etéreo. El espectro clínico de DFT comprende dos síndromes claramente definidos según síntomas clínicos y el patrón regional de atrofia cerebral; el primero, caracterizado por el predominio de síntomas conductuales se denomina demencia frontotemporal, variante conductual (DFTvc)¹³; y el segundo, caracterizado por el predominio del compromiso del lenguaje, se denomina afasia progresiva primaria (APP)¹⁴. El proceso de diagnóstico de DFTvc involucra: detallada evaluación clínica y neurológica, seguida de pruebas cognitivas breves (PCBs), exámenes de sangre, imágenes cerebrales por resonancia magnética (IRM) y evaluación neuropsicológica especializada¹⁵. Las PCBs validadas y adaptadas para Perú, que detectan con mayor probabilidad

casos de DFTvc incluyen al Addenbrookes's Cognitive Examination (ACE)¹⁶ y el INECO Frontal Screening (IFS)¹⁷ con sensibilidad de 30% y 94,1%; y especificidad de 13% y 94,2% respectivamente.

Teniendo en cuenta que debemos cambiar en los profesionales de la salud la errónea percepción de demencia como sinónimo de EA, y resaltar la importancia del oportuno diagnóstico de demencia, así como la correcta clasificación del tipo de demencia según el grupo de edad, realizamos el presente estudio, con la finalidad de evaluar el nivel de conocimiento de los médicos sobre DFT, y con ello sugerir pautas de mejora en la educación médica de nuestro país.

Materiales y Métodos

La encuesta se llevó a cabo durante simposios y congresos científicos nacionales de las especialidades de geriatría, neurología y psiquiatría, desde enero de 2016 hasta julio de 2017; participando médicos generales y de las especialidades mencionadas, a quienes se les solicitó participar en el estudio, mediante la respuesta directa del cuestionario proporcionado en impreso. La encuesta fue anónima. Los criterios de inclusión fueron: ser médico general o especialista en geriatría, neurología y psiquiatría con horas regulares de programación ambulatoria para evaluación de pacientes con deterioro cognitivo, y que su proceso de formación como médico y especialista haya sido realizado en universidades peruanas. Se analizaron 217 encuestas de las cuales 13 fueron eliminadas por datos incompletos y 3 por ser médicos de otras especialidades.

La encuesta se diseñó teniendo como base, la realizada previamente para una encuesta vía e-mail y desarrollada por Gleichgerrcht y colaboradores⁹ que buscó conocer las prácticas habituales del entrenamiento académico, diagnóstico y tratamiento de DFT a través de LA. Luego de adaptar la encuesta a nuestra realidad (NC, SCS, RM y DL), se realizó una prueba piloto en 25 médicos neurólogos no especializados en neurología cognitiva que acudieron al congreso nacional de neurología en

el año 2013, para evaluar el grado de comprensión de las preguntas. De acuerdo a los resultados, notamos que deberíamos ser más precisos respecto a pruebas cognitivas breves utilizadas y cuál de ellas consideraba que es la mejor para el diagnóstico de DFT; por lo que generamos 8 alternativas posibles basadas en la mayor frecuencia de respuestas de la prueba piloto y una alternativa de respuesta libre para completar. La segunda prueba piloto se realizó en 20 médicos geriatras no especializados en neurología cognitiva que acudieron al II curso internacional multidisciplinario de demencia realizado en el año 2015. Esta encuesta fue la que se aprobó y consta de 3 partes. La primera parte de la encuesta tuvo preguntas acerca de datos demográficos y de experiencia profesional. La segunda parte fue acerca del diagnóstico de demencia y en específico de DFT, así como el número de casos diagnosticados para ambas, y los métodos clínicos y exámenes auxiliares utilizados para el diagnóstico de demencia. La tercera parte tuvo datos específicos acerca de la DFT, como el conocimiento acerca de los tipos de DFT, la edad de presentación, las pruebas cognitivas breves utilizadas en su diagnóstico, los síntomas clínicos y el diagnóstico diferencial. La encuesta puede ser resuelta en 10 minutos. Para valorar el conocimiento de los síntomas y criterios clínicos de DFTvc nos basamos en los propuestos por Katya Rascovsky del 2011¹³. En la encuesta, los primeros cuatro síntomas no corresponden a DFTvc, pero pertenecen a otros tipos de demencia como enfermedad de Alzheimer, demencia vascular y demencias asociadas a cuerpos de Lewy, como enfermedad de Parkinson. Para establecer las principales entidades que pueden tener características clínicas similares a DFTvc empleamos la revisión de Muñoz-Neira¹⁸.

La presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de San Martín de Porres.

Para el análisis estadístico se utilizó STATA versión 12, realizándose medidas descriptivas de la población, además, de categorización de las variables, evaluándose las diferencias entre los grupos mediante χ^2 . Los gráficos fueron realizados con el programa Microsoft Excel 2010.

Resultados

Encontramos que el 52,7% de médicos encuestados fueron mujeres, con edad promedio de 38 años (mínima de 23 años y máxima de 76 años). El 34,8% de los encuestados tenía 5 o menos años ejerciendo como médicos, el 30,4% llevaba entre 6 y 10 años ejerciendo y el 33,8% más de 11 años. El 11,9% de los médicos encuestados fueron médicos generales y el 88,1% fueron médicos especialistas en: psiquiatría (41,3%), geriatría (31,3%) y neurología (15,4%) (Tabla 1). Al ser interrogados sobre el momento de su carrera en el que estudiaron sobre DFT, la mayoría de ellos (57,2%) afirmó que lo hizo durante el residentado médico, el 28,9% durante el pregrado, el 12,4% ejerciendo la especialidad y el 1,5% afirmó ser la primera vez que escuchaba sobre el tema. El 98,5% de médicos encuestados afirmó diagnosticar demencia, no existiendo diferencias significativas entre los diferentes especialistas. La mayoría de médicos encuestados (77,6%) aseveró diagnosticar entre 1 y 5 casos de demencia por mes, no existiendo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de médicos con respecto al número de casos de demencia diagnosticados por mes (Tabla 1).

Cuando se analizaron las diferencias entre número de procedimientos clínicos y pruebas empleadas para el diagnóstico de demencia, en-

contramos que el 93% de médicos encuestados tuvieron 50% de respuestas correctas, sólo el 1% de médicos tuvo el 100% de respuestas correctas, siendo éstos, médicos de la especialidad de geriatría. Los médicos especialistas tuvieron un mejor desempeño al momento de identificar las pruebas empleadas que los médicos generales con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,004$). El 75,1% de los médicos encuestados considera que debe realizarse la evaluación clínica neurológica para el diagnóstico de demencia, así mismo más del 50% de médicos considera que la TAC cerebral y las PCBs son importantes para el diagnóstico de demencia. En cuanto al análisis por especialidades encontramos que el 82,5% de los geriatras considera que la TAC cerebral debe utilizarse para el diagnóstico de demencia, el 80,7% de los neurólogos, el 77,1% de los psiquiatras y el 66,7% de médicos generales consideraron importante a la evaluación clínica neurológica en el diagnóstico; en cuanto al uso de PCBs el 68,3% de geriatras y el 58% de neurólogos las consideran útiles para el diagnóstico, siendo significativamente diferente de los médicos generales y psiquiatras (Figura 1).

El 42,3% de médicos encuestados afirmó diagnosticar DFT, obteniéndose el mayor porcentaje de diagnóstico entre los médicos neurólogos (64,5%), por encima de geriatras (46%), psiquiatras (38,6%) y generales (16,7%), con una diferencia estadística-

Tabla 1. Número de casos diagnosticados de demencia y de demencia frontotemporal según especialidades médicas

	Diagnóstico de demencia n (%) p (0,083)	Nº de casos de demencia diagnosticados por mes p (0,002)				Diagnóstico de DFT n (%) p (0,004)	Nº de casos de DFT diagnosticados por mes p (0,008)		
		Ninguno n (%)	1-5 n (%)	6-10 n (%)	≥ 11 n (%)		Ninguno n (%)	1-5 n (%)	6-10 n (%)
Médicos generales	24 (100)	0 (0)	22 (91,7)	2 (8,3)	0 (0)	4 (16,7)	20 (83,3)	3 (12,5)	1 (4,2)
Médicos geriatras	60 (95,2)	3 (4,8)	36 (57,1)	17 (26,9)	7 (11,1)	29 (46)	34 (54)	28 (44,4)	1 (1,6)
Médicos neurólogos	31 (100)	0 (0)	24 (77,4)	7 (22,6)	0 (0)	20 (64,5)	11 (35,5)	20 (64,5)	0 (0)
Médicos psiquiatras	83 (100)	0 (0)	74 (89,2)	6 (7,2)	3 (3,6)	32 (38,6)	51 (61,5)	29 (34,9)	3 (3,6)
	198 (98,5)	3 (1,5)	156 (77,6)	32 (15,9)	10 (4,9)	85 (42,3)	116 (57,7)	80 (39,8)	5 (2,5)

DFT: Demencia frontotemporal.

