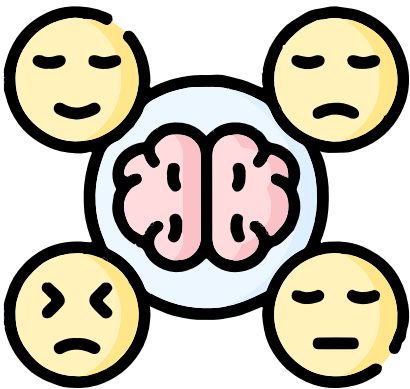




webinar

ENCUENTRO CON EXPERTOS



Síntomas conductuales en demencias no Alzheimer



Ponente:

Dr. Carmelo Pelegrín Valero

Jefe de Servicio de psiquiatría.
Hospital Universitario “San Jorge”,
Huesca. Representante de la
Sociedad Española de Psiquiatría
y Salud Mental SEPSM

JUEVES 7 NOVIEMBRE DE 2024



Red de Agentes Activos en la
DETECCIÓN PRECOZ DEL
ALZHEIMER



El Dr. Carmelo Pelegrín es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza, Médico Especialista en Psiquiatría en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, y Doctor en Medicina por la Universidad de Zaragoza. Es profesor de másters en varias universidades como la Autónoma de Barcelona, la Universidad Católica de Valencia San Vicente Martir o la facultad de Ciencias, Salud y Deporte de Huesca donde además es profesor. Además, es investigador asociado del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Es autor de 100 artículos en revistas y capítulos de libros médicos nacionales e internacionales en las áreas de psicogeriatría, demencias y daño cerebral adquirido. Y tiene más de 100 ponencias y conferencias en congresos nacionales e internacionales. Por último, es miembro de la junta directiva de SEPSM Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental y responsable del grupo de deterioro cognitivo leve en esquizofrenia de la misma sociedad.

Muchas gracias y para mí es un honor que CEFA me haya invitado a dar esta conferencia y espero que sea de utilidad a todos los socios y a toda la gente que está escuchándome. Muchas gracias a la gente que está en el chat y escuchando la ponencia.

Voy a hablar de los síntomas no conductuales en las demencias no Alzheimer que representan un 40% de las demencias, incluso quizás más, porque hay muchas demencias mixtas, Alzheimer vascular- Alzheimer Cuerpos de Lewy.

Una clasificación que yo he utilizado en tres o cuatro capítulos de libros y artículos sobre las demencias que he hecho, es una clasificación topográfica porque es muy didáctica y creo que nos enseña un poco a ver qué áreas cerebrales están lesionadas y cómo abordarlas.

Hay que decir que en la demencia de Cuerpos de Lewy y en la demencia frontotemporal conductual, los síntomas psicológicos y conductuales no son como en el Alzheimer, puesto que en el Alzheimer son una complicación y los criterios diagnósticos están basados en déficits cognitivos, hay síntomas que son criterios diagnósticos. Después hablaremos de la prevalencia y la descripción y el abordaje terapéutico más basado en la farmacología y también haremos una mención a los tratamientos no farmacológicos.

Una clasificación de los mismos un poco clásica que podemos ahí incluir muchos más síntomas conductuales y psicológicos, por ejemplo, la falta de empatía que muchos pacientes con demencia tipo frontal o vascular puedan tener, los déficits de cognición social, de inadecuación social, la desinhibición que luego veremos, los trastornos del sueño... Es decir que no solamente son estos grandes cinco cluster si no que hay otros cluster pero estos son los que siempre se han aceptado.

Cómo empiezan las demencias, los grandes subtipos de demencias. En la demencia tipo Alzheimer hay una afectación temporoparietal, generalmente empieza de forma unilateral pero después hace bilateral, y después se extiende por todo el cerebro con afectación fundamentalmente de la memoria, de las praxias y del lenguaje.

En cambio, en la demencia de Cuerpos de Lewy hay una afectación frontal y una afectación occipital y ahí predomina la disfunción ejecutiva y las soluciones visuales y un cuadro más de una especie de cognición fluctuante.

En la demencia frontotemporal, en la demencia tipo Alzheimer sería una atrofia retroalándrica de la fisura del Orlando y aquí sería una atrofia de los lóbulos frontotemporales. Generalmente si son izquierdos hay afectación del lenguaje y si son derechos hay más afectación conductual.

