

1 Exploración clínica en Psicogeriatría

Luis F. Agüera Ortiz

PARA UNA CONSULTA RÁPIDA

- La valoración de los síntomas mentales en ancianos es principalmente clínica.
- La anamnesis abarca largos períodos de tiempo que deben ser explorados. Generalmente, es necesario recoger información fidedigna de cuidadores y familiares
- Deben identificarse todos los posibles factores estresantes muy frecuentes en la vejez.
- La capacidad cognitiva no debe darse nunca por supuesta y requiere una valoración instrumental objetiva
- Deben aplicarse tests y escalas que hayan sido validados en ancianos.
- Es preciso conocer siempre la patología somática coexistente y las pautas de medicación en curso. No debe obviarse la exploración física y neurológica de los síndromes geriátricos más frecuentes.
- Las pruebas de laboratorio pueden ser especialmente útiles para la valoración del paciente y, en algunas situaciones clínicas, también las pruebas de neuroimagen estructural o funcional.
- El entorno socio-familiar del paciente psicogeriátrico puede ser determinante para establecer el diagnóstico y pronóstico: la competencia del cuidador y las posibles repercusiones sobre éste siempre deben tenerse en cuenta.
- El deterioro del anciano nunca debe disminuir la exigencia y la dignidad con la que debe ser evaluado.

La obtención de información es, probablemente, uno de los momentos más cruciales en los procesos de atención del paciente psicogeriátrico, tanto por la variedad de datos que se necesitan como por las dificultades que suelen existir para conseguirlos. Hay similitudes y diferencias en las pruebas que deben realizarse al explorar a un anciano y a un adulto de menor edad.

VALORACIÓN DE LA PATOLOGÍA MENTAL DEL ANCIANO

La valoración de la sintomatología mental es fundamentalmente clínica. En la exploración de un paciente con patología psíquica es necesario tener en cuenta, al menos, los siguientes criterios:

- Obtener información del paciente y de personas cercanas a él.
- No olvidar entrevistar al paciente a solas.
- Realizar una valoración mental lo más completa posible
- Realizar una valoración cognitiva con algún medio instrumental, como por ejemplo el test Mini Examen del Estado Mental (MMSE).
- Valorar la personalidad y la biografía del paciente.
- Considerar las circunstancias de la vida del paciente y su capacidad de realizar las actividades cotidianas, junto al radio físico de acción en el que se desarrollan éstas.
- Pensar en la coexistencia de otras enfermedades psiquiátricas y no psiquiátricas.
- Valorar todos los problemas de salud física.
- Conocer todos los medicamentos y otras sustancias que consume.

ENTREVISTA CON EL ANCIANO

Es necesario contar con una información amplia del paciente de edad avanzada, ya que, al haber vivido más años, sus procesos mórbidos y vivenciales son necesariamente más numerosos. Asimismo, la imbricación de factores físicos y la mayor prevalencia de enfermedades orgánicas exigirán valoraciones más detalladas. Las interacciones entre los aspectos sociales y sanitarios desempeñan un papel muy importante, que requiere tiempo suficiente para ser dilucidadas.

Para comenzar, encontramos un fenómeno que ocurre sólo en la atención geriátrica en general y es que, por definición, el paciente siempre tiene más edad que el examinador. Esta cuestión es importante, pues el profesional no comparte con sus pacientes ancianos la experiencia personal de haber vivido ese momento evolutivo que es la vejez, aunque sí comparte las experiencias de los pacientes más jóvenes. Por tanto, ha de estar alerta para que los estereotipos negativos ligados a la vejez, y que residen en el plano profundo de cualquier persona, incluido el examinador, no contaminen la entrevista.

Como elemento primordial está la valoración y el mantenimiento de la dignidad del paciente y, para ello, la regla de oro es el respeto y la deferencia, que no sólo cumple una función social, sino que pretende devolver, en lo posible, su dignidad al paciente, amenazada por la edad y la patología. En este sentido pensamos que el uso del «usted» es preceptivo e, incluso, el uso del «señor o señora». El trato de usted no está reñido con mayor o menor grado de familiaridad, que puede ser necesaria en determinados momentos, ni resta nada a la necesaria calidez que es conveniente para la entrevista.