Figura 1. Evaluación cognitiva y pruebas diagnósticas de demencia utilizadas según especialidad médica. MED. GEN: Médicos generales, MED. GER: Médicos geriatras, MED. NEU: Médicos neurólogos, MED. PSIQ: Médicos psiquiatras, Eval. Clínica neurológica: Evaluación clínica neurológica, Eval. Neurops.: Evaluación Neuropsicológica, PCB: Pruebas cognitivas breves, TAC: Tomografía axial computarizada, RMN: Resonancia magnética nuclear, EKG: Electrocardiograma, EEG: Electroencefalograma, PET: Tomografía por emisión de positrones.

mente significativa entre los grupos ($p < 0,004$). En cuanto al número de casos de DFT diagnosticados por mes, el 39,8% de médicos encuestados refirió diagnosticar entre 1 y 5 casos de DFT por mes; y el 2,5% afirmó diagnosticar entre 6 y 10 casos por mes (Tabla 1).

Al ser interrogados sobre los tipos de DFT que reconocen, el 72,1% de médicos encuestados no pudo reconocer ningún tipo de DFT, mientras

que el 27,9% reconoció al menos 1 tipo de DFT, observándose diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de especialistas ($p < 0,001$) (Tabla 2). En cuanto a la edad de presentación de DFT la mayoría de médicos encuestados (63,7%) afirmó que la edad de inicio de la DFT es antes de los 65 años, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de médicos (Tabla 2). Alrededor del 70% de médicos

Tabla 2. Nivel de conocimiento de DFT según especialidad médica

	No reconoció los tipos de DFT n (%)	Reconoció al menos 1 tipo de DFT n (%)	Edad de presentación de DFT antes de los 65 años n (%)
Médicos generales	22 (91,7)	2 (8,3)	12 (50)
Médicos geriatras	39 (61,9)	24 (38,1)	39 (61,9)
Médicos neurólogos	17 (54,8)	14 (45,2)	24 (77,4)
Médicos psiquiatras	67 (80,7)	16 (19,3)	53 (63,9)
Todos los médicos	145 (72,1)	56 (27,9)	128 (63,7)

DFT: Demencia frontotemporal.

sin diferenciar por especialidad, señalan que el MMSE es la PCB de elección para detectar precozmente DFTvc. Al menos la cuarta parte de los geriatras, plantean que ACE es la PCB más eficaz para detectar DFTvc, alcanzando diferencia significativa sobre las otras especialidades; y menos del 7% de todos los médicos evaluados, sin encontrar diferencia entre los grupos, plantea que IFS es la PCB de elección para detectar DFTvc (Tabla 3).

Con respecto a los síntomas, como parte de los criterios diagnósticos actuales de la DFT variante conductual, obtuvimos que el 43,8% de médicos encuestados identificó correctamente 5 o más de los síntomas presentados. Los médicos especialistas tuvieron una mejor performance al momento de la identificación de estos criterios diagnósticos en comparación con los médicos generales, con una diferencia estadísticamente significativa (Tabla 4).

Tabla 3. Pruebas cognitivas breves utilizadas para el diagnóstico de DFT según especialidad médica

PCB para diagnóstico DFT	Médicos generales	Médicos geriatras	Médicos neurólogos	Médicos psiquiatras	p	Total de médicos
MMSE	75,0%	58,7%	74,2%	67,2%	0,323	67,2%
Moneda	4,2%	6,4%	9,7%	1,2%	0,207	4,5%
Reloj	33,3%	54,0%	58,1%	43,4%	0,177	47,8%
Fluencia verbal	12,5%	41,3%	38,7%	20,5%	0,007	28,9%
MoCA	37,5%	27,0%	54,8%	45,8%	0,037	40,3%
ACE	8,3%	25,4%	3,2%	0%	< 0,000	9,5%
T@M	12,5%	11,1%	12,9%	4,8%	0,382	9,0%
IFS	0%	7,9%	9,7%	6,0%	0,486	6,5%

PCB: Pruebas cognitivas breves, MMSE: Mini-mental state examination, MoCA: *Montreal cognitive assessment*, ACE: *Addenbrooke's cognitive examination*, T@M: Test de alteración de memoria, IFS: *INECO Frontal Screening*.