Después estaría el vascular que podría tener un componente cortical. La vascular es muy compleja hay muchos subtipos, y nos vamos a basar fundamentalmente en aquella que tiene más síntomas psicológicos y conductuales que es en la demencia.

En la demencia vascular subcortical, estaría la prevalencia de los síntomas psicológicos en las distintas demencias y es la demencia frontotemporal aquella que presenta más síntomas psicológicos, más síntomas conductuales.

Y después la demencia de Cuerpos de Lewy y la vascular andan por una prevalencia parecida y no quisiera tampoco perder la oportunidad y hablarles un poco de la demencia subcortical.

La demencia subcortical es una demencia que hace referencia a aquellas demencias en las que donde se producen las lesiones son fundamentalmente en aquellas áreas subcorticales en los ganglios de la base. Aunque ellos lo describieron con la parálisis superior nuclear progresiva. La demencia subcortical más frecuente es la demencia del complejo parkinson.

La demencia subcortical más frecuente es la demencia del complejo Parkinson.

Los criterios de la demencia de Cuerpos de Lewy, hacen referencia a un déficit cognitivo, fundamentalmente afectación de las praxias y de las funciones ejecutivas. También déficit de la memoria, pero también hay al menos tres criterios nucleares que tienen que apoyarlos: una fluctuación

de la cognición que a veces nos llevan a confusión (el primer caso que vi de demencia de Cuerpos de Lewy, la diagnosticó como un cuadro de delirium). Porque la demencia de Cuerpos de Lewy se conceptualiza por alucinaciones visuales, que luego veremos que es un criterio diagnóstico, después por un síntoma que es muy interesante que lo conozcan, que es el trastorno de conducta asociado al sueño rem. Y después por otra serie de síntomas, un parkinsonismo atípico que no responde al levodopa y que es el bradicinesia, el síntoma predominante es un parkinsonismo distinto a la enfermedad de parkinson.

Estos son los criterios diagnósticos de la demencia que tiene también unos criterios de soporte, como por ejemplo la hipersensibilidad a los antipsicóticos que es una cuestión básica que probablemente hay que recordar, porque dar determinado tipo de antipsicóticos a estos pacientes pueden producir un síndrome neuroléptico maligno y la muerte. Pero bueno no nos vamos a extender mucho más en los criterios diagnósticos.

Después está la demencia frontotemporal la variante conductual porque hay otros dos tipos de demencia frontotemporal es un espectro también de demencias en las cuales está incluidas las afasias, la demencia semántica y la afasia no fluente.

Hablaremos de la posibilidad de estos tres síntomas: una designación conductual que luego veremos, una apatía tremendamente frecuente en el 90% de los pacientes, una pérdida de la empatía lo que se llama mentalización o cognición social que es muy importante y que produce mucha sobrecarga en los familiares, unos síntomas obsesivo compulsivos, unos cambios de la dieta con síndrome del gourmet o síndrome del goloso que le da por comer muchos dulces y con un aumento de peso.

Con un perfil neuropsicológico distinto a la demencia tipo Alzheimer, donde hay un déficit ejecutivo y con una relativa preservación de la memoria episódica y las capacidades visoconstructivas, que son las primeras cosas que afectan con el lenguaje en la demencia tipo Alzheimer.

Básicamente el diagnóstico son síntomas conductuales, que se apoya con otras técnicas de neuroimagen.

Se habla mucho de la demencia, se habla que vamos a tener una curación y los años pasan y no tenemos una curación. Porque las demencias son muy complejas, las demencias degenerativas y lo único que tenemos, lo mejor que tenemos para prevenirlos, es cuidar los factores de riesgo vascular.

¿Y por qué cuidar los factores de riesgo vascular? porque nosotros se dice que por la expansión en el Humano del cerebro, nuestras áreas subcorticales están irrigadas por unas arterias que se llaman arterias penetrantes, que son unas arterias centripetas pero que no tienen apenas ramificaciones. Y todas estas arterias son muy sensibles a ser lesionadas por factores de riesgo vascular como tabaquismo, colesterol, hipertensión, diabetes...Y entonces dan un cuadro de demencia vascular subcortical que, generalmente, se manifiesta con síntomas de afectación de la región singular con apatía y también con depresión. Pero como afectan a los circuitos fronto subcorticales, pueden dar cualquier otro tipo de síntomas, en dependencia de donde se localicen estas microinfartos.

