



webinar

ENCUENTRO CON EXPERTOS



Qué puede parecer una demencia, pero no lo es

Ponente:



Dr. Enrique Arrieta Antón

Secretario del Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN - Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

JUEVES 20 DE NOVIEMBRE DE 2025



Red de Agentes Activos en la
DETECCIÓN PRECOZ DEL
ALZHEIMER



A continuación presento al experto que hoy nos acompaña, Enrique Arrieta. Es licenciado en medicina y en psicología con especialidad en medicina de familia y comunitaria. Ha sido médico de familia del centro de salud de Segovia Rural y está jubilado desde febrero del 2024. Es miembro de los grupos de trabajo de neurología, de cuidados paliativos y de comunicación de SEMERGEN y además vocal de la Junta Autonómica de SEMERGEN en Castilla y León. Es miembro del grupo de psicopatología y atención primaria de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Es miembro del consejo editorial de la revista de SEMERGEN. Es investigador principal o investigador colaborador en varios proyectos relacionados con demencia y con cuidados paliativos, con diversas publicaciones, intervenciones, ponencias y publicaciones y además docente en temas relacionados con esta temática. Es miembro del comité de ética asistencial del área de salud de Segovia. Es vocal de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia de Castilla León a propuesta del Consejo Autonómico del Colegio de Médicos y además de todo ello es miembro del panel de expertos médicos de CEAFA. Por favor, Enrique, puedes comenzar tu ponencia.

¿Qué puede parecer una demencia, póngase, en lugar de demencia, enfermedad de Alzheimer, pero no lo es? Y ¿por qué este tema? En primer lugar, claro, el diferenciar esas situaciones que pueden ser una enfermedad Alzheimer o no es parte del propio proceso diagnóstico. Es decir, si como red, como entidades implicadas en el diagnóstico temprano estamos comprometidos con ese diagnóstico precoz, nos importa el diagnóstico diferencial, nos importa distinguir estas situaciones. Por supuesto, ante una queja sugerente de enfermedad de Alzheimer, esas quejas cognitivas, esos cambios de carácter, esas pérdidas de funcionalidad que llama la atención de la persona o de los que están alrededor, tan importante es confirmarla como determinar si esto se debe a otros procesos. Esto es especialmente relevante para mis compañeros médicos de familia, porque en atención primaria atendemos problemas de salud en fases iniciales con síntomas inespecíficos, es decir, que pueden responder a varias situaciones y además la incertidumbre que se tiene en ese primer contacto con los pacientes, es mayor que en otros niveles asistenciales donde las personas ya acuden habiendo pasado un cierto filtro. Esto yo creo que sigue siendo importante en este contexto esperanzador que nos abren los biomarcadores, sobre todo los biomarcadores en plasma, es decir, el poder hacer un análisis de sangre y poder determinar si estamos ante el espectro de la enfermedad Alzheimer, pero sigue siendo importante el diagnóstico diferencial, es decir, diferenciar qué situaciones pueden parecer una demencia y no lo son. Utilizamos habitualmente demencia y enfermedad Alzheimer como sinónimos porque sabéis que la enfermedad Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente. Pero la demencia per sé es un síndrome, no es una enfermedad. Y el primer paso ante un paciente que se presenta en nuestra consulta con quejas sugerentes de problemas de memorias, de problemas de deterioro cognitivo, es determinar que estamos ante ese síndrome y luego ponerle un apellido.

Un síndrome, esta es la definición del diccionario de términos médicos de la Real Academia de Medicina, un síndrome es un conjunto de síntomas y signos que configuran un cuadro clínico bien definido que tiende a aparecer en diversos pacientes con características similares, si bien puede obedecer a varias causas, por lo que su identificación, lo que comentaba el diagnóstico sindrómico, debe ir seguida de un diagnóstico etiológico, es decir, de determinar esa causa. Esto es válido

para el diagnóstico temprano de la enfermedad Alzheimer, determinar si estamos ante una queja de deterioro cognitivo y posteriormente confirmar que se trata de una enfermedad de Alzheimer. Esta es una definición muy antigua de lo que es una demencia, que cuando hablo del diagnóstico sindrómico a mí me gusta recordar que el síndrome de demencia es algo que está muy bien descrito desde hace mucho, desde que se empezaron a conocer las enfermedades y desde que se empezaron a escribir textos médicos a partir del Renacimiento. Este texto, fijaros que es de principios del siglo XIX, es de un psiquiatra francés que sistematizó las enfermedades mentales y él ya definía muy bien lo que es una demencia, lo que puede ser la enfermedad Alzheimer en algunos casos: una afección sin fiebre, crónica a lo largo del tiempo, caracterizada por debilitamiento de la sensibilidad, la inteligencia y la voluntad, con incoherencia de ideas, defecto de la espontaneidad intelectual y moral. Tales son los signos de esta afección. Fijaros, está diciéndonos que no es solo un problema de memoria, sino que es un problema de todo el funcionamiento cognitivo. Porque la persona que está con demencia ha perdido la facultad de percibir convenientemente los objetos, es decir, de entender el mundo, de captar sus relaciones, de comparar, de preservar el recuerdo, por lo tanto, le es imposible razonar con éxito. Es decir, el paciente sabemos que no entiende lo que ocurre y tiene dificultades para responder. Esa es la causa de muchos de los síntomas. Por lo tanto, las personas que padecen esta enfermedad carecen de deseos, aversiones, odios, ternura, sienten indiferencia respecto a los objetos, ven a sus parientes, amigos y se separan de hechos de ellos sin temor. Yo creo que es una definición totalmente válida.

Pero respecto al síndrome de demencia y una enfermedad, ya os decía antes, que es cuando a ese síndrome somos capaces de ponerle un apellido, es decir, somos capaces de identificar en ese síndrome una causa que lo origina y nos permite clasificarla. La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia descrita por Alois Alzheimer, todos lo conocéis, en el año 1907, cuando tuvo la oportunidad de estudiar a su paciente y además estudiar su cerebro y en ese cerebro poder describir las alteraciones que había dentro de las neuronas, los ovillos neurofibrilares y también fuera, las placas amiloideas, que sabéis que son el hallazgo fundamental y esto sigue siendo absolutamente válido a día de hoy. Es decir, lo que hemos aprendido desde que en 1907 Alzheimer estudió el cerebro de esta mujer, es cómo se producen, cómo son las características de esas proteínas, por qué interfieren en el funcionamiento neuronal. Y además hemos aprendido a identificarlas temprano y a buscar tratamientos que puedan luchar contra ello.