La distancia afectiva o relacional que se debe tener con el enfermo, es el fruto de la interacción médico-paciente, pero en el caso de la geriatría tiene cierto carácter diferencial. Muchos psiquiatras defienden, no sin razón, la necesidad de establecer una distancia clara con el paciente, que facilite los aspectos terapéuticos y que no dé lugar a confusiones o falsas confianzas. Este concepto se denomina neutralidad terapéutica. Esta neutralidad debe manejarse juiciosamente con las personas mayores, ya que puede ser aconsejable, en ocasiones, un acercamiento no sólo emocional sino incluso físico. Puede ser conveniente, en ciertos casos, tomarle de la mano cuando está sentado o del brazo para acompañarle a la puerta o ayudarle a caminar.

Respecto a la colocación, la posición habitual –médico y paciente a ambos lados de la mesa del despacho– es la más frecuente, pero no la única. En determinadas circunstancias, sobre todo, en pacientes con déficit auditivos o visuales graves, será más conveniente sentarse al lado del enfermo, en una silla contigua girada en parte hacia él. Ciertas exploraciones físicas o valoraciones del estado cognitivo que requieren actividad por parte del paciente se realizan mejor si no hay una mesa por medio, es decir, sentados uno al lado del otro. En el hospital, o en cualquier situación de encamamiento, será adecuado un acercamiento, por ejemplo, sentarse en el borde de la cama, en vez de permanecer de pie.

El tono de voz debe modularse en función de la situación. En la fase inicial de la entrevista debemos percatarnos del estado de las capacidades auditivas de nuestro paciente y adaptarnos a ellas.

La comunicación con el paciente con deterioro cognitivo o demencia puede presentar dificultades que hay que afrontar. Para ello pueden servir de ayuda las siguientes claves:

- No aumentar el volumen de la voz salvo que sepamos que el paciente oye mal. Confundir audición con comprensión es un error frecuente que todos cometemos alguna vez y que hay que procurar evitar. El paciente necesita que se le hable más claro, no más fuerte. Por el contrario, acercarse al paciente bajando la voz, puede ayudar a conseguir un adecuado tono de confidencialidad que favorezca la comunicación.

- Usar frases cortas. Un concepto en cada una.
- Hacer preguntas sencillas para obtener respuestas sencillas.
- Procurar no hacer preguntas abiertas, que, probablemente, produzcan respuestas aleatorias no siempre buenas. Para ello es de utilidad que la pregunta contenga dos opciones, lo que simplificará el espectro de respuestas. Por ejemplo, en vez de preguntar «¿qué tal anda de apetito?», se puede preguntar «¿tiene usted ganas de comer?». Para evaluar el sueño se puede preguntar «¿duerme usted bien o mal? y para evaluar el estado de ánimo, «¿está usted contento o triste normalmente?»
- Cuando hablemos con el paciente, debemos eliminar en lo posible las fuentes de distracción que, a veces, provienen de la propia familia, que se empeña en intervenir o corregirle.
- Hay que mantener el contacto visual y usar, incluso de manera exagerada, el lenguaje no verbal y las expresiones faciales.
- Es importante asentar y devolver constantemente claves que hagan ver al paciente que le estamos haciendo caso y que le entendemos. No debemos tomar notas mientras le hablamos o nos habla.
- Debemos recordar que los pacientes pierden mucho antes las capacidades de lenguaje que las afectivas. El tono de voz, los gestos, la sonrisa, y también el tacto, facilitan de manera extraordinaria la comunicación, incluso en pacientes con demencia avanzada. El paciente puede no poder expresarse con un lenguaje coherente, pero sí expresará emociones a las que se puede responder.
- Nunca hay que olvidar que debe entrevistarse también al paciente a solas. Todas estas claves cobran especial relevancia en ese momento.

