

INFORME CLINICO-PSICONEUROLOGICO (Confidencial)

I.- IDENTIFICACION

NOMBRE : ALIGIA MONICA SANDOVAL VALLEJOS
FECHA DE NACIMIENTO : 04.03.1944
EDAD : 77 años
SEXO : Femenino
ESCOLARIDAD : 3° año de Preparatoria
LATERALIDAD : Diestra
RUT : 5223061-6

II.- MOTIVO DE CONSULTA

Evaluación Psiconeurológica para conocer estado cognoscitivo actual, solicitada por Dr. Fernando Hansen B. (Neurólogo-Adultos).

III.- PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO

Entrevista Clínica a la Paciente y Acompañante (hija: Mónica Cárdenas. Rut: 11973204-2), Evaluación Cognitiva Montreal-MOCA, Subtest de Denominación-CERAD (abreviado), Fluencia Verbal-SET TEST, Subtest de Praxias-CERAD (abreviado), Free and Cued Selective Reminding Test-FCSRT (Test de Grober-Buschke), Frontal Assessment Battery-FAB, Escala de Depresión Geriátrica GDS-30, Neuropsychiatry Inventory Short Form NPI-Q, Escala de LAWTON y BRODIE, Índice de BARTHEL y Escala de Sobrecarga del Cuidador ZARIT.

IV. - ANTECEDENTES CLÍNICOS RELEVANTES

APP: informa HTA en tto. DM en tto. TEC antiguo sin p/c. Tto/psicológico por depresión. Asma. TBQ activo. Caída. Preocupación por trastorno de la memoria reciente. Sin otros elementos mórbidos significativos.

APF: sin antecedentes familiares significativos.

V.- ACTITUD Y COMPORTAMIENTO ANTE LA EVALUACION

Paciente ingresa a la consulta acompañada de su hija mayor.

Casada. 2 hijas. Vive con su esposo, su hija que la acompaña a la consulta, yerno, tres nietos y un sobrino.

Vestimenta adecuada. Sin trastorno de la marcha. Sin déficit auditivo. Lentes para leer.

Informa alteración del ánimo. Apetito, normal. Sueño normal. Preocupación por fallas de memoria reciente desde hace aproximadamente cinco años, pero hace tres años de manera significativa, con pérdida de independencia y sin episodios de desorientación. Se encuentra irritable, no informa otra alteración comportamental.

Hija refiere que su madre es totalmente autovalente en las ABVDs. Supervisada en algunas de las AIVDs.

Rapport permite la evaluación.

Se presenta lúcida, con fallas en la orientación temporal, ubicada en espacio y persona.

Mantiene conducta adecuada y colaboradora a la evaluación.

Presenta adecuadas capacidades receptivas para recoger las instrucciones de las pruebas.

Se constata un lenguaje espontáneo fluente, sin trastornos simbólicos, ni articulatorios.

Fachada social impresiona conservada.

Sin alteración comportamental al examen.

VI.-EFICIENCIA COGNITIVA GLOBAL

Evaluación Cognitiva Montreal-MOCA

1. Espacial/Ejecutiva	4/5
2. Identificación	3/3
3. Atención	2/6
4. Lenguaje	3/3
5. Abstracción	2/2
6. Recuerdo diferido	1/5
7. Orientación	3/6

Total MoCa: 18/30

Añadir 2 pto, si escolaridad es ≤ 8 años + 2

TOTAL MOCA: 20/30

ID: **DETERIORO COGNITIVO LEVE**

Referencia internacional (Nasreddine, ZS. 2005):

Normalidad puntaje de corte ≥26. DCL: X 22.1/ D.E. 3.1. E.A.: X 16.2/D.E. 4.8

Referencia nacional (Araneda, A. 2012):

Normalidad puntaje corte 24. DCL no amnésico puntaje corte 21. DCL amnésico puntaje corte 22. Demencia puntaje de corte 19

VII.- EVALUACION DE FUNCIONES PSICONEUROLOGICAS ESPECÍFICAS

1.- LENGUAJE

Subtest de Denominación-CERAD (abreviado) (Sexo: femenino. Edad: 75-84 años. Escolaridad: baja)

Rendimiento: **15/15** (X= 10.1 DE= 2.8)
ID: MANTENIDO, normal capacidad de nominación por confrontación visual. No se observan trastornos simbólicos, ni articulatorios.
 Se observa un lenguaje fluente, comunicativo, sin déficit en la comprensión de instrucciones simples y complejas.
 Sin déficit en la repetición de palabras y frases. No se constatan anomias en el lenguaje espontáneo.