La enfermedad Alzheimer sabéis que no es la única causa de demencia. Es la principal sola o combinada con problemas vasculares o con otro tipo de demencia. Y sabéis que además lo que hemos aprendido desde 1907 es que antes de que se pueda manifestar la enfermedad, sería esta línea roja ascendente en la clínica, somos capaces de detectar alteraciones a nivel estructural y a nivel anatómico, que sería más o menos esta línea azul descendente. Las alteraciones que se van produciendo en el sistema nervioso van deteriorando las neuronas, aunque todavía no son evidentes. En el momento en que estas dos líneas se cruzan, es el momento en que esta situación es evidente, es en el momento en el que hay síntomas, hay quejas de que algo falla en la memoria, de que hay olvidos, de que hay cambios de carácter, pero antes podemos identificar mediante biomarcadores esas alteraciones antes de que haya clínica. Además, luego me referiré a ello, este proceso va muy en paralelo con el ciclo vital de las personas y está muy asociado al envejecimiento.

El diagnóstico temprano, evidentemente, es interesante porque cuanto antes detectemos esto, antes modificaremos estas curvas, que al fin y al cabo esta curva descendente es la del mayor deterioro. Y de hecho sabéis también que hasta hace 30 años diagnosticábamos la enfermedad de Alzheimer en función del cumplimiento de criterios. Muchas veces el diagnóstico se retrasaba porque los sanitarios no identificábamos que la persona cumpliera los criterios. Hablábamos de criterios del DM4, de enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, el conocimiento de esa evolución a lo largo del tiempo de las alteraciones moleculares y anatómicas en el sistema nervioso central nos ha permitido conceptualizar la enfermedad de Alzheimer como un continuo clínicobiológico que puede diagnosticarse independientemente de la clínica. Es decir, podemos diagnosticarlo antes, lo cual nos abre un campo tremendo y de ahí la importancia del diagnóstico temprano, por que podemos diagnosticar enfermedad de Alzheimer en estadios preclínicos, es decir, antes de que aparezcan los síntomas o bien en estadio clínico cuando ya han aparecido los síntomas y pueden ser más o menos intensos. Y también sabéis que en paralelo podemos identificar distintos fenotipos, distintas manifestaciones de la enfermedad de Alzheimer. La más típica es la amnésica con alteraciones en el hipocampo con la pérdida de memoria, pero también hay variantes de atrofia cortical posterior o en el área del lenguaje o en el área frontal o la variante asociada a síndrome de Down. Hoy por hoy el diagnóstico se tiene que hacer determinando las lesiones típicas de enfermedad de Alzheimer en alguna localización.

En concreto hay tipos de demencia que no son enfermedad de Alzheimer, pero también las primeras manifestaciones son muy inespecíficas, con lo cual hay otras enfermedades que pueden confundirse con una demencia o con una enfermedad de Alzheimer. Además, hay efectos secundarios de tóxicos y de fármacos que pueden producir alteraciones que también recuerden a lo que es una enfermedad Alzheimer, sobre todo en estadios iniciales. Y pongo en interrogación el envejecimiento normal, si debemos considerarlo una variante, un diagnóstico diferencial o no. Al final hablaremos un poquito de ello también. Son estos los cuatro puntos a los que me quiero referir y vamos a entrar con el primero.

Los tipos de demencia que no son enfermedad Alzheimer. Fijaros, esta es una lista de un libro de neurología de la conducta que habla de las posibles causas de demencia. Y la lista es enorme, porque en primer lugar están las enfermedades neurodegenerativas de la cual forma parte con mucho la enfermedad de Alzheimer, pero hay otras enfermedades neurodegenerativas que se pueden manifestar de la misma manera, las alteraciones frontotemporales, las afasias, esas alteraciones del lenguaje que pueden producir afasia o demencia semántica, otras demencias focales, lesiones en una localización. También la demencia, ese deterioro cognitivo puede formar parte del cuadro clínico de otras enfermedades neurodegenerativas, por ejemplo, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington, la degeneración córtico-basal, la parálisis supranuclear progresiva, incluso otras enfermedades degenerativas más complejas como la ELA, la esclerosis lateral amiotrófica y otras muchas y la demencia vascular. La demencia vascular es el deterioro cognitivo producido a nivel de la circulación, hay problemas para suministrar tanto nutrientes, glucosa, nutrientes como oxígeno a las neuronas y empieza a haber problemas de funcionamiento que se unen a la demencia. Puede haber distintas variedades también de alteraciones del riego de la circulación a nivel del sistema nervioso central que conduzcan a

una demencia. Todas ellas, todo este grupo de enfermedades neurodegenerativas, patologías del sistema nervioso central o enfermedades vasculares, se van a manifestar al principio de la misma manera con las señales clásicas de deterioro cognitivo que todos conocéis y que difundimos y que insistimos que tenemos que estar alerta. Se pueden manifestar con problemas de memoria, con olvidos, se pueden manifestar con desorientación, con pérdidas en lugares sobre todo poco habituales o lugares que han cambiado. Se pueden manifestar con dificultades en las tareas cotidianas, cosas que hacemos habitualmente muy automáticamente empezar a tener problemas. Pérdida del lenguaje, nos olvidamos de palabras, las tenemos en la punta de la lengua y no nos salen, empezamos a utilizar palabras comodín. Desafíos en el pensamiento abstracto, ser capaces de deducir cosas con los elementos que tenemos, lo cual nos conduce a problemas en la toma de decisiones, si no somos capaces de entender los elementos de una situación, malamente vamos a poder tomar una decisión adecuada. Cambios en el estado de ánimo, muchas veces son reactivos a ese problema cognitivo. Las personas detectan que algo está funcionando mal y no son capaces, están inquietas porque no entienden lo que está pasando. Eso puede conducir también a desconexión en las actividades sociales, a dificultades en la concentración y a dificultades en el funcionamiento cognitivo en general. Todas ellas comparten estos mismos síntomas. Entonces, el trabajo del diagnóstico precoz y certero es ponerle un apellido adecuado a lo que está ocurriendo.