Tabla 4. Criterios clínicos de DFT reconocidos por los médicos según su especialidad

	Médicos generales	Médicos geriatras	Médicos neurólogos	Médicos psiquiatras	p	Total de médicos
Pérdida de memoria	62,5%	36,5%	45,2%	50,6%	0,134	46,8%
Alucinaciones visuales	20,8%	34,9%	38,7%	19,3%	0,07	27,4%
Paranoia	29,2%	28,6%	35,5%	14,5%	0,058	23,9%
Caídas	12,5%	15,9%	12,9%	8,4%	0,587	11,9%
Apatía	37,5%	36,5%	35,5%	32,5%	0,950	34,8%
Apraxia	20,8%	17,5%	25,8%	25,3%	0,676	22,4%
Falta de empatía	33,3%	36,5%	29%	21,7%	0,250	28,9%
Desinhibición	50%	71,4%	58,1%	77,1%	0,036	69,2%
Comp. estereotipado	4,2%	28,6%	32,3%	27,7%	0,074	25,9%
Afasia	25%	11,1%	12,9%	13,3%	0,403	13,9%
Hiper-oralidad	4,2%	30,2%	12,9%	21,7%	0,036	20,9%
Cambios en hábitos alimenticios	4,2%	36,5%	29%	19,3%	0,008	24,4%
Deficiencias visuoespac.	12,5%	12,7%	12,9%	14,5%	0,988	13,4%
Fluctuaciones de la atención	33,3%	36,5%	25,8%	31,3%	0,764	32,3%
Períodos de depresión	20,8%	28,6%	32,3%	27,7%	0,824	27,9%
Disf. ejecutiva	29,2%	41,3%	35,5%	60,2%	0,010	46,8%

Figura 2. Diagnóstico diferencial de DFT según especialidades médicas. MED. GEN: Médicos generales; MED. GER: Médicos geriatras; MED. NEU: Médicos neurólogos; MED. PSIQ: Médicos psiquiatras; EA: Enfermedad de Alzheimer; DCL: Deterioro cognitivo leve; DV: Demencia vascular; EP: Enfermedad de Parkinson; LEWY: Demencia por cuerpos de Lewy; APP: Afasia Progresiva Primaria; DS: Demencia semántica; SCB: Síndrome corticobasal; PSP: Parálisis supranuclear progresiva; TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad; T. Bipolar: Trastorno Bipolar; T. Obsesivo-compulsivo.

Al ser interrogados sobre los diagnósticos diferenciales de la DFT variante conductual, encontramos que el 88,1% de médicos identificó correctamente sólo un diagnóstico diferencial, sin embargo, la mayoría afirma erróneamente que los diagnósticos diferenciales son la Enfermedad de Alzheimer, Demencia Vascular y Demencia por Cuerpos de Lewy (Figura 2).

Discusión

En el presente estudio, la mayoría de los especialistas adquirió conocimientos sobre DFT en el post-grado (57,2%) y durante el ejercicio de la especialidad (12,4%), lo cual concuerda con el estudio de Gleicherricht ($\chi^2 = 182,9$, $df = 8$,

$p < 0,001$)⁹. De igual manera, un estudio realizado entre 55 geriatras expertos en demencia del Reino Unido, reportó que el 56% adquirió sus conocimientos en demencia gracias al trabajo conjunto con los psico-geriatras y el 47% se consideró autodidacta. En ese sentido, la mayoría consideró que la formación actual era inadecuada por lo que existe la necesidad de mejorar la estructura y el tiempo de los programas curriculares en el pregrado; así como mejorar la interacción y el grado de colaboración con psiquiatría¹¹. Conclusiones similares podemos deducir de nuestros resultados donde solo el 30,4% de los médicos oyeron por primera vez sobre esta entidad en el pregrado indicando que el conocimiento base es deficiente al respecto en la formación universitaria de nuestro país.