2.- FLUENCIAS VERBALES

Set Test (Pascual-Millán et al, 1990)

Rendimiento: **40/40** (X= 36.8 DE= 3.0)
ID: MANTENIDAS, adecuado acceso al léxico fonológico-lingüístico y semántico.

3.- HAB. VISUO-CONSTRUCTIVAS

Subtest de Praxias-CERAD (abreviado) (Sexo: femenino. Edad: 75-84 años. Escolaridad: baja)

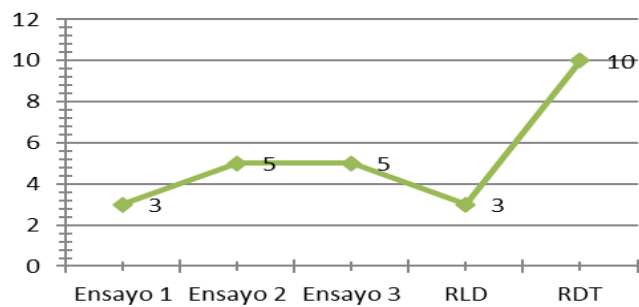
Rendimiento: **8/11** (X= 6.4 DE= 3.5)
ID: MANTENIDAS, adecuada estrategia para la programación de la construcción.

4.- MEMORIA DECLARATIVA EPISODICA

Free and Cued Selective Reminding Test-FCSRT (Test de Grober-Buschke)

Indicador	Total	Máx.	N°DS
Registro 1°-2°-3°-4°-5° Ensayo		16	
Recuerdo Total 1° Ensayo (RL1+RC1)	8	16	
Recuerdo Total 2° Ensayo (RL2+RC2)	9	16	
Recuerdo Total 3° Ensayo (RL3+RC3)	11	16	
Recuerdo Libre Corto Plazo (3 ensayos consecutivos)	13	48	
Recuerdo Clave Corto Plazo	15	35	
Recuerdo Total	28	48	
% Sensibilidad a las claves	42,9	100	
Recuerdo Libre diferido	3	16	
Recuerdo con clave diferido	7	13	
Recuerdo diferido total	10	16	
Total Intrusiones	19	--	
Total Perseveraciones	4	--	
Reconocimientos Correctos	15	--	
No Reconocimientos	1	--	
Falsos Reconocimientos	1	--	
ID	DEFICIT EN EL APRENDIZAJE MNÉSICO INMEDIATO. PATRON SUBCORTICAL.		

CURVA DE APRENDIZAJE FCRST



Nº Ensayo	R Libre	R Clave
Ensayo 1	3	5
Ensayo 2	5	4
Ensayo 3	5	6
RLD	3	7
RDT	10	

5.- FUNCIONES EJECUTIVAS

Frontal Assessment Battery-FAB (Dubois et al. 2000)

1.	Similitudes	2/3
2.	Flexibilidad mental	3/3
3.	Comportamiento de Prehensión	3/3
4.	Secuenciación motora	1/3
5.	Sensibilidad interferencia	2/3
6.	Go-no-go	1/3
Total:		12/18

ID: DEFICIENTES (Edad: ≥ 70 años. Escolaridad: básica. X= 14.17 DE= 1.52)
 Ref: puntaje de corte EA: 12±3.7/DFT: 7.6±4.2)

VIII.- EVALUACION NEUROPSIQUIATRICA

1.- Escala de Depresión Geriátrica GDS-30 (Aplicada a la paciente)

Rendimiento: 18/30
ID: DEPRESIÓN LEVE (11-20)

2.- Neuropsychiatry Inventory Short Form NPI-Q (Aplicada a la acompañante)

Síntomas Neuropsiquiátricos	Presencia	Gravedad	Estrés
1.- Delirios	no		
2.- ALUCINACIONES	SI	1	1
3.- AGITACIÓN/AGRESIÓN	SI	2	3
4.- DEPRESIÓN	SI	2	3
5.- Ansiedad	no		
6.- Exaltación/Euforia	no		
7.- Apatía/indiferencia	no		
8.- Desinhibición	no		
9.- IRRITABILIDAD	SI	2	2
10.- Conducta motora anómala	no		
11.- Problemas de sueño	no		
12.- Problemas de apetito	no		
TOTAL		7	9
ID LEVE (≤ 12)MINIMO (≤ 12)			
Gravedad			
1	Leve		
2	Moderado		
3	Severo		
Estrés			
0	Ausencia		
1	Mínimo		
2	Leve		
3	Moderado		
4	Grave		
5	Muy Grave		