Hay efectos secundarios de tóxicos y de fármacos que pueden producir alteraciones que recuerden a lo que es una enfermedad Alzheimer

El segundo punto después de este de las demencias que no son enfermedad Alzheimer, serían otras enfermedades que pueden confundirse con una enfermedad de Alzheimer. ¿Qué otras enfermedades pueden confundirse con una enfermedad de Alzheimer? Pues fundamentalmente tres tipos de situaciones. Son las que nos van a dar más problemas. El delirium, el cuadro confusional, la sintomatología psiquiátrica, sobre todo de depresión

y enfermedades orgánicas que afecten al sistema nervioso central y que en su proceso pueden simular una demencia tal como hemos hablado de ella ¿De qué tipo de enfermedades estamos hablando? Pues por ejemplo infecciones, por ejemplo las meningitis. Las meningoencefalitis, sobre todo si se cronifican, producen daño en el sistema nervioso central que puede manifestarse de esta manera, con problemas cognitivos, problemas de memoria, problemas de razonamiento, problemas de lenguaje, cambios en el carácter, etcétera, etcétera. Y estas meningitis o meningoencefalitis pueden estar producidas por distintos tipos de microbios, por bacterias, el meningococo típico, pero también por hongos o por virus. Sobre todo los virus de acción lenta son muy dañinos para el sistema nervioso central y el cuadro clínico que producen es como el de una demencia avanzada.

Lo mismo ocurre con las enfermedades priónicas. Los priones son un tipo de proteínas que dentro de las neuronas se comportan como los virus deteriorándolas. Ejemplo de enfermedad priónica típica que conocéis es la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, la enfermedad de las vacas locas. Cuando se transmite a los seres humanos, también su cuadro clínico es muy parecido, es similar al de una

enfermedad de Alzheimer avanzada. Los abscesos cerebrales, cuando por evolución de una enfermedad hay una colección de pus dentro del sistema nervioso central que puede comprimir. O la enfermedad de Whipple, que es una enfermedad inflamatoria que afecta fundamentalmente al intestino, pero produce mala absorción y dificultades para la nutrición del sistema nervioso.

Otro tipo de enfermedades del sistema nervioso central que en su evolución pueden simular una enfermedad de Alzheimer avanzada, son algunas enfermedades endocrinometabólicas, es decir, relacionadas con el sistema endocrino, con nuestras hormonas o relacionada con los nutrientes. Por ejemplo, tanto el hipo como el hipertiroidismo, es decir, la baja función o un exceso de función tiroidea, pueden dañar al sistema nervioso central y provocar un cuadro similar a la enfermedad de Alzheimer. La hipoglucemia crónica. Pensar, por ejemplo, en personas con diabetes con un tratamiento muy estricto o bien por mala nutrición. El hipoparatiroidismo, las paratiroides regulan el funcionamiento del calcio. El calcio es un ion que no solo ayuda a que los huesos estén fuerte, sino que tiene mucha importancia en el intercambio de sustancias en las células, en

El deterioro cognitivo puede formar parte del cuadro clínico de otras enfermedades neurodegenerativas.

las neuronas, que puedan entrar nutrientes o no. El panhipopituitarismo, la pituitaria, la hipófisis es la glándula que regula el funcionamiento general, el desarrollo, el crecimiento. Las enfermedades renales, la uremia, la insuficiencia renal crónica, puede producir un cuadro de deterioro cognitivo muy similar a la demencia, muy similar a la enfermedad de Alzheimer avanzada, que se llegó a determinar demencia dialítica, porque se veía sobre todo en los pacientes

en tratamiento sustitutivo con diálisis. También en muchas enfermedades del hígado, pensar en el hígado deteriorado, por ejemplo, por la ingesta excesiva de alcohol, la cirrosis avanzada, pero también cada vez es más importante el hígado graso no alcohólico que puede conducir a una degeneración del funcionamiento del hígado que daña al cerebro, que daña al sistema nervioso central y producen las personas un cuadro de demencia como de enfermedad Alzheimer avanzada.

También enfermedades carenciales, por ejemplo, el déficit de vitamina B12 o el déficit de ácido fólico o de ácido nicotínico. Las enfermedades del grupo B son muy importantes para el desarrollo del sistema nervioso central, para un buen desarrollo de las neuronas. Los tóxicos, del alcohol ya he hablado al referirme al hígado. El exceso de alcohol daña al hígado, pero daña la circulación y daña las neuronas. También tiene daños a varios niveles que pueden producir deterioro cognitivo. El abuso de drogas, el abuso de drogas también daña al sistema nervioso central y produce deterioro cognitivo. La intoxicación por metales pesados. De ahí la importancia, por ejemplo, de la contaminación atmosférica que está reconocida como uno de los factores de riesgo de enfermedad de Alzheimer. Es decir, un buen control de las condiciones ambientales es muy importante a nivel, por ejemplo, de contaminación atmosférica, pero pensar la importancia que tiene esto en salud laboral, en determinados tipos de trabajos, donde se utilizan metales pesados o se puede trabajar con disolventes industriales que pueden dañar al sistema nervioso central.