Por eso es muy importante la prevención, pero no cuando tenemos 65 años, sino la prevención desde los 20 años de los factores de riesgo vascular.

En la enfermedad de Parkinson la depresión se presenta antes de que se manifiesten los síntomas motores.

En la demencia subcortical el síntoma más básico es el enlentecimiento progresivo del proceso psíquico global son unas personas mucho más lentas. En cambio, el deterioro amnésico es más de vocación más que de retención y es una ausencia de afasia, aprasia y agnosia y los síntomas fundamentalmente son la depresión y la apatía. En la enfermedad de parkinson la depresión se presenta antes

de que se manifiesten los síntomas motores un 50% antes. La depresión es muy frecuente en la enfermedad de Parkinson y la apatía de una forma similar.

La depresión en demencia es más prevalente en la enfermedad de Alzheimer, muy prevalente en la enfermedad demencia de Cuerpos de Lewy y es muy prevalente en la demencia de parkinson.

Esta también la degeneración corticobasal que afortunadamente es una demencia rara, pero es una demencia con un pronóstico vital muy desfavorable. Pero donde más se presenta la depresión es en la Demencia de Cuerpos de Lewy y la demencia de parkinson.

¿Cómo diagnosticar la depresión? En todos los cuadros es igual que se hace en el Alzheimer. Ahí está la apatía, pero hay que diferenciar la apatía de depresión. En la apatía no hay tristeza, no hay anhedonia, no hay sentimientos cognitivos de desesperanza, de minusvalía. A veces es difícil que los pacientes lo puedan verbalizar. Entonces nos tenemos que basar más en aspectos como la baja reactividad, en el llanto, la demandas excesivas, las verbalizaciones... a veces la aparición de insomnio terciario, el despertar precoz, la pérdida del apetito, en los síntomas instinto vegetativos... están los síntomas de Katona y Aldridge y después la escala de Cornell que nos pueden ayudar.

La apatía es la pérdida de los tres grandes cluster: la pérdida de cogniciones dirigidas a un objetivo, la pérdida de actividades dirigidas a un objetivo y un aplanamiento emocional.

¿Qué tratamientos podemos aplicar?

En las demencias tipo Alzheimer generalmente se preconiza la utilización de los ISRS, la sertralina posiblemente sea el fármaco. En estas demencias que estamos viendo, en la enfermedad de parkinson los ISRS empeoran el parkinsonismo, entonces hay que utilizar un fármaco que es muy útil que es la Mirtazapina o también la Nortriptilina, incluso en menor medida la Duloxetina, serían fármacos indicados Cuerpos de Lewy que tampoco se debería dar ISRS .

En definitiva sería Fluoxetina en dosis altas en la demencia frontotemporal y Mirtazapina y quizás Nortriptilina en la demencia de parkinson y en la demencia de Cuerpos de Lewy. Sertralina de ISRS y también ISRS Venlafaxina y Desvanlafaxina en la demencia vascular.

La apatía en la demencia es tremendamente prevalente en las demencias frontotemporales y la parálisis superior nuclear progresiva que está muy relacionado con ello pero el tratamiento es muy complejo.

Hay que hacer diagnóstico diferencial con la depresión.

La apatía es la pérdida de los tres grandes cluster: la pérdida de cogniciones dirigidas a un objetivo, la pérdida de actividades dirigidas un objetivo y un aplanamiento emocional. Eso se ve en muchas demencias sobre todo es muy partica en la demencia frontotemporal y también en todo tipo de demencias conforme va avanzando la enfermedad.

La psicosis es muy frecuente en la demencia de Cuerpos de Lewy, más frecuente muchísimo más frecuente que en la demencia tipo Alzheimer. También sería frecuente en la demencia de parkinson, pero no por la propia enfermedad sino por los agonistas dopaminérgicos que tienen una acción cuando ya están empezando con un deterioro cognitivo en la demencia fronto temporal.

Aunque estos casos son bastante infrecuentes y para los especialistas es bastante desconocido, hay últimamente una demencia asociada a una afectación del cromosoma nueve, porque un 40% de la demencia fronto temporal son de índole familiar. Presenta unos interceptivos que dan lugar a evaluaciones delirantes y a veces hay delirios muy complejos como delirios del embarazo, dismórficos, corporales, de infestación y a veces cuando uno piensa que puede ser un proceso psicótico a lo mejor lo que hay debajo de eso una demencia fronto temporal.

