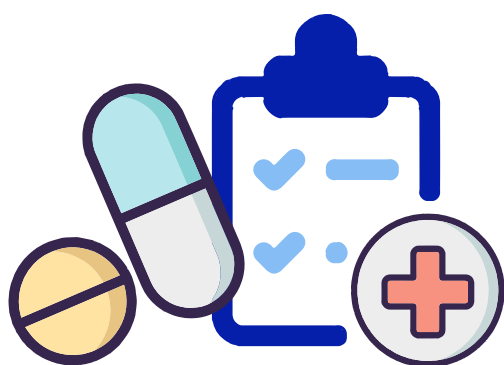


## ENCUENTRO CON EXPERTOS



### **Beneficios y efectos adversos de los psicofármacos para el tratamiento de los trastornos conductuales en demencias: mitos, miedos y realidad**

**Ponente:**



**Dra. Anna Catalán Martínez**

Psiquiatra y Psicoterapeuta familiar. Adjunto en Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Vocal de la SEPSM-Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental

**JUEVES 8 DE MAYO DE 2025**

**La ponente de hoy es Anna Catalán Martínez, Psiquiatra y Psicoterapeuta familiar. Adjunto en Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Vocal de la SEPG-Sociedad Española de Psicogeriatría. Cuando quieras Anna.**

Hola. Estos síntomas conductuales son los que dan más sobrecarga al cuidador y son los que aumentan el riesgo de institucionalización o de ingreso en residencia precoz. ¿Cuáles son estos trastornos? Pueden ser muchos que luego os contaré, pero lo primero que quería dejar muy claro es que a veces las personas que tienen un trastorno neurocognitivo o una demencia, anteriormente han podido tener otros trastornos mentales. Hay personas que han podido tener depresiones a lo largo de la vida y posteriormente tener una demencia. Esto no excluye que no puedas continuar presentando depresiones. Un trastorno no evita el otro. Entonces, nos podemos encontrar con la dificultad de poder diferenciar si esta persona mayor empieza ahora con una depresión o empieza con una demencia y además tiene síntomas depresivos o ya tiene una demencia instaurada y además presenta clínica depresiva. No todo es atribuible a una cosa o a la otra. Esto acostumbra a ser una de las partes más complejas en el manejo por parte de profesionales. También es muy importante saber que la persona que sufre una demencia previamente tenía un carácter, tenía una manera de funcionar, tenía una manera de relacionarse, tiene una biografía determinada y tiene un entorno determinado. Las personas crecemos en una familia. Yo como terapeuta familiar esto lo veo muy a menudo y muchas veces hay problemas de pareja que se han estancado y al perder pie uno de los dos, uno empieza a tener problemas, por ejemplo, de memoria, empieza a no poder cocinar igual, es el otro el que tiene que asumir este rol y entonces surgen los conflictos, por ejemplo, porque la persona que siempre ha cocinado no entiende por qué ahora no se la deja cocinar y el otro que no sabe hacerlo está intentando hacerlo sin aceptar unos consejos. Entonces, realmente esto es difícil de manejar, estas enfermedades son complejas y cualquier suceso extra puede ser un precipitante de algún trastorno de conducta.

Entonces, antes de empezar a tratar cualquier trastorno de conducta, lo que tenemos que hacer es conocer a esa persona, conocer su historia y conocer su situación, no solo a nivel de síntomas, sino también a nivel de entorno. ¿Quiénes son los cuidadores? ¿Qué relación tienen? ¿Qué relación han tenido? ¿Qué tipo de carácter? una persona que siempre ha sido desconfiada y posteriormente pasa a ser mucho más desconfiada, simplemente puede ser por el propio deterioro, pero una persona que no lo ha sido nunca y empieza a serlo nos puede llamar mucho más la atención y nos puede tener que hacer actuar mucho antes.

¿Cuáles son los principales trastornos conductuales o síntomas psicológicos y conductuales de la demencia? Aunque la charla no tenga que hablar específicamente de cada uno de ellos sí que quería nombrarlos.