Otro tipo de enfermedades del sistema nervioso central, que también a lo largo de su evolución pueden producir deterioro cognitivo y cuadros de demencia avanzada son, por ejemplo, los tumores y los traumatismos. Los tumores, es fácil de entender, es una lesión que va a empezar a ocupar espacio, va a empezar a crecer dentro del sistema nervioso, va a comprimir otras estructuras del sistema nervioso central y por lo tanto puede producir deterioro cognitivo, alteraciones del lenguaje, de la memoria, del razonamiento, de la orientación, etcétera, etcétera. Lo mismo ocurre, por ejemplo, cuando un traumatismo, un accidente de moto, un accidente de circulación, una caída produce un hematoma subdural, una hemorragia que se queda encapsulada y también ocupa espacio y comprime. O bien también los traumatismos repetidos, esto que pone aquí, demencia pugilística, esto se habló mucho hace años, a lo mejor tenéis en la cabeza el recuerdo de algunos algunos boxeadores, que parecía que tenían deterioro cognitivo, con un lenguaje más lento, con dificultades de razonamiento y en algunas personas se pudo estudiar su sistema nervioso y los golpes repetidos que habían recibido a lo largo de su vida deportiva habían provocado lesiones en el sistema nervioso central y eran las responsables de deterioro cognitivo, de esa de esa demencia.

Hay otros trastornos neurológicos, además de los que hemos hablado, de las enfermedades infecciosas, de los tumores, de los traumatismos, que también pueden simular deterioro cognitivo a lo largo de la evolución. Por ejemplo, las enfermedades desmielinizantes. La mielina sabéis que es la vaina de de lipoproteínas que cubre los nervios y que facilita la conducción nerviosa, cuando se daña en enfermedades desmielinizantes, sobre todo por problemas autoinmunes, también en su cuadro clínico, además de alteraciones motoras o alteraciones del lenguaje, puede producir deterioro cognitivo, insisto, alteraciones de memoria de razonamiento. La hidrocefalia presión normal, la pseudodemencia y otro tipo de enfermedades que formarían parte de lo que consideramos enfermedades raras, porque afortunadamente son poco frecuentes, pero son muy graves en las que hay dificultades en el metabolismo y eso provoca que en las neuronas, en el sistema nervioso central, se empiecen a depositar sustancias, o bien proteínas, o bien hidratos de carbono de cadena larga, o bien lipoproteínas o lípidos que dificultan el funcionamiento de las neuronas, la conexión entre ellas. y también producen un cuadro de deterioro cognitivo y de demencia.

Como veis, las posibilidades de de diagnósticos diferenciales son muy amplias y por eso es tan importante. Pero quizá las más importantes de este grupo y las que más problemas nos pueden crear tanto a los sanitarios como a los cuidadores o a los acompañantes son estos dos cuadros. El cuadro confusional o el delirio y la depresión.

El cuadro confusional o delirio, es una alteración brusca del nivel de conciencia y de la atención en la que se instaura muy repentinamente, pues en horas o en pocos días, que fluctúa a lo largo del día y en la cual se ven afectados varias funciones cognitivas como el lenguaje, el pensamiento, la memoria, se altera el sueño, se altera la orientación, suele ser la manifestación de algo orgánico subyacente, aunque normalmente el origen es multifactorial. A mí me gusta mucho poner el ejemplo que seguro que conocéis de una persona mayor que tiene una caída, se rompe una cadera, la tienen que llevar al hospital y el familiar que cuenta lo que ha pasado dice, “Se ha demenciado porque estaba muy alterado, estaba confu-

so, daba voces, estaba muy inquieto.” No es que se haya demenciado. Eso no es una enfermedad de Alzheimer, eso es un cuadro confusional provocado por la fractura, probablemente provocado por el dolor, además provocado porque hay que ir al hospital, cambio de entorno, medicación para el dolor, quizá una anestesia o una sedación para poder tratar esa fractura, etcétera, etcétera. Es decir, el cuadro confusional es algo distinto. Normalmente es la manifestación de otro tipo de enfermedades, de alguna enfermedad general. Puede ser esta fractura, puede ser una infección, puede ser una descompensación, por ejemplo, de una diabetes, una hiperglucemia y está precipitado por el tipo de enfermedades que tenga el paciente, por los efectos secundarios de la medicación o porque se haya instaurado un nuevo tratamiento o porque se haya retirado.

Las características del síndrome confusional agudo del delirio están bien establecidas en la literatura médica y fundamentalmente son eso, la alteración de la conciencia, pero que fluctúa, es variable. Por ejemplo, los pacientes hay alguna hora del día en que están más despiertos, alguna hora del día en que están más dormidos, con un sopor. Están normalmente desorientados, con problemas de lenguaje, problemas de memoria y también pueden tener la habilidad emocional. El cuadro confusional suele desencadenarse muy rápido y es fácil encontrar una causa, algo que lo vaya desencadenando. Entre esas causas, hay algunos factores predisponentes. Sabemos que por desgracia es más frecuente en personas mayores. También es más frecuente cuando ya hay algún deterioro cognitivo leve o algún problema de memoria o cuando hay algún deterioro funcional. Es más fácil que haya cuadro confusional en personas con problemas auditivos o problemas visuales. También es más fácil que ocurra cuando hay una exposición crónica al alcohol o hay mucha medicación o alguna otra enfermedad de ese grupo que os he comentado que puede dañar al sistema nervioso. Esos serían los factores predisponentes. Pero lo que lo suele precipitar, como os decía, suele ser o bien una infección, o bien que hemos instaurado un nuevo medicamento, o bien que le hemos retirado, y hay síntomas de retirada, un síndrome de abstinencia, factores ambientales, los cambios en el entorno, que sabéis que son tan importantes en las personas con Alzheimer, también lo son en otro tipo de situaciones, los traumatismos, descompensaciones de otra patología o otros procesos intercurrentes. Por lo tanto, a nivel clínico, este es un reto más para los sanitarios, es un reto diferenciar el cuadro confusional de lo que sería un deterioro cognitivo y hay que fiarse de estas pistas clínicas. El deterioro cognitivo suele tener una instauración más insidiosa, más a lo largo del tiempo y a veces es difícil determinar cuándo ha empezado. “Creo que mi padre empezó con problemas ya el año pasado. Legó a Navidad de esta manera”. Es difícil. En un cuadro confusional es más fácil determinar el momento de inicio, ocurrió cuando le diagnosticaron esta enfermedad o le pusieron este tratamiento o tuvo la caída.