El anciano suele venir acompañado, pero no hemos de olvidar en ningún momento que el foco de atención es el paciente. La primera pregunta debe ser para el enfermo, incluso aunque sepamos que se trata de una persona con demencia avanzada. Se debe mantener al paciente en el punto central de la entrevista y, por tanto, hablar con él debe ser nuestro objetivo. En ocasiones, la familia toma el protagonismo, hablando todo el tiempo por boca del enfermo y, otras veces, es el propio anciano quien activamente cede el papel protagonista, insistiendo en no ser quien interactúe con el médico. Esta situación debe ser la excepción, no la regla.

Toda exploración psiquiátrica, y en especial la psicogeriátrica, está incompleta si no incluye un período de la entrevista a solas con el enfermo. Según el problema que se plantee, y las dificultades reales que existan, el tiempo que pasemos con el paciente a solas puede abarcar casi toda la entrevista o reducirse a unos pocos minutos, pero este encuentro siempre se debe dar. La entrevista a solas permite calibrar mejor los aspectos afectivos y de personalidad, desentrañar situaciones familiares complejas o, simplemente, valorar el grado de autosuficiencia del paciente.

FACTORES DE RIESGO Y ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES DE LA EDAD AVANZADA

Se han identificado algunos factores de estrés y situaciones clínicas que inciden especialmente en los ancianos. Estas situaciones médicas se detallan en la [tabla 1.1](#). Los acontecimientos que tienen más capacidad de producir estrés son los siguientes:

- Enfermedad del cónyuge. El impacto es mucho mayor en personas con nivel elevado de dependencia. La gravedad de la enfermedad puede ser real o sólo percibida.
- Muertes y duelos. Los ancianos están expuestos a un mayor número de pérdidas de personas significativas y, en consecuencia, precisan realizar múltiples procesos de duelo. Aunque cada fallecimiento concreto tiene una significación particular, la pérdida del cónyuge y, aun más, las pérdidas no esperables, en concreto, la de los hijos, suelen provocar un impacto de enorme intensidad. Respecto a la propia muerte, los ancianos hablan a menudo de ella. Esto no es un fenómeno patológico, sino que la mayoría de las veces tiene un sentido adaptativo.
- Jubilación. En algunos casos es un factor estresante importante. Afecta, sobre todo, a personas para las que el trabajo ha sido un eje principal en su vida, por necesidad de reconocimiento y éxito.
- Institucionalización. Es importante que durante el período previo al ingreso en la residencia se explique al anciano como será la vida en

Tabla 1.1. Situaciones médicas frecuentes que acrecientan el riesgo de desarrollar sintomatología psiquiátrica en el anciano

- Insuficiencia cardíaca descompensada
- Período posterior al infarto de miocardio
- EPOC descompensada, sobre todo, si se incrementan las dosis de broncodilatadores o corticoides
- Infecciones, aunque sean leves o pasen desapercibidas (p. ej., infección urinaria)
- Enfermedades endocrinas (hipo o hipersecreción)
- Patologías que causan dolor crónico
- Déficit sensoriales graves, auditivos o visuales
- Patologías que dificultan la movilidad y la deambulaci3n
- Neoplasias
- Enfermedades degenerativas y vasculares del SNC
- Deterioro cognitivo

el nuevo lugar, evitando así fantasías negativas y anticipaciones que producen niveles importantes de ansiedad.

- Dinero, finanzas y pensiones. Los aspectos económicos tienen mucha trascendencia, ya que, en la mayoría de los casos, los ingresos no dependen del esfuerzo personal, sino de decisiones que toman poderes políticos y que no pueden controlar.
- Robos, delitos y agresiones callejeras. Son algunos de los factores estresantes más característicos. Aunque se sabe que no reciben más agresiones que otros grupos de edad, los ancianos los temen más.
- Problemas en la familia. En la edad avanzada, la relación con la familia adquiere especial relevancia. Un caso especial puede encontrarse en los casos de separación o divorcio de los hijos.
- Problemas en la vivienda, obras, ruina y mudanzas. El anciano suele envejecer en su casa y establece un proceso de identificación con ella. Las obras y reparaciones, tanto en su domicilio habitual como en el de origen («la casa del pueblo») pueden producir gran estrés. También supone gran impacto la costumbre o necesidad de pasar temporadas en casa de diferentes hijos.