El principal, el trastorno que más se da, pero por el que menos se consulta es la apatía. La apatía no es estar sin hacer nada, es perder la motivación, es no tener necesidad de hacer nada. Es esta persona que la dejamos sentada en un sofá y puede pasar horas sin ningún interés ni en levantarse ni en hacer nada. Muchas veces es algo que puede inquietar a la familia, pero es verdad que no es disruptivo en casa, no da excesivos problemas, aunque sea muy deteriorante, aunque sea muy grave desde el punto de vista de los profesionales, el ver una persona que se desmotiva, que no hace nada, que no tiene interés en salir ni en cuidarse,

ni tiene interés en nada en concreto. Es la persona que le vienen los nietos y los mira, pero le dan un poco igual. Esto normalmente no nos piden nunca un tratamiento farmacológico como tal, aunque sea un trastorno que nosotros consideramos grave. Lo que sí que nos piden más ayuda para tratamiento farmacológico es la agitación o la agresividad. Cuando hablamos de agitación no tiene por qué necesariamente ser romper muebles. Podemos encontrar con una persona que está rascándose la ropa continuamente sin parar de mover las manos, haciéndose daño, incluso arañándose. Todo esto también es agitación, aunque no sea tan explosiva como alguien que pueda romper jarrones.

Las alteraciones del ánimo, tanto depresión como manía. Cuando hablamos de manía, no hablamos en ningún momento de que tenga manías, que es lo que se dice, de que no deja que hagas esto, no deja que hagas lo otro. Cuando hablamos de manía, en términos psiquiátricos, solamente nos referimos a lo contrario de la depresión, que en jóvenes muchas veces es euforia, es como hiperactividad, como no parar de hacer cosas, como no ver riesgo en nada. Y en gente mayor y en concreto en demencias muchas veces eso contrario de la depresión no es exactamente euforia, sino irritabilidad. Es una hipersensibilidad, es enfadarse por todo, es cualquier cosa puede desencadenar una crisis.

Los síntomas psicóticos, tal vez es uno de los síntomas por los que se nos pide más tratamiento farmacológico. Pueden ser tanto delirios, es decir, creencias que para nosotros pueden no tener sentido, pero que la persona que las cree para ellos sí que son reales. Entonces, es muy importante pensar que no le podemos decir, “Pero no ves que eso no es verdad, pero no ves que eso te lo inventas.” Porque para ellos son reales. Son reales igual que las creencias que podemos tener los dos habitualmente de que yo estoy delante de un ordenador. Yo creo que estoy delante de un ordenador. La persona que cree que los vecinos le están haciendo la puñeta lo cree de verdad. Igual de cierto que yo creo que estoy delante de un ordenador. Entonces, decirle que todo eso no es verdad, la verdad es que sirve para hacerla enfadar, para que se sienta mal. No sirve normalmente para que cambie nada. No le vamos a decir, “No, los vecinos no te están molestando.” y va a decir, “Ah, vale, entonces no digo nada”.

Las alucinaciones son percepciones. Es ver animalitos, es ver personas o es oír personas, oír músicas, notar a veces picores sin una causa aparente, olores extraños. Lo más frecuente, sobre todo en el Alzheimer y en concreto, bueno, en concreto en el Alzheimer, pero también sobre todo en la demencia por cuerpos de Lewy, que no sé si habláis tanto de esta demencia. En la demencia por cuerpos de Lewy es muy típico el ver animalitos o personas por casa o incluso formas. Podemos ver que tengo en la habitación, yo tenía una señora que tenía gondoleros que la predecían por casa o que tenía animalitos o pitufos. Vale, son alucinaciones y estas alucinaciones, aunque puedan ser angustiantes, a veces pueden no serlo. Entonces, habrá que tratarlas sobre todo cuando sean angustiantes o cuando provoquen pues el típica persona que ve niños y está todo el día poniendo de comer para esos niños que vienen o las personas que a veces piensan que hay otras personas viviendo en casa, lo que se llama el síndrome del huésped fantasma, que piensan que alguien más vive en casa. no solo las personas que vienen habitualmente, sino alguien más y hay que tratarlo en el momento que también va poniendo otros platos en la mesa o va poniendo otras sillas para que se siente esta supuesta persona.