El cuadro del deterioro cognitivo es progresivo, el cuadro confusional es agudo y también es reversible, a diferencia del deterioro cognitivo que sabemos que es progresivo y va avanzando. El deterioro cognitivo fluctúa a lo largo del tiempo, pero a lo largo de días o semanas, mientras que el cuadro confusional a lo largo del mismo día puede tener oscilaciones. También hay cambios en el nivel de conciencia, en el cuadro confusional, lo he repetido varias veces, la persona puede estar más dormida, más estuporosa. La persona con deterioro cognitivo normalmente no tiene un nivel de conciencia estable, aunque tenga desorientación o tenga confusión. Y estos cambios, son independientes del ciclo sueño-vigilia, afectan al ciclo sueño-vigilia en ambos casos.

En el cuadro confusional, el delirio es una urgencia médica y hay que ser cuidadoso de no hacer diagnósticos de demencia, como ese ejemplo tipo que os ponía de “se ha demenciado”. El cuadro confusional es un cuadro confusional, aunque pueda ser un factor de riesgo de que en el futuro pueda haber un deterioro cognitivo y es importante como indicador de que hay otras enfermedades graves alrededor.

Y el otro diagnóstico diferencial más importante es la depresión. La depresión, sabéis que es un trastorno del estado de ánimo en los cuales los sentimientos de tristeza, de pérdida, de frustración, están presentes durante gran parte del día y además durante mucho tiempo hasta el punto de interferir con la vida diaria. La depresión es un diagnóstico diferencial importante de cualquier demencia y también de la enfermedad Alzheimer, porque es más frecuente en adultos mayores y porque es un problema importante. Fijaros, esta es una lista de los síntomas típicos que pueden indicar una depresión en las personas mayores. No tener interés por cosas con las que antes disfrutaba, sentirse triste y decaído, es decir, cambios en el estado de ánimo, dificultad para la concentración, sentimientos de sentirse inútil o incluso sentirse culpable, cambios en el ritmo del sueño, cansancio, falta de energía, falta de disfrute, descuidos en el aspecto físico, dificultades para decidirse o para terminar alguna tarea, es decir, dificultades para tareas cotidianas, cambios de peso. En referencia a todo esto esta lista recuerda al cuadro de las 10 señales de alarma de deterioro cognitivo que poníamos antes. Son muy similares, es decir, los síntomas que nos pueden indicar una demencia son muy similares a los que nos pueden indicar una depresión y al revés. Y por si esto fuera poco, las personas con depresión, sobre todo en personas mayores, suelen tener más quejas orgánicas, más quejas de dolores musculares, de problemas digestivos, de mareos, de síntomas inespecíficos. Sabemos que la depresión en el anciano tiene una serie de características también, que la hacen más frecuente y más importante. El aislamiento social, los problemas de calidad de vida, obligan a que haya mayores visitas al sistema sanitario. Con el deterioro cognitivo, con la demencia, con la enfermedad de Alzheimer, se pueden dar todo tipo de relaciones que os imaginéis. La depresión es un factor de riesgo conocido de padecer una enfermedad de Alzheimer, pero también la depresión puede ser una reacción, un cuadro reactivo adaptativo a un diagnóstico de Alzheimer, a un deterioro cognitivo, a esa sensación de darse cuenta de que está ocurriendo algo, pero no tener explicación para ello. Puede aparecer después del diagnóstico, puede aparecer a lo largo del cuadro clínico. Entre la enfermedad de Alzheimer y depresión puede haber mucha relación a lo largo de todo el cuadro clínico. También hay mayor riesgo de cronicidad en personas mayores debido a que hay otras patologías, hay mayor riesgo cardiovascular, hay mayor riesgo de perder funcionalidad y de que aparezcan otros problemas.

Y uno de los principales factores de riesgo de depresión en personas mayores son las pérdidas, la muerte de un cónyuge, el duelo. El duelo es uno de los factores de riesgo más importante, pero también el padecer otras enfermedades y tener una mala autopercepción de salud o la incapacidad funcional o el aislamiento social. Las pérdidas son importantes porque con la edad sabemos que se van acumulando mayor pérdida. No es solo la pérdida de un ser querido, del cónyuge, de la pareja, del acompañante de toda la vida, sino que el envejecimiento supone pérdidas muchas veces económicas, pérdida de poder adquisitivo, pérdida de relaciones sociales al perder el rol laboral, pérdida del rol familiar,

al tener menos tareas y todas esas pérdidas se van acumulando y producen deterioro en la salud psíquica y en las manifestaciones que puede haber. Y esto puede colaborar a la aparición de un cuadro de deterioro cognitivo.

Otros factores de riesgo, además de estos psicosociales, son los factores de riesgo biológico reales, pues sabemos que la depresión es más frecuente en mujeres que en varones, que el envejecimiento, la edad, supone alteración en en distintos neurotransmisores que pueden favorecer, igual que favorecen la aparición de una enfermedad de Alzheimer, pueden favorecer la la aparición de una depresión. Y hay otro tipo de factores como los genéticos o los vasculares. Una vez más, lo que es bueno para el corazón es bueno para el cerebro y lo contrario, los problemas de circulación, igual que hemos visto antes que podían ser causas de una demencia de un cuadro de deterioro cognitivo, también pueden favorecer la aparición de depresión. También los fármacos. Una vez más, fijaros que hay fármacos de uso muy común, que se han relacionado con la aparición de trastornos depresivos, no solo fármacos que actúan sobre el sistema nervioso, como los neurolépticos, sino también los diuréticos o los IECA y los enalaprilas que utilizamos para la tensión o algunas estatinas que utilizamos para bajar el colesterol o algunos analgésicos, están relacionados con la aparición de de depresión.