El elevado número de casos diagnosticados de

demencia por los diferentes especialistas (77,6% entre 1 y 5 casos de demencia por mes), puede ser el resultado de la alta prevalencia de demencia en Perú (6,85%)⁷ y LA 7,1%^{1,4}. Por otro lado, podemos ver que el 57,7% no realiza el diagnóstico de algún caso de DFT y solo un 39,8% de los encuestados mencionó realizar de 1 a 5 diagnósticos de DFT por mes; probablemente por la baja prevalencia de DFT en el Perú (1,9%)¹⁸; sin embargo, no podemos afirmar que dichos casos puedan ser diagnosticados con precisión, como suponemos al analizar luego en la calidad de sus respuestas respecto a DFT.

Es evidente que los geriatras tienen la mejor capacidad para diagnosticar demencia, y que todos los especialistas la diagnostican mejor que los médicos generales. Las demencias son en su mayoría una patología del adulto mayor, como lo evidencia el hecho que la prevalencia de demencia se incrementa con la edad¹⁹; lo que podría explicar por qué los geriatras son quienes tienen mayor posibilidad de diagnosticar de forma más frecuente y certera esta entidad; sin embargo, al revisar el diagnóstico de DFT, y si bien es cierto que el 42,3% de médicos encuestados afirmó diagnosticarla, fueron los médicos neurólogos en un (64,5%) los que obtuvieron el mayor porcentaje de precisión diagnóstica por encima de los geriatras (46%) y psiquiatras (38,6%). Al ser interrogados sobre los tipos de DFT que reconocen, el 72,1% de médicos encuestados no pudo reconocer ningún tipo de DFT quizá por la variabilidad de su presentación clínica y a la amplia y compleja gama de subtipos que involucra. Así, por ejemplo, la apatía es un síntoma temprano muy común de DFTvc; sin embargo, suele ser catalogado erróneamente como depresión. Se manifiesta como inercia, escasa motivación, falta de interés por las actividades de entretenimientos previos y aislamiento social progresivo. Puede coexistir desinhibición, la cual suele ser confundida con un episodio maniaco, trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno de la personalidad. De esta manera, los cambios conductuales y dis-ejecutivos suelen aparecer antes de los cambios en las neuro-imágenes, lo cual puede retrasar el diagnóstico debido a baja sospecha de

DFTvc¹³⁻¹⁵. Además, actualmente, la DFT no solo se limita como entidad propiamente dicha sino también asociada a otras patologías neurodegenerativas como la esclerosis lateral amiotrófica y a dos taupatías: el síndrome corticobasal y la parálisis supranuclear progresiva^{20,21}.

Respecto a las manifestaciones clínicas iniciales de DFTvc, que incluyen cambios conductuales y de la personalidad, en nuestro estudio obtuvimos que solo el 43,8% de médicos encuestados identificó correctamente por lo menos 5 de estos síntomas. El diagnóstico de DFT sigue siendo un reto sobre todo en centros de atención primaria, a pesar de los ya establecidos y confiables criterios diagnósticos de DFTvc²², pues aún resulta difícil realizar el diagnóstico en estadios iniciales, debido a que los primeros síntomas pueden imitar manifestaciones clínicas de enfermedades psiquiátricas primarias y los cambios estructurales en las neuro-imágenes podrían no ser percibidas. Las PCBs son útiles para detectar cambios cognitivos, sin embargo, deben ser validadas y adaptadas en la región a emplear; en el presente estudio los encuestados respondieron que para el diagnóstico de DFT utilizaban como prueba de cribado el MMSE en más del 50%, seguido de la prueba del dibujo del Reloj y el Montreal Cognitive Assessment (MoCA); sin embargo, estas PCBs evalúan muy brevemente alguna función ejecutiva y tienen mejor sensibilidad para detectar EA; por lo que se sugieren emplear pruebas cognitivas breves como el ACE¹⁶, INECO frontal screening (IFS) y el Frontal Assessment battery (FAB)¹⁷ para una mejor valoración de las funciones ejecutivas que apoyen el diagnóstico de DFT^{23,24}; no obstante, en todos los casos, es necesario emplear una evaluación neuropsicológica completa¹³. De esta manera, podemos concluir que los médicos peruanos encuestados son capaces de diagnosticar y reconocer demencia, pero no son capaces de reconocer los síntomas iniciales de DFTvc. El diagnóstico diferencial de DFT es amplio, y en este estudio el 88,1% de médicos identificó correctamente al menos un diagnóstico diferencial, el cual incluye principalmente entidades psiquiátricas primarias como la depresión, trastorno bipolar, trastorno del control de impulsos y esquizofrenia²⁵,