La psicosis en la enfermedad de parkinson es muy frecuente pero está muy relacionada con los agonistas dopaminérgicos. Cuando los pacientes empiezan a demenciarse, cuando tienen bastantes años de evolución, pues presentan alucinaciones visuales por la noche que a veces pueden ser silenciosas y no amenazantes y a veces son amenazantes. Recuerdo una gente que vio como unos vecinos les iba a entrar a su casa y le iban a matar, y disparó con una escopeta.

Con bastante frecuencia se ve estos síntomas psiquiátricos bien sea alucinaciones visuales complejas y delirios secundarios, que son cuando la demencia está empezando a tener un deterioro cognitivo asociado a los agonistas dopaminérgicos que tienen hay que modificar.

Las alucinaciones son frecuentes aparte de las descritas en la demencia de Cuerpos de Lewy. La demencia de Cuerpos de Lewy son un criterio diagnóstico, y se presentan entre casi cerca un 80- 90 por ciento de los casos. ¿Por qué? Porque hay una afectación del lóbulo occipital en este tipo de demencia y ahí da lugar a esta distorsión de la imagen. Provoca la aparición de alucinaciones y son animales y personas en acción y movimiento. Son alucinaciones visuales complejas. Y hay que diferenciarlo, porque más que con la enfermedad de Alzheimer tiene que ver con un síndrome que se llama síndrome de Charles Bonnet que se ve en gente con ceguera y se ven personas, animales, niños, partes del cuerpo y son muy llamativas.

¿Cuál es el tratamiento? El tratamiento es la rivastigmina. Y aquí es muy importante que si hay que dar neurolépticos, en este tipo de demencias, no se puede dar nunca ni isrs, ni sertralina, ni se puede dar sobre todo neurolépticos como la risperidona o el haloperidol. Porque estos tienen una hipersensibilidad tremenda a los neurolépticos y entonces tú les das los neurolépticos y les puedes provocar un síndrome neuroléptico maligno y acabar con sus vidas. Por eso es muy importante el diagnóstico y ahí las alucinaciones nos ayudan hacer el diagnóstico correcto de la demencia de Cuerpos de Lewy.

La agitación de la demencia es muy frecuente en todas las demencias pero probablemente más en la enfermedad de Alzheimer. Esto sí que es muy importante, porque una agitación que se presenta en pacientes con demencia, hay que diferenciar si hay un dolor no tratado, un malestar que puede ser por un estreñimiento, la presencia de una febrícula, una infección urinaria que a veces pasa asintomática en las personas mayores, dificultad de comprensión, ideas delirantes y sobre todo falsas identificaciones... es muy frecuente en la demencia de Cuerpos de Lewy. También depresión y el sundowning, el síndrome del anochecer. Hay que pensar en estos trastornos para hacer un buen diagnóstico diferencial de la agitación.

¿Qué damos en la agitación? Si es leve antidepresivos o anticomiciales y hay que evitar neurolépticos. Estamos hablando demencias tipo no Alzheimer, y aquí sí que se puede dar respiridona aunque con las dosis muy bajas, pero yo prefiero el tiapride, que es un fármaco muy antiguo pero muy eficaz. En demencia de Cuerpos de Lewy y en demencia fronto temporal son muy sensibles a los neurolépticos clásicos y hay que dar quetiapina, olanzapina y clozapina, sobre todo la quetiapina y la clozapina.

Los trastornos del sueño son muy prevalentes y solamente vamos a hacer énfasis en este bueno el sundowning, que se presenta en todo tipo de demencias pero vamos a hacer mención a este trastorno, el trastorno de conducta asociado al sueño rem. Este trastorno es muy importante porque se da en la sinuclopatía. Y ¿cuáles son las sinuclopatías? La enfermedad de Cuerpos de Lewy, la enfermedad de parkinson, la propia multisistemia que es una enfermedad rara y bastante infrecuente y con una mortalidad en una forma muy rápida. Y esto se presenta en un 50% antes de la aparición de síntomas neurológicos.

La agitación de la demencia es muy frecuente en todas las demencias, pero probablemente más en la enfermedad de Alzheimer.