Quería insistiros en la importancia que tiene los síntomas depresivos en las personas mayores y la relación que tienen con los síntomas de deterioro cognitivo. Una vez más, es un reto para los profesionales de salud diferenciar estas dos situaciones y para ello tenemos que hacer una valoración detallada y con tiempo de la historia clínica y de las manifestaciones. Aquí también tenemos que buscar pistas, signos, indicadores que nos orienten en un sentido o en otro. Por ejemplo, la historia de depresión, aunque ya he dicho que puede cronificarse, también es más fácil determinar muchas veces el inicio, sobre todo cuando está relacionado con pérdidas o con un duelo. La evolución de la depresión suele ser más rápida que la del deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo, ya sabéis, me he referido antes, tiene un inicio insidioso, es difícil determinar el inicio y va progresando lentamente a lo largo del tiempo. También es más fácil sospechar depresión en

las personas que hayan tenido cuadros depresivos previos. Es más fácil que se repita, que se cronifique, que se repita como una reacción, como algo adaptativo ante nuevas situaciones de la vida. Las quejas de las personas depresivas son muy manifiestas en la consulta, las personas con depresión suelen dejar muy claro que se encuentran mal. Sin

El duelo es uno de los factores de riesgo más importante.

embargo, las personas con deterioro cognitivo sabéis que muchas veces no tienen conciencia de enfermedad, no ven que su problema sea importante, dicen, “A mí no me pasa nada.” Eso no suele ocurrir con las personas con depresión que sí realmente se encuentran mal lo manifiestan. Y fijaros que eso llega hasta el punto de manifestarse a la hora de hacer los test. Cuando utilizamos los test para valorar el deterioro cognitivo, para determinarlo, para poner una nota, tanto si usamos los clásicos, el minimental como los nuevos, el fototest, el moca, este tipo de de test, las personas con depresión suelen contestar con dificultad y muchas veces nos dan respuestas de “no sé” o hay respuestas que dejan en blanco. Las personas con deterioro cognitivo es más fácil que respondan a todas las preguntas, aunque se equivoquen. Responden siempre con equivocaciones.

Con este tipo de pistas es con lo que tenemos que trabajar para diferenciar estas dos situaciones.

Un tercer capítulo de lo que yo quería hablaros de estas situaciones que pueden parecer una enfermedad Alzheimer, pero no lo son, son los efectos secundarios de tóxicos y fármacos. Yo creo que también es un capítulo muy importante del que debemos ser todos conscientes. ¿Por qué? Pues porque las personas mayores, normalmente por la pluripatología que se va acumulando a lo largo del tiempo, toman muchos medicamentos a la vez. Sabéis que la medida de medicamentos que toma una persona de 65 años es de siete u ocho medicamentos y cuanto más mayor, más medicamentos. Y cuanto más medicamentos, más fácil es que se produzcan interacciones, efectos secundarios. Y uno de los efectos secundarios más importantes de algunos medicamentos son los efectos secundarios sobre la cognición, normalmente mediados por neurotransmisores, por la acetilcolina. Los fármacos anticolinérgicos, antidepresivos, fijaros, los antihistamínicos, los que utilizamos para la alergia, las benzodiazepinas, los tranquilizantes, los opiáceos, los analgésicos mayores, los relajantes, los anticonvulsivantes, los somníferos, pues todos pueden afectar a la neurotransmisión colinérgica y tener efectos secundarios sobre la cognición, es decir, provocar deterioro cognitivo. Esos son los más frecuentes, pero la lista es muy amplia. Vuelven a aparecer una vez más otros fármacos de uso común, por ejemplo, como algunos fármacos para la tensión o algunas estatinas, esto es importante que lo tengamos todos en cuenta, pues los sanitarios y los pacientes a la hora de hacer una historia clínica detallada de esas quejas de deterioro cognitivo para determinar qué causas puede haber ahí. Y hablando de fármacos, también me parece muy importante recordar aquí una situación que por desgracia ocurre muchas veces, que es esta cascada terapéutica, que más que cascada es una cascada desastrosa, cuando pues se van prescribiendo fármacos en cascada para intentar solucionar un síntoma. Una persona que tiene un síntoma, por ejemplo, una alteración conductual, un cuadro agresivo, un cuadro confusional importante con repercusión en una persona con deterioro cognitivo y ponemos un antipsicótico, produce trastornos del movimiento, síntomas extrapiramidales. Para solucionar los problemas extrapiramidales del movimiento, ponemos un fármaco que produce una retención de orina, con lo cual hay que sondar. Es decir, para intentar solucionar un efecto secundario hemos tenido que poner cuatro fármacos más que aumentan el riesgo de otros efectos secundarios. Por lo tanto, hacer una historia clínica detallada de la medicación es un capítulo importante en el diagnóstico de la demencia.

El último capítulo era este del envejecimiento normal ¿Por qué lo he incluido aquí? Porque sabemos que al fin y al cabo la edad es el principal factor de riesgo de deterioro cognitivo, pero también es el principal factor de riesgo de gran número de enfermedades, de gran número de situaciones. Y hasta no hace mucho tiempo, cuando se ponían cuadros sobre el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Alzheimer y el deterioro cognitivo, se decía que el envejecimiento normal no es una enfermedad de Alzheimer, no es un deterioro cognitivo. Esto es cierto. Sin embargo, al ser el envejecimiento un factor de riesgo, tenemos que ser muy conscientes de ello, tanto para ser proactivos en ese diagnóstico como para evitar la pasividad, de la que tanto nos quejamos, de que esas quejas de deterioro cognitivo se atribuyen muchas veces al envejecimiento y que no se puede hacer nada. El proceso de envejecimiento es el proceso de deterioro, de desgaste que ocurre en los distintos órganos, sistemas y aparatos de nuestro

sistema fisiológico. Eso produce problemas de funcionamiento que conduce a una situación de fragilidad, de mayor riesgo o incluso pueden producir a una situación de dependencia que están relacionadas entre sí. Ese deterioro afecta a todos los órganos y sistemas de nuestro organismo, pero ese proceso sabemos que es distinto en unas personas que en otras. Todos conocemos personas que tienen un proceso de envejecimiento problemático, con mucha fragilidad, con discapacidad enseguida y otras personas que se mantienen activas, que mantienen un muy buen nivel de funcionamiento, de ejercicio físico, lo que denominamos un envejecimiento satisfactorio.