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN

La anamnesis y la exploración de las funciones mentales y la psicopatología forman un todo dinámico cuando se evalúa al anciano y no debe de seguirse un esquema rígido para la obtención de información. Es probable que sea necesario realizar más de una entrevista.

Al evaluar el motivo de consulta y la enfermedad actual es preciso tener en consideración, entre otros, los siguientes elementos:

- Factores precipitantes y cambios en el entorno físico y emocional. Los factores estresantes ya citados deben ser explorados sistemáticamente.
- Sucesión de acontecimientos sintomáticos, ya que la historia natural de la enfermedad no siempre es la misma en el adulto que en el anciano.
- Atención no sólo a los síntomas psíquicos sino a los signos físicos, especialmente, vegetativos, relacionados con la enfermedad mental. Entre ellos estaría la pérdida de apetito, cambio en los hábitos alimentarios (por ejemplo, solicitar la comida en forma de puré) ganancia o pérdida de peso, descenso del nivel de energía para realizar las actividades cotidianas y variaciones temporales de estos parámetros.
- Diferenciación entre cambios debidos a la edad y procesos de enfermedad. Aunque esta cuestión no es siempre fácil, la mayoría de los errores se cometen por exceso, al considerar como normales para la edad procesos que son total o parcialmente patológicos. En este

sentido, la velocidad del cambio es un factor de ayuda. Una disminución en el rendimiento de la memoria o una retracción social puede ser normal si ocurre en el curso de cinco años, pero no si lo hace en cinco meses.

- Los antecedentes familiares no deben omitirse nunca. En este sentido, resulta fundamental la obtención de información no sólo de las enfermedades mentales y físicas padecidas por los parientes cercanos, sino de cómo han sido vivenciadas éstas por el enfermo. No hay que olvidar que nuestro paciente tiene ahora, probablemente, la edad en la que parte de ellas le sucedieron a otras personas de la familia (padres o hermanos mayores) y puede temer de forma intensa padecerlas él mismo.
- Los antecedentes personales y biográficos también resultan de gran importancia. No es posible atender adecuadamente a una persona con muchos años a sus espaldas, si desconocemos qué ha ocurrido durante esos años. La investigación debe retroceder también hasta la infancia, ya que al igual que en adultos más jóvenes, los hechos acaecidos en la infancia y adolescencia siguen ejerciendo un papel muy trascendente.
- Entre los datos biográficos reviste particular trascendencia la manera en que la persona actualmente anciana se ha enfrentado otras transiciones psicosociales de su ciclo vital. Algunas de ellas son el comienzo del trabajo, el servicio militar en los varones, las relaciones de pareja, el matrimonio, el nacimiento de los hijos, su marcha de la casa, el fallecimiento de los padres, la jubilación o fallecimiento del cónyuge, así como la posible presencia de segundos matrimonios o establecimiento de nuevas parejas, cuestión que ha dejado de ser inusual. Para obtener información sobre la personalidad previa suele ser necesaria la colaboración de otros informadores, generalmente, la familia. Otros datos que no deben olvidarse son las actividades extralaborales, como aficiones u otras de carácter social. Los aspectos referidos al funcionamiento sexual, a menudo, se excluyen de la entrevista, lo que constituye un error, ya que suponen una fuente valiosa de información y, en no pocas ocasiones, uno de los aspectos que han sido deteriorados por la propia enfermedad o por su tratamiento, lo cual se vive por determinados enfermos de forma especialmente penosa.
- La historia médica es fundamental y debe obtenerse información de todas las fuentes posibles. El tiempo empleado en revisar informes médicos de enfermedades físicas que el paciente ha padecido y de sus tratamientos, es casi siempre útil en términos de rentabilidad diagnóstica y no debe de asumirse ciegamente que los posibles pro-