¿Cómo se manifiesta? Cuando te duermes y aparece el sueño rem empiezas a reír, a gesticular, a dar puntapiés, a incorporarse en la cama...Y a veces el enfermo que sufre ese trastorno no puede dormir con su pareja, porque a veces le puede agredir sin querer. Y el tratamiento es el Rebotil o Clonazepam. La Trazodona es un fármaco muy interesante para el trastorno del sueño, es un antidepresivo que no es antidepresivo, pero se utiliza mucho como hipnótico, es el mejor hipnótico probablemente en las demencias en cualquier tipo de demencias. Y sobre todo también está indicado en la demencia fronto temporal como abordaje del trastorno de la conducta.

La desinhibición se da sobre todo en la demencia fronto temporal. Se presentan síntomas de desinhibición social, desinhibición sexual y desinhibición alimentaria.

La desinhibición. Se da sobre todo en cualquier tipo de demencia pero sobre todo la demencia fronto temporal. Pierden un poco las conductas morales, pierden la vergüenza, el pudor y la culpa, y se presentan síntomas de desinhibición social, desinhibición sexual y desinhibición alimentaria.

¿Cómo se trata la conducta sexual inapropiada? Se puede presentar en todo tipo de demencias, pero fundamentalmente en la demencia frontotemporal y a veces es muy incómoda para el cuidador. Lo primero para tratar son los ISRS, si no también neurolépticos atípicos. Si no, hay también acetato de medroxiprogesterona y acetato de ciproterona, que son antiandrógenos.

Hay unos estudios bastante interesantes que correlacionan el grado de número de nivel de testosterona en sangre con la conducta sexual inapropiada.

Hay unos estudios bastante interesantes que correlacionan el grado de número de nivel de testosterona en sangre con la conducta sexual inapropiada.

Dentro de la desinhibición estaría, la hiperfagia o el síndrome del goloso o síndrome de gourmet, que se da en la demencia frontotemporal y en otro tipo de demencias, que les da por comer muchos dulces y esto empeora mucho su calidad de vida y ahí realmente no hay una terapia muy eficaz. Se ha dado por ejemplo topiramato pero responden bastante mal, responden muy mal a las conductas obsesivo compulsivo que se observan en los pacientes con demencia frontotemporal.

Por último, estas serían unas guías para los tratamientos psicológicos y conductuales en pacientes con demencia.

Si es una situación crítica, una agresión al cuidador, a lo mejor hay que ingresarlo para buscar un efecto inmediato.

Si es una situación aguda no soportable, tratamientos a veces psicofarmacológicos eficaces y revisión en 5 o 7 días porque no hay que dejar los tratamientos ahí sin ninguna revisión.

Si es una situación subaguda con sobrecarga, pues tratamiento a medio plazo y valorar en dos meses la eficacia.

Si es una situación crónica soportable, sobre todo apatía, depresión... centrarse en medidas ambientales y sociofamiliares.

De los tratamientos no psicofarmacológicos este haciendo una revisión y hay muchos abordajes.

Por ejemplo, el ejercicio aeróbico está demostrado que mejora la cognición. El problema está en que para los pacientes con demencia, parkinson, demencia de Cuerpos de Lewy o Alzheimer, es muy complicado hacer ejercicio aeróbico.

Arteterapia, aromaterapia...estimulación cognitiva, el análisis funcional, bueno mezclan también aquí un poco con algunas medidas más dietéticas.

“ Las terapia no farmacológicas es lo primero que hay que implementar, pero si no podemos controlar la conducta sexual inapropiada, hay que pasar al abordaje psicofarmacológico

La terapia lumínica para el insomnio, los ácidos omega-3, las terapias psicosociales la terapia de reminiscencia, que es muy interesante.

Es decir las medidas no farmacológicas es lo primero que hay que implementar pero si no las podemos controlar, pues tenemos que pasar al abordaje psicofarmacológico.

¿Qué terapias no farmacológicas son más eficaces? Creo que todas son eficaces, hay que adecuarlas a cada caso, y sobre todo hay que apoyar mucho al cuidador, hay que hacer

mucha educación al cuidador. Después la terapia multisensorial puede ser modificada, la terapia de reminiscencia, la terapia cognitiva, la terapia conductual, la fototerapia, la rumoterapia, la musicoterapia...

Yo creo que la combinación de todas ellas tiene una acción sinérgica, y hay que ponerlas, hay que implementarlas, es lo primero que hay que implementar antes del abordaje psicofarmacológico.

Muchas gracias por su atención.

Preguntas

¿Qué demencia es la que tiene mayor incidencia?

La vascular es la demencia de más prevalencia, pero hay algunos estudios epidemiológicos que dicen que la demencia de Cuerpos de Lewy.