Por lo tanto, uno puede envejecer de una manera o de otra en función de cómo ha vivido, en función de las decisiones que ha tomado. Y lo que sí es cierto es que en las situaciones de envejecimiento satisfactorio, los problemas de salud, incluido el deterioro cognitivo, incluido muchas de las enfermedades que hemos hablado como enfermedades que pueden confundirse o simular un deterioro cognitivo, son menos frecuente que en los casos de envejecimiento patológico, en los cuales los factores de riesgo se van aumentando y este tipo de enfermedades se manifiestan con mayor frecuencia y hay más posibilidades de padecer un deterioro cognitivo.

Al principio me he referido a esa continuidad del deterioro cognitivo, ese cuadro que os ponía hablando del deterioro del sistema nervioso central y la aparición de síntomas en el deterioro, que os decía que podíamos ponerlo en paralelo al ciclo vital. Y esa misma situación la hemos utilizado mucho en el deterioro cognitivo y en el envejecimiento pensando que el olvido normal o los olvidos no tienen trascendencia, que no tienen una repercusión importante sobre el funcionamiento de la persona, serían parte del envejecimiento normal y formarían parte de un continuo de deterioro que acabaría con una demencia o con una enfermedad avanzada y en medio estaría la situación de deterioro cognitivo ligero, deterioro cognitivo leve. Esas situaciones de deterioro cognitivo que están muy relacionadas con el envejecimiento y no constituyen una enfermedad avanzada claramente manifestada, son situaciones que se han definido muchas

en la literatura, son situaciones a las cuales los profesionales tenemos que prestar mucha atención porque aunque no constituyan claramente una enfermedad de Alzheimer, no podemos establecer un diagnóstico sindrómico, deterioro cognitivo, de demencia, sí que van a requerir un seguimiento continuo. Esas quejas de memoria que no tienen repercusión en principio o esos olvidos o esos problemas que las personas refieren con motivo de la edad, serían situaciones que nos obligan a hacer un seguimiento, no a olvidarlas, sino a vigilar, a

preguntar continuamente por ver por ver si nuestro concepto de estas puede cambiar en un momento dado pueden constituir un deterioro cognitivo. Y también porque el diagnóstico temprano es importante a cualquier edad, es decir, porque la persona sea muy mayor o porque la persona tenga más deterioro funcional, no debemos renunciar a hacer un buen diagnóstico. ¿Por qué? Pues porque sabemos que siempre podemos hacer algo y la persona se va a poder beneficiar siempre de medidas preventivas y terapéuticas en cualquier momen-

La edad es el principal factor de riesgo de deterioro cognitivo y de padecer enfermedades

to. Este concepto de el envejecimiento, esas situaciones intermedias entre la enfermedad y un proceso de envejecimiento normal se encontrarían aquí, en este lado de la enfermedad presintomática, en esta parte del ciclo vital donde empieza el declive.

Son situaciones, que nos obligan a mantener la vigilancia, la alerta, pero a lo mejor con el tiempo, con la implantación de los biomarcadores en sangre, con el cambio de los protocolos diagnósticos, esta situación cambia y de hecho, cada vez hablamos menos de deterioro cognitivo ligero y hablamos más de enfermedad de Alzheimer prodrómica o enfermedad de Alzheimer que hemos diagnosticado en fase presintomática.

Resumiendo, la importancia que tiene el valorar muy bien cualquier queja que recibimos en la consulta y de cara a las personas que acompañan al paciente, el recoger toda la información posible. Este es un cuadro que me gustó mucho de un artículo que leí de una revista centrada en prevención, “El Journal de Prevención en Alzheimer”. Y decía que los profesionales tenemos que darle mucha importancia a esa primera conversación, a dejar que el paciente y dejar que el acompañante nos cuente muy bien todo lo que ocurre, y eso implica no hacer preguntas cerradas donde solo podamos responder sí o no, sino utilizar preguntas abiertas que permitan a la persona explicar con el mayor detalle posible qué es lo que ha ocurrido ¿Qué dificultades ha tenido? y recoger información sobre cambios en el funcionamiento cognitivo, en la orientación, en la concentración, en el razonamiento, en el lenguaje y también recoger información sobre cómo esos cambios han afectado a las actividades del día a día, es decir, a la funcionalidad, si ha obligado a que la persona deje de hacer algunas cosas o tenga dificultad en hacer algunas cosas, que es uno de los criterios más importantes para meter prisa en ese proceso diagnóstico.

Pero a la vez también es importante que no asumamos que todo deterioro cognitivo es enfermedad de Alzheimer, que no se nos olvide, sobre todo en personas mayores y en personas con pluripatología, que hay otras comorbilidades. Informarnos, preguntar sobre enfermedades, accidentes recientes, sobre otras alteraciones, sobre la medicación. Yo creo que he insistido mucho en la importancia que tiene valorar esa medicación, qué efectos secundarios tiene sobre la función cognitiva. Problemas de vista o de oído que no hayamos corregido en la medida en que pueden dificultar la percepción de la realidad y la respuesta al mismo, que eso es un deterioro cognitivo. Y valorar los otros factores de riesgo que hemos visto de esas enfermedades que podían simular una demencia, los factores relacionados con el estilo de vida, acordaros de las enfermedades endocrinometabólicas, dieta y nutrición, acordaros de los déficit de las carencias de vitamina D, historia de tabaquismo, de consumo, acordaros de los tóxicos, del alcohol y también los estresores, la sobrecarga o la historia de pérdidas en la medida en que pueden condicionar la aparición tanto de deterioro cognitivo como de depresión.

Todo esto es lo que yo quería contaros. Así que muchas gracias. Espero que os haya quedado clara alguna idea o por lo menos tomar conciencia de la complejidad del proceso diagnóstico y de la importancia que tiene el diagnóstico diferencial en ese proceso que a todos nos interesa de un diagnóstico precoz y certero cuanto antes.

Preguntas

En el caso del hipotiroidismo, si se regula, es reversible en los posibles síntomas?