cesos médicos que el paciente padezca están ya diagnosticados o adecuadamente tratados. No es infrecuente –y no debe resultar paradójico– que sea precisamente el psiquiatra quien tenga una primera sospecha de enfermedad física y, en ciertos casos, quien la investigue personalmente. En cualquier caso, es absolutamente obligado tener clara conciencia de las enfermedades físicas que el paciente padece, su grado de afectación y la medicación que recibe, ya que alguno de estos factores puede afectar a la expresión de la enfermedad mental o ser directamente su causa. Las áreas fundamentales de exploración aparecen en la [tabla 1.2](#).

Tabla 1.2. Áreas de exploración psicopatológica

- Aspecto externo y presentación
- Nivel de actividad
- Capacidad de introspección y estilo atribucional
- Percepción
- Órganos sensoriales
- Fenómenos alucinatorios
- Pensamiento: forma y contenido
- Lenguaje
- Afectividad
- Estado de ánimo
- Fenómenos relacionados con la ansiedad
- Estado cognitivo
- Grado de competencia funcional

ENTREVISTA CON FAMILIARES U OTROS INFORMADORES

La obtención de datos en el paciente geriátrico, al igual que lo que ocurre en Pediatría, pero por distintas razones, suele precisar de la colaboración de informadores que pertenezcan al círculo cercano del paciente, bien familiares o cuidadores profesionales. Aunque lo más probable es que esta fuente de información provenga de algún miembro de la familia que viva con el paciente, cónyuge o hijos, debemos incluir en este epígrafe también a cuidadores no profesionales (vecinos, amigos) que ayudan al paciente de manera voluntaria y a profesionales en el caso de pacientes que viven en medio residencial o que acuden a Centros de Día. También, de manera cada vez más frecuente, el anciano vive asistido por una persona de servicio doméstico, quizás originaria de otro país, cuya información es la única disponible o la más cercana a la realidad.

Guía Esencial de Psicogeriatría. SEPG ©2015. Editorial Médica Panamericana.

En cualquier caso, el conocimiento del tipo de relación pasada y presente que tiene el cuidador con el paciente también resulta trascendental para valorar la información que nos está ofreciendo, ya que, en ocasiones, nos hará reinterpretar la misma, si ésta es o fue conflictiva.

Muy diversas razones aconsejan completar la evaluación del anciano con datos provenientes de estas fuentes externas. Muchos ancianos tienden a tener y a ofrecer una imagen muy estereotipada de sí mismos, aportando una visión centrada en épocas pasadas y minimizando cambios más recientes. La valoración del grado de desvalimiento y necesidad de apoyo de cada persona puede diferir mucho –en más o en menos– al incluir el punto de vista de la familia o cuidadores.

Un aspecto fundamental, que sucede de manera casi sistemática, es la tendencia a minimizar el alcance y consecuencias de su propio trastorno en personas que sufren deterioro cognitivo. El contraste con lo observado por la familia suele darnos una perspectiva mucho más precisa y acorde con la realidad que la que nos ofrece la subjetividad del paciente.

Por otro lado, la observación del funcionamiento del sistema familiar y el reparto de los roles en relación con los cuidados, cuando aparece una enfermedad grave, orientará no sólo hacia una mayor precisión del diagnóstico y del grado de incapacidad, sino de las posibilidades reales de implementar diferentes esquemas de tratamiento.

La entrevista familiar debe servir no sólo para recibir y complementar la información sobre el paciente, sino para conocer datos del cuidador, en especial, si éste es otro anciano. Con mayor o menor extensión, según los casos, el entrevistador debe obtener datos sobre el estado de salud del cuidador, el grado de comprensión que tiene de la enfermedad de nuestro paciente, el estrés que los cuidados le producen, el tipo y la calidad de la relación previa a la enfermedad y la capacidad de proporcionar efectivamente los cuidados necesarios.