Los clínicos creemos que demencia de Cuerpos de Lewy se ven, pero no se ven tantos como vasculares. La vascular es una demencia muy prevalente. Y a partir de los 80 años, son demencias mixtas, hay mucho componente de demencia mixta, demencia degenerativa tipo Alzheimer y demencia vascular.

Hay un estudio muy clásico en el año 1999 que hicieron una neuropatología en un convento de monjas en Estados Unidos y vieron que no había una correlación entre los déficits cognitivos que ellas presentaban antes de la muerte y las placas seniles o placas amiloides. Vieron que lo que esa no correlación se explicaba por qué las que tenían un deterioro cognitivo antes de la muerte muy importante y tenían pocas placas seniles, tenían muchas lesiones vasculares.

Precisamente en Pamplona que hace muchos años un neurólogo muy prestigioso canadiense explicó muy bien. Dijo que esto es como si tú tienes una barca y ese es tu cerebro que va por el río, por el lago y pones cocos y todos esos cocos son las placas seniles. Pero claro si esos cocos, a la barca le hacen agujeros que serían las lesiones vasculares, la barca se hunde.

De la demencia vascular solo he presentado la demencia vascular subcortical porque a veces a veces cuando en personas relativamente jóvenes a partir de 65 años si no se han cuidado, si han tenido muchos factores de riesgo vasculares, ves cuadros de apatía, de depresión, que dice que se cansan, que están lentos... les haces una resonancia y ves que tienen muchas lesiones vasculares. Es decir que los médicos, no solamente los especialistas, sino los médicos de atención primaria deberían de conocer esto porque son cuadros que tardan en diagnosticarse tristemente y habría que haberlos prevenido.

La red de agentes lo que reclamamos o damos la importancia del diagnóstico precoz y certero.

¿Es muy complicado diferenciar los diagnósticos de los diferentes tipos de demencia, es más complicado en unos casos que en otros, se ha avanzado en este tema?

Yo creo que no es complejo, no es complejo, hay que saber que este diagnóstico topográfico ayuda bastante al diagnóstico diferencial. Depende un poco de cómo trabajes, pero hoy en día se ha avanzado en el diagnóstico de Alzheimer, por ejemplo se ha avanzado en el diagnóstico preclínico, con la medición de la betamiloide y la Tau, con el cefaloraquídeo y las pruebas de neuroimagen, con la proteína PT pitsburg... pero bueno en clínica, si tú sigues los criterios diagnósticos y sabes de demencias...

Hay demencias complicadas, que quizás ven mucho más los neurólogos, y son difíciles de diagnosticar, estas demencias que son más infrecuentes. Son a veces demencias de parkinson, que son demencias como la generación córticobasal, la atropía multisistémica, la parálisis super nuclear progresiva...

Pero la demencia tipo Alzheimer teóricamente tiene que haber pérdida de memoria reciente, trastorno de lenguaje, y alteraciones visoconstructivas. La demencia de Cuerpos de Lewy pues pérdida de memoria, una especie de fluctuación de la cognición, caídas, síncope y alucinaciones visuales.

La frontotemporal la temporal a veces se diagnostica con trastornos psiquiátricos.

Por eso este artículo que publique, es un trabajo que he hecho de muchos años y que el diagnóstico diferencial de la demencia frontotemporal con los trastornos psiquiátricos se diagnostica de depresión o se diagnostica la apatía.

La demencia vascular se ven los factores de riesgo la demencia subcortical vascular a veces se confunde mucho con depresión y la demencia cortical generalmente tiene un inicio muy abrupto.

Yo creo que no es difícil hacer un diagnóstico diferencial clínico si te apoyas con las técnicas de una imagen funcional. En el caso de la enfermedad de Alzheimer yo creo que se ha avanzado mucho el diagnóstico.

Una de las preguntas, entonces la mejor forma de diagnóstico ¿es una resonancia magnética, resonancia nuclear magnética?

Es fundamental pero no es el diagnóstico, porque te puede salir un paciente que tenga esas lesiones vasculares y puede funcionar perfectamente. Las lesiones vasculares subcorticales son un poco inespecíficas. Pueden generar gente que tenga una lesión vascular bastante importante y tener un funcionamiento bastante normal, porque depende un poco de dónde están localizados estos infartos, lo que se llama infarto estratégico.