IX.- EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD

1.- ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

ESCALA DE LAWTON y BRODIE (Aplicada a la acompañante)

Rendimiento: 6/8
ID: DEPENDENCIA LEVE (6-7)

2.- ACTIVIDADES BÁSICAS

ÍNDICE DE BARTHEL (Aplicada a la acompañante)

Rendimiento: 100/100
ID: INDEPENDENCIA

X.- EVALUACION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR-ZARIT (Aplicada a la acompañante)

Rendimiento: 26/88
ID: SIN SOBRECARGA (normal: ≤ 47)

XI.- PERFIL PSICONEUROLOGICO GLOBAL

Según el perfil cognitivo y comportamental presentado y teniendo en cuenta como punto referencia la información obtenida a través de la paciente y junto con la observación objetiva y cualitativa de su desempeño en las pruebas de evaluación psiconeurológica, se propone considerar lo siguiente:

- ☐ **EFICIENCIA COGNITIVA GLOBAL:** deterioro cognitivo leve.
- ☐ **PATRON PSICONEUROLÓGICO-ESPECÍFICO:** paciente con fallas en la orientación temporal, con déficits cognitivos-específicos de tipo atencional/disejecutivo, del aprendizaje mnésico inmediato y de la velocidad de procesamiento. Perseverante.
Evaluación sin signos de tipo afaso-aprático-agnóstico, se sugiere posible involución cortical esperable para la edad.
- ☐ **PATRÓN PSICONEUROLÓGICO-FUNCIONAL:** tipo subcortico/frontal.
- ☐ **SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y DE CONDUCTA (SPDC):** GDS-30 (paciente) informa leve perturbación psico-afectiva al examen.
NPI-Q (acompañante/hija) informa la presencia de leve sintomatología neuropsiquiátrica, con mínimo estrés para el entorno.
- ☐ **FUNCIONALIDAD:** acompañante informa leve dependencia funcional en las AIVDs. Sin afectación en las ABVDs.
- ☐ **SOBRECARGA DEL CUIDADOR:** ZARIT no informa sobrecarga de la acompañante.

HIPOTESIS DIAGNOSTICAS PRESUNTIVAS:

RENDIMIENTO EN LA EVALUACIÓN PSICONEUROLÓGICA CONSTATA UNA EFICIENCIA COGNITIVA GLOBAL DISCRETAMENTE DISMINUIDA PARA LO ESPERABLE DE LA EDAD DE LA PACIENTE (MOCA) CON DÉFICITS DE TIPO ATENCIONAL/EJECUTIVO (FAB), SIN DÉFICIT EN EL APRENDIZAJE MNÉSICO DECLARATIVO EPISÓDICO (GROBER-B), CON UN PATRON PSICONEUROLOGICO FUNCIONAL DE TIPO SUBCORTICO/FRONTAL, CON LA PRESENCIA DE LEVE SINTOMATOLOGIA NEUROPSIQUIATRICA ASOCIADA Y LEVE REPERCUSION FUNCIONAL EN LAS AIVDS, SEGÚN INFORMA LA ACOMPAÑANTE.

Criterio del examinador:

Al momento del examen y según el rendimiento mostrado por la paciente en la EvNp se sugiere considerar en el diagnóstico diferencial posible Trastorno Neurocognitivo Menor amnésico (no cortico/hipocampal)-múltiples dominios, de patrón psiconeurológico subcortico/frontal, de posible etiología subcortico/vascular.

ESTOS RESULTADOS DEBEN INTERPRETARSE CONSIDERANDO EL CONJUNTO DE LOS ANTECEDENTES CLÍNICOS Y DE LAS NEUROIMÁGENES.

XII.-SUGERENCIAS

- ☐ Mantener apoyo y control con médico tratante, estricto.
- ☐ Realizar exámenes complementarios, que se estimen pertinentes.
- ☐ Re-evaluar por Psiconeurología en 6 meses más.

Estimada Dr. me mantengo a su disposición para cualquier información en relación a la evaluación de su paciente.

Saluda atentamente a Ud.,
Ps. Mario Arriagada G.

SANTIAGO/06.12.2021

Nota:

Cualesquiera que sean los resultados de estos exámenes, ellos deberán ser considerados como complemento al estudio clínico de la paciente y de las neuroimágenes morfológicas y funcionales y en ningún caso, se podrá basar solo en ellos (estudio psiconeurológico) un diagnóstico neurogeriátrico, ya que este será siempre clínico.

ESTE EXAMEN DEBE SER REVISADO POR SU MÉDICO TRATANTE QUIEN PODRÁ CONCLUIR UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.