Esta entrevista con el cuidador suele ayudar a establecer una buena relación con éste y favorecer el ambiente terapéutico global. Por ejemplo, conocer los problemas de salud del cuidador (cónyuge u otro familiar), y preguntar de vez en cuando por ellos, suele hacer que éste se sienta más entendido y reconocido en su labor.

LA EVALUACIÓN COGNITIVA

La determinación del estado cognitivo del paciente es una pieza que no debe faltar en el proceso diagnóstico. Esta exploración será más o menos extensa en función de los déficit que el paciente presente y del tipo de enfermedad que padezca, pero debe hacerse siempre. Es más, no deben hacerse asunciones gratuitas respecto a las capacidades cognitivas actuales del enfermo, provenientes de un contacto superficial con el mismo, o bien

de datos obtenidos previamente por otros profesionales. Tampoco las quejas subjetivas, en especial, las referidas a la memoria, son una guía fiable. El paciente puede sorprendernos en la exploración con capacidades mucho más conservadas o alteradas de lo que inicialmente pueda parecer.

La exploración cognitiva debe hacerse sobre la base de una anamnesis del paciente y de la familia, y realizando obligatoriamente una medición objetiva mediante alguna prueba o test estandarizado, de los que se muestran en el capítulo correspondiente.

En general, la información a obtener debería incluir, al menos, los siguientes puntos:

- Momento aproximado de inicio de los síntomas de deterioro cognitivo.
- Ritmo de la progresión.
- Carácter fluctuante o progresivo.
- Empeoramientos recientes y factores relacionados con ellos.
- Déficit cognitivos actuales.
- Repercusión sobre sus actividades de la vida cotidiana.
- Qué cosas puede hacer y qué cosas ha dejado de hacer.
- Síntomas neurológicos acompañantes: focalidad, parkinsonismo, alteraciones de la marcha, convulsiones, caídas, etcétera.
- Historia familiar de demencia.

USO DE TESTS Y ESCALAS

La anamnesis y exploración clínica puede ser complementada con el uso de tests y escalas específicas para determinados grupos de síntomas. Su empleo está especialmente recomendado para cuantificar los hallazgos en protocolos de investigación, para ayudar al diagnóstico diferencial y para controlar el progreso de la sintomatología una vez instaurado el tratamiento. Sin embargo, su uso juicioso no debe nunca sustituir a un cabal conocimiento de la psicopatología y la exploración formal de las funciones mentales.

Actualmente, existen muchos instrumentos en forma de tests de *screening* o cribado, escalas de evaluación y entrevistas estructuradas de diagnóstico, desarrolladas específicamente para pacientes geriátricos. Conviene recordar que no todos los instrumentos de evaluación para la edad adulta resultan útiles en ancianos, ya que la edad impone determinadas características que hacen que sus resultados no sean ajustados a la realidad. Los principales instrumentos aparecen en la [tabla 1.3](#), donde se excluyen los específicos para la evaluación de las demencias.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La evaluación psiquiátrica de un anciano no está completa si no se realiza una exploración física. Las enfermedades somáticas coexisten con

Guía Esencial de Psicogeriatría. SEPG ©2015. Editorial Médica Panamericana.

Tabla 1.3. Instrumentos de evaluación de especial utilidad en el paciente psicogeriátrico