Pero sí la resonancia nuclear magnética hay que hacerla, porque te da mucha información, pero el diagnóstico sigue siendo clínico. Cuando sospechas una enferma de Alzheimer, sobre todo si es una persona joven, porque si es una persona de 80 años a lo mejor pues no compensa económicamente, pero si es una persona joven pues tienes que hacer una punción lumbar y más que una resonancia nuclear magnética, un pet cerebral con la proteína amiloide de pítzburg.

¿Alguna recomendación de tratamiento para insomnio, fenómeno del ocaso, agitación nocturna?

Es muy buena pregunta. Es complicado tratar estos pacientes porque se dice que cuando un paciente presenta el síndrome de anochece, es cuando se ha atrofiado el núcleo, creo que es el núcleo supraventricular del hipotálamo, que es donde que está la estructura que regula el sueño. Entonces se produce una inversión del ritmo vigilia-sueño, y los pacientes durante el día están durmiendo y por la noche están todo el rato agitados.

Y es muy complicado, pero hay dos tipos de abordaje. Uno más no farmacológico, que sería intentar que el paciente esté despierto durante el día que no es

fácil. Los pobres cuidadores no descansan en toda la noche y por el día es muy difícil exigirles o pedirles que mantengan al paciente despierto. Hay que intentar que el paciente esté despierto durante el día.

Después está la terapia lumínica. Los americanos la hacen con bombas de rayos ultravioleta, pero aquí en España que tenemos mucho sol es muy importante que salgan y para hacer paseos y tengan durante el día un par de horas el sol para recuperar sus ritmos circadianos.

Después, desde el punto de vista psicofarmacológico, yo creo que habría tres fármacos que se podrían utilizar.

Un fármaco muy interesante en demencias es el que también se olvida con frecuencia es el clometiazol, el distraneurine. Tiene una acción antihipnótica, antialucinógena, es muy segura, tiene una vida muy corta, no tiene efecto respiratorio apenas, y se pueden dar hasta dos o cuatro comprimidos. El problema es que tiene dificultad para tragar porque son unas cápsulas un poco asquerosas, gelatinosas.

Después está la trazodona y otro fármaco también podría ser la keteapina. Esos tres fármacos nunca benzodepinas. A lo mejor dar eso para dormir, y a lo mejor disminuir un poco la agitación previa con triapide a partir de la merienda, por vía gotas o bien en comprimidos.

Pero es complicado porque es una ruptura, tiene un componente neurobiológico, se suele asociar cuando ya las placas seniles o las proteínas que destruyen el cerebro, destruyen el núcleo supraventricular del tálamo y es complicado. Es uno de los trastornos más complicados de tratar.

Sin duda hay que tener en cuenta cada característica personal y sobre todo que a veces tienen otras patologías asociadas en las que no hay la compatibilidad de esos medicamentos.

Nos preguntan ¿Podría darme algunas indicaciones para detectar a un paciente sobremedicado? Entiendo que se deja a criterio de la familia la administración de dosis en función de los síntomas y ha llegado a veces el usuario con un estado de somnolencia muy difícil de despertar, de salivación, ¿cómo actuar y cómo hablar con la familia en un tono adecuado para hacer frente a esta situación?

Los médicos, yo creo que no nos salvamos ninguno, tendemos un poco a sobremedicar. Yo me doy cuenta ahora, porque antes le preguntabas al paciente o al familiar y no te sabía muy bien decir y no estaba bien apuntado, pero ahora con la receta electrónica abres y ves dos hojas de tratamiento, y dices: Dios mío.

Creo que los médicos tendríamos que hacer un esfuerzo en simplificar los tratamientos sobre todo en personas mayores. Desgraciadamente en demencias no hay grandes tratamientos, los iaces van muy bien en demencias de Cuerpos de Lewy, los inhaladores del acetílico esterasa van muy bien en demencia de Cuerpos de Lewy hay que mantenerlo siempre, también probablemente en el Alzheimer.

Quizás los isrs, la restalina, es un fármaco que también se podría mantener de forma fija porque tienen bastantes ventajas.

Los ISRS aumentan la serotonina a nivel central y tiene una acción de neuroplasticidad, es decir, que aumenta un poco la neuroplasticidad cerebral y también regula un poco el ritmo vigilia-sueño, tiene esa ventaja, y disminuye un poco el estrés del paciente.