Pues sí, así es. Y eso no lo he dicho y tenía que haberlo dicho. Gracias por la pregunta. El diagnóstico diferencial es muy importante porque sí que hay causas reversibles, es decir, hoy por hoy un deterioro muy avanzado del sistema nervioso central no es reversible, pero sí que hay unas causas como esta, el hipo-hipertiroidismo o el déficit de vitamina B12 o algunas infecciones en fases iniciales que si las tratamos adecuadamente no va a proseguir el deterioro cognitivo, vamos a conseguir revertir el proceso. Entonces, no son una enfermedad Alzheimer, pero forman parte del diagnóstico diferencial y es importante tenerlo en cuenta.

Preguntan, según tú opinión, ¿qué test de cribaje sería el mejor para detectar un deterioro cognitivo leve?

Hoy por hoy el MoCa, el MoCa me parece que es el test que va a ser un poco el patrón oro, porque se ha diseñado específicamente para deterioro cognitivo leve, ha tenido un proceso de elaboración muy de diseño, muy bien hecho, tiene varias versiones, se ha validado en varias poblaciones. Yo creo que es muy interesante y es el que tenemos que ir aprendiendo. Yo creo que afortunadamente cada vez se usa más en consultas de neurología, de geriatría y en muchas de atención primaria. Y para deterioro cognitivo leve podemos utilizar también, sobre todo en atención primaria, donde tenemos otras carencias asistenciales, otros test como el fototest o el clásico test del reloj, que nos permitan detectar dificultades, aunque no podamos cuantificarla tan bien como en otros test. Yo creo que estas tres herramientas son las que más recomendamos cuando hacemos formación con médicos de familia.

Indican en el postparto y durante la menopausia las mujeres sufren lo que se conoce como neblina mental. ¿Es cierto? ¿Es un mito?

Qué curiosa, neblina mental, qué denominación más curiosa, y más bonita a la vez. Las situaciones del postparto y la menopausia son diferentes. En el postparto sí que está muy bien descrita la depresión postparto. Y la depresión postparto es un tipo de depresión, es decir, de tristeza patológica que afecta a la persona de forma permanente y le dificulta la vida diaria. Es una situación importante de riesgo. Es decir, os decía antes que haber tenido episodios de depresión previos es un factor de riesgo de tener depresión en la edad adulta, en personas mayores. Y es un factor de riesgo de enfermedad de Alzheimer. Es decir, es un indicador importante. La depresión o esa neblina mental en la menopausia tendría un origen distinto. No es como la depresión postparto. Sí que es verdad que las hormonas influyen en el funcionamiento cognitivo, pero la pérdida de la menopausia suele ser más gradual, no es una tormenta como ocurre en el parto y en el postparto. Entonces ahí depende mucho de las personas y decía que es distinta porque también está muy relacionada con pérdidas. La menopausia es un momento del ciclo vital en el cual, aparte de las alteraciones fisiológicas que dificultan la calidad de vida de las mujeres, supone entrar en una fase donde se puede vivir como una serie de pérdidas y las pérdidas, ya me he referido a ello en la charla, son un factor de riesgo importante de problemas depresivos.

Has hablado mucho y referido mucho al tema del envejecimiento y con diferentes síntomas que pueden llevarnos a pensar en una demencia u otro tipo de enfermedades. ¿Y qué podemos diferenciar o qué diferencia puede haber con los casos que cada vez estamos teniendo de personas más jóvenes diagnosticadas? ¿Es más difícil el diagnóstico? ¿Es menos difícil?

Creo que en personas mayores es más difícil porque como decía también muchas veces lo hemos atribuido al envejecimiento. ¿Qué espera usted? ¿Qué quiere usted tal como está o con lo que ha ocurrido? Por un lado muchas veces se atribuyen al envejecimiento y eso hace que a lo mejor no tengamos el interés en hacer un diagnóstico precoz. Los casos que tenemos cada vez más frecuentes de personas jóvenes diagnosticadas de Alzheimer, primero nos dice que en este maremagnum de denominaciones, recordar que me he referido al principio, demencia, enfermedad de Alzheimer, deterioro cognitivo, igual que ha habido un cambio de paradigma de enfermedad basada en criterios a una enfermedad que ahora describimos como un continuo, el diagnóstico de personas jóvenes es lo que nos ha dado la información, nos ha permitido conocer que ese continuo clínico patológico existe. Es decir, esas alteraciones son muy anteriores a que pueda haber síntomas. En algunas personas hay alguna señal. Ese diagnóstico en personas jóvenes a veces ha ocurrido pues por un cuadro de deterioro cognitivo, de amnesia focal que ha ocurrido antes o bien en un estudio en el que se han hecho biomarcadores y se ha podido detectar antes, pero ahí estamos en esas fases iniciales muchas veces.

¿Qué ocurre en la enfermedad de Alzheimer avanzada? La enfermedad de Alzheimer avanzada probablemente no es una enfermedad de Alzheimer pura, es una enfermedad que se manifiesta en función de la situación de la persona. Una persona que tiene muchos factores de riesgo vascular, que tiene problemas de circulación, igual que puede tener problemas en la circulación de las piernas y andar peor, tener que pararse cada pocos metros o incluso tener problemas de úlceras vasculares en las piernas, su sistema nervioso central, esos problemas de riego también van a condicionar que se manifieste de otra manera. Entonces las quejas de mal funcionamiento cognitivo en las personas mayores son importantes. Uno de los mensajes que yo quería decir aquí es que es importante el diagnóstico precoz y certero, independientemente de la edad, pero que hay que tener en cuenta todo ese contexto de fármacos, de comorbilidades y también de la situación social. ¿Por qué? Porque van a teñir de qué manera se manifiesta el cuadro clínico de esa enfermedad de Alzheimer y además van a condicionar mucho el tipo de tratamiento que podamos hacer. Evidentemente, en estas fases no estamos hablando de tratamientos modificadores como los que van a venir pronto, pero cómo vamos a instaurar medidas farmacológicas paliativas o cómo vamos a poder hacer un programa de tratamiento no farmacológico va a estar muy condicionado por esas situaciones. Entonces, ese continuo de la enfermedad es complejo y a más edad, mayor complejidad.



**CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE
ALZHEIMER**

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

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

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

www.ceafa.es