<i>Área a evaluar</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Comentarios</i>
Depresión	Geriatric Depression Scale de Yesavage	Versión larga y abreviada
	Montgomery-Arsberg Depression Scale	Preferible a la Hamilton Depression Scale en ancianos
Ansiedad	Hamilton Anxiety Scale	Sin versión específica para ancianos
Agitación	Escala de Agitación de Cohen Mansfield	Más aplicable en trastornos orgánicos cerebrales
Actividades instrumentales de la vida diaria	Escala de Lawton y Brody	Valora mejor a mujeres
Actividades básicas de la vida diaria	Escala de Barthel	Más aplicable en demencias
Psicopatología general	CAMDEX	Entrevista completa, con buen módulo de evaluación cognitiva (CAMCOG)
	GMS	Estándar para la evaluación completa psicopatológica

frecuencia con las psiquiátricas, potenciándose mutuamente. Debe explorarse sistemáticamente la capacidad funcional del paciente, empleando instrumentos como el índice de Barthel, y valorar el estado general y nutricional del paciente. En la exploración se debe prestar especial atención a la presencia de signos de insuficiencia cardíaca, soplos cardíacos, presión arterial en decúbito y bipedestación, arterias temporales, anomalías en el tórax y abdomen, incluido examen rectal y estigmas de enfermedad hepática, signos de malignidad (p. ej., adenopatías en cuello) y de enfermedad tiroidea. También debe obtenerse la temperatura rectal y el peso y talla.

Asimismo, es preciso realizar una exploración neurológica, buscando, especialmente, síntomas extrapiramidales, de accidente cerebrovascular,

especialmente, disfasia, trastornos visuoespaciales y alteraciones del campo visual. Hay que explorar la marcha, la estabilidad y la presencia de movimientos involuntarios, y debe examinarse, cuando sea preciso, el fondo de ojo. En demencias avanzadas pueden aparecer reflejos arcaicos (prensión o succión) como signos de liberación cortical.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Las pruebas de laboratorio pueden resultar de mucha ayuda en la evaluación del paciente psicogeriátrico, fundamentalmente, en el diagnóstico diferencial de patologías psiquiátricas primarias y en la valoración de otras enfermedades coexistentes. Deben ser utilizadas juiciosamente y siempre después de la valoración del estado mental y del examen neuropsicológico básico.

La extensión y el tipo de las mismas dependen de cada caso concreto. En general, es conveniente hacer un análisis de sangre completo, obteniendo las cifras de hemoglobina, recuento celular, fórmula leucocitaria, albúmina, colesterol, glucosa, urea y creatinina, sodio, potasio, y pruebas de función hepática y tiroidea. Además, en los pacientes con delirium, y en los que exista sospecha de infección, deberá obtenerse una radiografía de tórax, análisis y cultivo de orina, y extraer muestras de sangre para cultivo. En la [tabla 1.4](#) se muestran las pruebas que resultan de mayor rentabilidad diagnóstica para la mayoría de los pacientes. En los enfermos en tratamiento con psicofármacos se impone la necesidad de realizar un seguimiento analítico de forma regular para la detección precoz de acontecimientos adversos como la hiponatremia, problemas hepáticos, tiroideos o renales.

Tabla 1.4. Pruebas complementarias de especial utilidad en los pacientes psicogeriátricos

- Hematología
- Glucosa
- Electrolitos
- Urea y creatinina
- Enzimas hepáticas
- Hormonas tiroideas
- Serología de lúes (enfermedades de transmisión sexual)
- Vitamina B₁₂ y ácido fólico
- Urianálisis/cultivo
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax

En caso de deterioro cognitivo hay que añadir a la analítica una determinación de vitamina B₁₂, folatos y serología de VIH y sífilis. Asimismo, como se cita a continuación, debe realizarse una prueba de neuroimagen, especialmente, cuando el enfermo presenta un curso poco usual o de rápida evolución, con el fin de excluir lesiones, como hidrocefalia, hematoma, infarto cerebral o tumores.

PRUEBAS DE NEUROIMAGEN

Las pruebas de neuroimagen pueden ser de ayuda para el diagnóstico y diagnóstico diferencial de diversos cuadros psicogerítricos, aunque son de máxima utilidad para la evaluación de las demencias. En cualquier caso, un conocimiento limitado de estas técnicas y su interpretación no puede ser considerado nunca un impedimento para que el psiquiatra realice un diagnóstico correcto, ya que siempre debería ser posible contar con los informes y colaboración del neurorradiólogo.