pero también se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras demencias como la variante frontal de la EA que se presenta de forma muy similar a la DFTvC²⁶, inclusive existen casos de enfermedad por priones que imitan las manifestaciones de la DFT²⁷. Sin embargo, debemos tener en cuenta que a diferencia de la demencia de la EA, la memoria episódica (el recuerdo de un episodio particular de nuestra vida, como compartir una cena con mi mejor amigo) no está afectada hasta estadios muy avanzados, por lo que EA no debe ser el primer diagnóstico diferencial como erróneamente señalaron el 66,3% de psiquiatras encuestados. No obstante, estos problemas diagnósticos se presentan en varios países, como lo muestra el estudio de Valeria Santoro del Hospital Das Clinicas de Sao Paulo que incluyó 16 pacientes con DFT, en el cual el retraso del diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue de $4,1 \pm 2,3$ años por haber sido inicialmente catalogados como entidades psiquiátricas, de ellos 9 pacientes fueron inicialmente evaluados por psiquiatras, 5 por neurólogos y 2 por médicos de atención primaria; siendo el diagnóstico inicial un desorden psiquiátrico en 6 pacientes, EA en 4, demencia en 2, DFT en 2 y DCV isquémico e hidrocefalia a presión normal en sendos pacientes²⁸. Consideramos se deben evaluar los programas curriculares de formación de cada especialidad y

ver cuánto tiempo se dedica al estudio de demencia y de acuerdo a ellos modificar o implementar los programas de enseñanza universitaria, tanto en pre como en posgrado, para mejorar estos aspectos de la formación en demencia, pero sobre todo en DFT, teniendo en cuenta los cambios progresivos e indetenibles de la pirámide poblacional en países latinoamericanos.

Las limitaciones del estudio identificadas incluyen: una cierta tendencia de los médicos evaluados a mostrar mayor interés por actualización acerca de nuevos conocimientos en enfermedades neurodegenerativas incluyendo demencia, motivo por el cual acuden a los diversos simposios y congresos científicos; por lo que no sabemos cuál es el nivel de conocimiento de los médicos que no asisten regularmente. Por otro lado, la muestra incluye solo médicos de Lima, por lo que no podemos extrapolar nuestros resultados a médicos peruanos.

Conclusiones

El nivel de conocimiento entre los médicos especialistas encuestados de nuestro país, neurólogos, geriatras y psiquiatras, acerca del diagnóstico de demencia es aceptable, sin embargo, es deficiente cuando se trata específicamente acerca del diagnóstico de DFT.

Resumen

Médicos especialistas en geriatría, psiquiatría y neurología no han recibido entrenamiento respecto al diagnóstico diferencial de demencia, en particular acerca de demencia frontotemporal (DFT).

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento de los médicos sobre DFT. **Material y Método:** La encuesta se llevó a cabo durante simposios y congresos científicos desde enero de 2016 hasta julio de 2017. Los criterios de inclusión fueron: ser médico general o especialista en Geriatría, Neurología y Psiquiatría cuyo proceso de formación como médico y especialista haya sido realizado en universidades peruanas. Se analizaron 217 encuestas de las cuales 13 fueron eliminadas. La encuesta estuvo dividida en tres partes: la primera sobre datos generales de los médicos, la segunda parte fue acerca del diagnóstico de demencia y la tercera sobre datos específicos de DFT. Para el análisis estadístico se utilizó STATA versión 12. **Resultados:** El 90% de los médicos encuestados fueron médicos especialistas en: Psiquiatría (41,3%), Geriatría (31,3%) y Neurología (15,4%). El 98,5% de médicos encuestados afirmó diagnosticar demencia. Los médicos especialistas

tuvieron un mejor desempeño al momento de identificar las pruebas empleadas. El 72,1% de médicos encuestados no pudo reconocer ningún tipo de DFT, mientras que el 27,9% reconoció al menos 1 tipo de DFT. El 43,8% de médicos encuestados identificó correctamente 5 o más de los síntomas presentados en DFT. **Conclusiones:** El nivel de conocimientos entre médicos especialistas encuestados acerca del diagnóstico de demencia es aceptable, sin embargo es deficiente cuando se trata específicamente acerca del diagnóstico de DFT.

