



Los síntomas psiquiátricos han de tratarse en las demencias

Sólo un 8 por ciento de estos pacientes no exhiben ninguna alteración psicológica

Su manejo plantea un dilema clínico, pues los fármacos antipsicóticos no son inocuos

MURCIA
PILAR LAGUNA
 dmredaccion@diariomedico.com

Los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias –muy frecuentemente apatía y alucinaciones– no se han tratado durante años a pesar de ser un componente intrínseco y de tener enorme repercusión en pacientes y familiares. Sólo un 8 por ciento de los pacientes con demencia no padecen ninguno de ellos. "Cualquier síntoma psiquiátrico puede aparecer en el contexto de la demencia", explica Luis Agüera, psiquiatra del Hospital 12 de Octubre (Madrid), que ha insistido en la necesidad de abordar estos síntomas junto al tratamiento de base de la enfermedad, que es prioritario. "Los beneficios de tratar el Alzheimer son evidentes, pero sólo entre el 30 y el 40 por ciento de los pacientes reciben inhibidores de la acetilcolinesterasa o la memantina, tratamientos que ayudan a evitar psicofármacos o a reducir las dosis, además de sortear algunas complicaciones y disminuir la prevalencia de sintomatología".



Rafael Blesa, Carmen Antúnez y Luis Agüera han participado en el congreso de Medicina Interna, en Murcia.

Durante su intervención en el XXXV congreso de Medicina Interna (SEMI), en Murcia, Agüera ha defendido la eficacia de los psicofármacos –benzodiazepinas, antidepresivos, anti-convulsivos– con sus pros y contras, tratando de clarificar las controversias en fármacos neurolépticos atípicos para el tratamiento de síntomas en la esfera psicótica. Asegura que éstos presentan similar eficacia –

moderada pero razonable– que los neurolépticos clásicos y añaden mayor seguridad, además de no alterar las capacidades cognitivas. Aunque hay varios compuestos, el que más se utiliza es la risperidona, el primero en ser aprobado.

"El dilema clínico es importante, pues tenemos muchos pacientes con sintomatología psicótica, medicaciones que no son inocuas y escasas alternativas no

farmacológicas. Eso requiere un manejo de pacientes basado en la sensatez y la sensibilidad", concluye el psiquiatra, demandando que sean los propios médicos quienes decidan cuándo aplicar estos tratamientos y no la Administración con trabas burocráticas.

GENES Y PROTEÍNAS

"En demencias hay que olvidarse de las enfermedades con nombre que definen

Las demencias frontotemporales son un gran saco de diferentes patologías, aunque con un depósito molecular específico para cada una de ellas

algo único, porque no existen", advierte Rafael Blesa, responsable de la Unidad de Memoria del Hospital San Pablo, al explicar los avances en demencias degenerativas no Alzheimer, las parkinsonianas y las demencias frontotemporales. En estas últimas, que Blesa define como "un gran saco de patologías distintas, aunque con un depósito molecular específico para cada una", es donde se han producido mayores avances en los últimos diez años.

Se trata de enfermedades neurodegenerativas clasificadas no Alzheimer junto a la demencia por cuerpos de Lewy, que son la segunda causa de demencia en personas menores de 65 años, causan trastornos conductuales y del lenguaje y cursan o con parkinsonismo o con esclerosis lateral amiotrófica.

El diagnóstico de estos procesos ya se estableció hace unos veinte años, pero Blesa ha comentado la profusión de investigaciones que arrojan luz sobre ellos en estos últimos meses. Así en las últimas semanas un trabajo específico qué áreas del cerebro se atrofian atendiendo al tipo de afasia progresiva y otro ha dado a conocer los mecanismos de la demencia frontotemporal FUS. "Ya tenemos identificadas las proteínas presentes en cada demencia y veremos encontrar todos los genes involucrados". Algunos de ellos tienen que ver con moléculas implicadas en procesos inmunológicos.

Adelantar un lustro el diagnóstico del mal de Alzheimer

MURCIA
PILAR LAGUNA
 dmredaccion@diariomedico.com

Desde hace años se sabe que la presencia de amiloide en el cerebro no es suficiente para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer (EA). Los biomarcadores de líquido cefalorraquídeo y de las proteínas amiloide y Tau son previos al deterioro de la función cognitiva, y el adelgazamiento de la corteza cerebral también puede considerarse marcador de neurodegeneración. Son datos que, junto a una correcta eva-

luación clínica y una exploración psicométrica, ayudarían al diagnóstico precoz de la EA que recomiendan Carmen Antúnez, directora de la Unidad de Demencias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, de Murcia.

Aunque reconoce la dificultad de discernir entre los síntomas del envejecimiento normal y los que corresponden al inicio de una demencia, ambos en torno a los 65 años, la neuróloga defiende la importancia de identificar grupos de riesgo y alcanzar un diagnósti-

co precoz en la fase de deterioro cognitivo leve (DCL) con el seguimiento de pacientes que pudieran ser proclives a padecer la enfermedad. Por ejemplo, los que padecen un DCL de tipo amnésico, teniendo en cuenta también factores de riesgo como las lesiones vasculares; la diabetes tipo 2 en la mediana edad, que puede cursar con atrofia cerebral y deterioro cognitivo; la hipertensión arterial, la depresión y la inflamación del hipocampo.

Teniendo en cuenta todos esos factores podría

adelantarse el diagnóstico de la EA en cinco años, atendiendo a los primeros signos de DCL y antes de que aparezcan síntomas propios de la enfermedad. Según Antúnez, esos criterios reducirían a la mitad el número de enfermos en los próximos 50 años. La experta ha subrayado que hay que inducir una buena reserva cognitiva, ejercicio físico aeróbico y seguir una nutrición adecuada, como las mejores medidas de prevención individuales para evitar o retrasar la neurodegeneración.