Pero fuera de los IAC y los ISRS y los fármacos asociados, si tienes un parkinsonismo tienes que tomar pues tus agonistas dopaminérgicos. Pero fuera de esos yo creo que los otros son prescindibles. Hay que darlos de esa manera que les he dicho.

Si un paciente está agrediendo tiene un síndrome de cargas y está agrediendo a sus cuidadores, pues claro tendrás que poner un remedio.

Pero cada mes o cada tres meses, tienes que revisar ese tratamiento y quitarlo. Y como rescate los hipnóticos.

Hay que individualizar cada caso, con una agitación constante, hay que utilizar fármacos que tengan pocos efectos secundarios, a lo mejor los anticomiciales pues probablemente hay una causa orgánica que hay que tratar. Si hay un delirium tienes que tratarlo, pero tienes que individualizar e intentar siempre cada mes pues o cada semana revisar estos tratamientos.

Desgraciadamente no se trabaja de forma multidisciplinar, porque se debería de trabajar multidisciplinar, debería haber equipos de neurología, psiquiatría, geriatría y psicología, terapia ocupacional que los terapeutas ocupacionales son muy importantes y trabajar de forma multidisciplinar.

Así lo demuestra nuestra red de agentes activos en la detección precoz del Alzheimer, que tenemos implicados a diferentes profesionales que creemos que es muy importante en nuestro caso. Lo mismo que hablamos quizás para los síntomas conductuales se habla más de fármacos, también la importancia de las terapias No farmacológicas. Evidentemente es necesario el tratamiento farmacológico pero también se puede complementar con la terapia No farmacológica y esa unión seguro que hace más fuerza para mejorar la calidad de vida de la persona afectada o de su familiar.

Los pacientes con demencia, sea cual sea el tipo de demencia, que tienen la suerte de ir a un centro de día con una abordaje multidisciplinar de psicología, de terapia ocupacional, de fisioterapia, de nutricional, pues llevan una mejor calidad de vida y muchos menos fármacos que aquellos pacientes que desgraciadamente por las causas que sean, por ejemplo en Huesca porque es una provincia muy amplia y muy dispersa, pues no pueden acceder a esos medios. Aunque a veces también las demencias en los ambientes rurales están también a veces mejor adaptadas que en las ciudades.

La última pregunta: tengo a mi madre diagnosticada con deterioro cognitivo leve. En principio no tiene biomarcador de la enfermedad de Alzheimer, no saben muy bien lo que tiene, pero ¿es importante llevar al paciente además del neurólogo al psiquiatra?

Eso depende claro. En Huesca funcionamos de la manera siguiente: las demencias jóvenes las ven más los neurólogos con apoyo nuestro de nuestras psicólogas que hacen una explotación neuropsicológica y las demencias de más mayor, de 75 años, la vemos psiquiatría y geriatría.

Si un paciente joven tiene ya dudas nos lo consultan a nosotros. Tiene que haber una colaboración entre neurología y psiquiatría y geriatría. Ahí son muy importantes los neuropsicólogos, los psicólogos expertos en neuropsicología, son muy importantes y aquí colaboran y hacen unas exploraciones neuropsicológicas estupendas y yo creo que también, por ejemplo, en Pamplona.

Si el psiquiatra sabe de demencias pues es muy bueno que vaya al psiquiatra pero si no sabe demencias no le va a servir para nada.

Intentar conseguir en todas las comunidades esa coordinación sociosanitaria que tanto queremos todos y que ayudaría tanto a todos los afectados es fundamental.

Es fundamental, porque por ejemplo en la demencia frontotemporal, el 50% de los pacientes se diagnostica una enfermedad psiquiátrica y yo he tratado pacientes que llevan 3 años sin diagnosticar una enfermedad psiquiátrica.

Es muy importante hacer un diagnóstico precoz, la demencia vascular que es muy importante prevenirlo y es muy importante saber y trabajar de forma interdisciplinar.

De esta forma acabamos este encuentro con expertos no sin antes agradecer a Carmelo Pelegrín haber compartido su tiempo y conocimiento con todos nosotros.



**CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE
ALZHEIMER**

C/ Pedro Alcatarena nº 3 Bajo. 31014 Pamplona (Navarra)

T: 948 17 45 17 | E: ceafa@ceafa.es

[f facebook.com/CEAFA](https://www.facebook.com/CEAFA) [t twitter.com/AlzheimerCEAFA](https://twitter.com/AlzheimerCEAFA)

www.ceafa.es