Palabras clave: Capacitación, Demencia, Demencia frontotemporal, Latinoamérica, Médicos de atención primaria (fuente: DeCS BIREME).

Referencias bibliográficas

1. Custodio N, Wheelock D, Thumala D, Slachevsky A. Dementia in Latin America: Epidemiological evidence and implications for public policy. *Front Aging Neurosci* 2017; 9: 221. doi: 10.3389/fnagi.2017.00221. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28751861>.
2. Baez S, Ibáñez A. Dementia in Latin America: an emergent silent tsunami. *Front Aging Neurosci* 2016; 8: 253. doi: 10.3389/fnagi.2016.00253. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27840605>.
3. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost & trends. Disponible en: <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>.
4. Nitrini R, Bottino C, Albalá C, Custodio N, Ketzoian C, Llibre Rodríguez JJ, et al. Prevalence of dementia in Latin American: a collaborative study of population-based cohorts. *International Psychogeriatrics* 2009; 21: 622-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610209009430>.
5. Prince M, Comas-Herrera A, Knapp M, Guerchet M, Karagiannidou M. World Alzheimer report 2016: improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future. London: UK: Alzheimer's Disease International (ADI), 2016. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf>.
6. Hojman D, Duarte F, Ruiz-Tagle, Troncoso P, Budnich M, Slachevsky A. The cost of dementia in an unequal country: the case of Chile. *PLoS One* 2017; 12: e0172204. doi:10.1371/journal.pone.0172204. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0172204>.
7. Custodio N, García A, Montesinos R, Escobar J, Bendezú L. Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: Un estudio puerta a puerta. *An Fac med*. 2008; 69 (4): 233-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n4/a03v69n4.pdf>.
8. Custodio N, Herrera-Pérez E, Lira D, Montesinos R, Bendezú L. Prevalence of frontotemporal dementia in community-based studies in Latin America: a systematic review. *Dement Neuropsychol* 2013; 7: 27-32. doi: 10.1590/s1980-57642013dn70100005. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/dn/v7n1/1980-5764-dn-7-01-00027.pdf>.
9. Gleichgerricht E, Flichtentrei D, Manes F. How much do physicians in Latin America know about behavioral variant frontotemporal dementia? *J Mol Neurosci* 2011; 45: 609-17. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12031-011-9556-9>.
10. Hasselbalch SG, Baloyannis S, Denislic M, Dubois B, Oertel W, Rossor M, et al. Education and training of European neurologist in dementia. *Eur J Neurol* 2007; 14: 505-9. doi: 10.1111/j.1468-1331.2006.01679.x. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17437608>.
11. Mayne D, Allan L, Reynish E, MacLulich A, Cunningham E. Experience and opinions on post-