Estas pruebas deben ser efectuadas con posterioridad a la anamnesis, y a la exploración clínica y neuropsicológica, y orientarse por los resultados de éstas.

Neuroimagen estructural. Para precisar el diagnóstico de demencia, se utiliza el apoyo de la neuroimagen estructural (TC o RM). Aunque la neuroimagen ha proporcionado información relevante cuando ha sido realizada en series largas, los datos que aporta no suelen ser concluyentes para el diagnóstico de los casos individuales de demencia. Las pruebas de neuroimagen estructural pueden ser útiles para discriminar formas de demencia distintas a la enfermedad de Alzheimer y otros problemas, entre los que se encuentran las lesiones vasculares extensas, las demencias frontales, los tumores cerebrales y otras lesiones ocupantes de espacio, como los abscesos o los hematomas, la hidrocefalia y otras formas de demencia potencialmente reversibles.

En la actualidad, la mayoría de los protocolos incluyen la realización de al menos una prueba de neuroimagen en el diagnóstico de demencia. En la [tabla 1.5](#) se muestran las situaciones clínicas en que claramente es necesaria una prueba de neuroimagen estructural en el proceso diagnóstico de la demencia, según las recomendaciones del Consenso Nacional de Demencias de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psicogeriatría.

Neuroimagen funcional. Además de la neuroimagen estructural, también se dispone de pruebas de imagen capaces de reflejar el funcionamiento cerebral. Las más usadas en el estudio de la demencia son la PET o TEP (tomografía de emisión de positrones) que se destina habitualmente a investigación y la SPECT (tomografía de emisión de fotón único). La SPECT es una prueba habitualmente accesible en nuestro medio. Se han descrito patrones típicos de distintas enfermedades, como Alzheimer, demencia

Guía Esencial de Psicogeriatría. SEPG ©2015. Editorial Médica Panamericana.

Tabla 1.5. Situaciones clínicas que hacen necesaria la indicación de neuroimagen estructural en el diagnóstico de la demencia

- Comienzo presenil de la enfermedad
- Declive cognitivo muy rápido (en semanas)
- Instauración de signos claros de demencia en menos de 2 años
- Historia de hemorragia o uso de anticoagulantes
- Traumatismo craneal grave reciente
- Historia de neoplasia con riesgo de metástasis cerebral
- Historia de incontinencia o alteraciones de la marcha de forma precoz en la enfermedad
- Signos de focalidad de aparición reciente
- Historia familiar o personal de enfermedades neurodegenerativas
- Síntomas neurológicos mal definidos o explicados por la exploración

frontotemporal (para la que resulta especialmente útil), demencia vascular, e incluso, depresión. Una forma específica de SPECT, el DAT-Scan puede resultar de mucha utilidad para el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson y de la demencia por cuerpos de Lewy. La introducción del TEP con marcadores de amiloide permite ya el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer con una mayor precisión y precocidad.

En definitiva, las pruebas de neuroimagen están especialmente indicadas ante la sospecha de:

- Demencias degenerativas.
- Problemas vasculares.
- Tumores, inflamación, lesiones cerebrales postraumáticas, hipoxia e hidrocefalia con presión normal.

No son aconsejables si no se esperan cambios significativos, por tratarse de enfermedades de larga duración de inicio presenil, si la situación del paciente no permite su realización con una mínima calidad técnica o no van a cambiar de manera sensible el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Agüera Ortiz LF. Demencia. Una aproximación práctica. Barcelona: Masson, 1998.
- Agüera-Ortiz LF, Cervilla Ballesteros J, Martín Carrasco M. Entrevista clínica y exploración psicopatológica. *Psiquiatría Geriátrica*. Madrid: Elsevier-Masson, 2006: 161-86.
- Agüera-Ortiz LF, Sánchez Ayala MI. Proceso Diagnóstico. Consenso Español sobre Demencias. Madrid: Saned, 2005: 31-51.