- graduate dementia training in the UK: a survey of selected consultant geriatricians. *Age and Aging* 2014; 43: 263-6. doi: 10.1093/ageing/aft205. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/a7d7/3203363b47c1ccdb187d918b524ea9b0ac19.pdf>.
12. Ravinovic G, Miller B. Frontotemporal lobar degeneration: Epidemiology, pathophysiology, diagnosis and management. *CNS Drugs* 2010; 24: 375-98. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20369906>.
 13. Rascovsky K, Hodges J, Knopman D, Méndez M, Kramer J, Neuhaus J, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 2011; 134: 2456-77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21810890>.
 14. Gorno-Tempini M, Hillis A, Weintraub S, Kertesz A, Méndez M, Cappa S, et al. Clasificación de primary progressive and its variants. *Neurology* 2011; 76: 1006-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21325651>.
 15. Piguet O, Hornberger M, Mioshi E, Hodges J. Behavioural-variant frontotemporal dementia: diagnosis, clinical staging and management. *Lancet Neurol* 2011; 10: 162-72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21147039>.
 16. Custodio N, Lira D, Montesinos R, Gleichgerrcht E, Manes F. Utilidad del Addenbroke's Cognitive Examination versión en español en pacientes peruanos con enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal. *VERTEX Rev Arg Psiquiatr* 2012; XXIII: 165-172. Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex103.pdf>.
 17. Custodio N, Herrera-Pérez E, Lira D, Roca M, Manes F, Baez S, et al. Evaluation of INECO Frontal Screening and the Frontal Assessment Battery in Peruvian patients with Alzheimer's disease and behavioral variant fronto-temporal dementia. *eNeurological Sci* 2016; 5: 25-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405650216300338>.
 18. Muñoz-Neira C, Slachevsky, López OL. Neuropsychiatric characteristics of Alzheimer's disease and the behavioral variant of frontotemporal dementia. *JSM Alzheimer's Dis Related Dementia* 2016; 3 (1): 1023. Disponible en: <https://www.jscimedcentral.com/AlzheimersDisease/alzheimersdisease-3-1023.pdf>.
 19. Nitrini R, Caramelli P, Herrera EJr, Bahia VS, Cai-xeta LF, Radanovic M, et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2004; 18: 241-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15592138>.
 20. Rollinson S, Mead S, Snowden J, Richardson A, Rohrer J, Halliwell N, et al. Frontotemporal lobar degeneration genome wide association study replication confirms a risk locus shared with amyotrophic lateral sclerosis. *Neurobiol Aging* 2011; 32 (4): 758.e1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21257233?dopt=Abstract>.
 21. Ranasinghe KG, Rankin KP, Pressman PS, Perry DC, Lobach IV, Seeley WW, et al. Distinct Subtypes of Behavioral Variant Frontotemporal Dementia Based on Patterns of Network Degeneration. *JAMA Neurol.* 2016; 73 (9): 1078-88. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27429218>.
 22. Lamarre AK, Rascovsky K, Bostrom A, Toofanian P, Wilkins S, Sha SJ, et al. Interrater reliability of the new criteria for behavioral variant frontotemporal dementia. *Neurology* 2013; 80 (21): 1973-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3716343/>.
 23. Gleichgerrcht E, Roca M, Manes F, Torralva T. Comparing the clinical usefulness of the Institute of Cognitive Neurology (INECO) Frontal Screening (IFS) and the Frontal Assessment Battery (FAB) in frontotemporal dementia. *J Clin Exp Neuropsychol* 2011; 33 (9): 997-1004. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13803395.2011.589375>.
 24. Custodio N, Herrera-Pérez E, Lira D, Montesinos R, Alva-Díaz C, Cortijo P, et al. Utilidad de la batería ejecutiva y cognición social de INECO en la evaluación de funciones ejecutivas de una serie de pacientes peruanos con demencia frontotemporal, variante conductual *Rev Neuropsiquiatr* 2015; 78 (4): 211-220. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/2650/2530>.

25. Galimberti D, Dell'Osso B, Altamura AC, Scarpini E. Psychiatric symptoms in frontotemporal dementia: epidemiology, phenotypes, and differential diagnosis *Biol Psychiatry* 2015; 78 (10): 684-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25958088>.
26. Li P, Zhou YY, Lu D, Wang Y, Zhang HH. Correlated patterns of neuropsychological and behavioral symptoms in frontal variant of Alzheimer disease and behavioral variant frontotemporal dementia: a comparative case study. *Neurol Sci* 2016; 37 (5): 797-803. Disponible en: [https://link.springer.com/](https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10072-015-2405-9)
27. Nitrini R, Texeira da Silva LS, Rosemberg S, Caramelli P, Carrilho PE, Lughetti P, et al. Prion disease resembling frontotemporal dementia and parkinsonism linked to chromosome 17. *Arq Neuropsiquiatr* 2001; 59 (2-A): 161-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11400017>.
28. Santoro V. Underdiagnosis of frontotemporal lobar degeneration in Brazil. *Dementia & Neuropsychol* 2007; 1 (4): 361-5. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/dn/v1n4/1980-5764-dn-1-04-00361.pdf>.

Correspondencia:

Nilton Custodio

Unidad de Investigación. Instituto Peruano de Neurociencias.

Bartolomé Herrera 161. Lince. Lima, Perú.

Teléfono: 51-1-2653834.

E-mail: ncustodio@ipn.pe