Aparte de eso, también están las falsas identificaciones. En las falsas identificaciones, de lo más disruptivo es cuando la persona no conoce al marido o no conoce a la esposa, pero no porque no lo recuerde, sino muchas veces porque la imagen mental que tienen es la de hace 30, 40 años. Es decir, si yo recuerdo a mi marido cómo era cuando me casé con él, que era un chico joven, guapo, atlético y ahora está viniendo un señor mayor que puede ser igual de guapo, pero ya no igual de joven ni de atlético y está intentando meterse en la cama conmigo y yo no identifico que es mi marido, porque yo con el que me casé es con el que estoy en la foto esa en la boda que es el jovencito, es lógico que esa pueda provocar una agitación y pueda provocar problemas muy graves en cuanto agresividad, por ejemplo, si esa persona luego quiere ayudar a vestirnos y hay que entender qué es lo que está pasando. No solo nos agrede porque piense que le queremos hacer daño, sino porque además no sabe quién somos. Entonces, esto genera mucho estrés en

**Los síntomas psicóticos, tal vez es uno de los síntomas por los que se nos pide más tratamiento farmacológico.**

la persona que sufre la demencia, pero también en el cuidador que ve como es rechazado por su mujer o por su esposo, que esto no entiende de géneros.

La ansiedad, todos sabemos un poquito lo que es la ansiedad porque todos la sufrimos y más los cuidadores que trabajan 27 horas de 24. La ansiedad es el temor a que pase algo muy grave. Es una sensación de muerte inminente

a veces sin que haya nada. Si ahora entra un león en la habitación en la que estáis, seguramente todo el mundo va a tener palpitaciones, se le va a cerrar la garganta, vamos a tener diarrea muchas veces o nos vamos a orinar. Eso es típico porque en animales es así. Necesitamos vaciar peso para salir huyendo cuando hay un peligro y estas cosas se nos han quedado. Entonces, mucha gente igual lo recuerda cuando tenía un examen y necesitaba ir al baño 10 minutos antes, que igual no necesitabas ir al baño, pero el cuerpo identifica, hay algún peligro por si acaso vas vaciando. Estas ansiedades, evidentemente tenemos derecho a tenerlas todos, pero también las personas con demencia tienen derecho a tenerla, lo que igual no te lo pueden contar dependiendo del estado de la demencia. Puede ser que esta persona esté sufriendo mucho, esté muy asustada, pero no te lo pueda contar. Entonces, lo podemos ver por la cara que nos pone, por la cara de miedo, por el estar asustado, por el intentar huir.

En las demencias también se dan, evidentemente, alteraciones del sueño, tanto que duerman más, como que duerman menos, como que duerman a deshoras. A veces nos encontramos con que no duermen nada de noche y están todo el día dando cabezaditas o quedándose traspuestos.

El tema del apetito. Pueden perder apetito, es muy frecuente cuando la enfermedad ya está muy avanzada, pero también pueden comer vorazmente. Por ejemplo, las demencias frontotemporales, el apetito lo que hace es aumentar muchísimo hacia los dulces. Hay una apetencia de dulces, era una persona que tampoco comía tantos dulces, pero ahora no puede parar o no controla la hora de comer y hay mucho riesgo de atragantamiento, de comer sin masticar.

El tema de la sexualidad también es un problema, a veces porque desaparece, que puede ser un problema que puede llegar a entenderse más fácilmente, que cuando se aumenta. La enfermedad nos puede llegar a una desinhibición del aspecto sexual, a preocuparnos menos por lo que piensen y a tener un exceso de deseo en momentos puntuales que los cuidadores pueden no interpretar bien. Yo tengo en concreto un paciente, que son pacientes tanto él como ella, pero que ella tuvo un momento de un aumento muy grande de deseo sexual y que él vivía muy mal porque ella era como que le abordaba continuamente y él se sentía culpable de tener relaciones con ella porque veía que en muchas cosas estaba muy desconectada de realidad. Entonces, si por un lado casi no me conoce y luego me pide tantas relaciones sexuales, se sentía culpable en ese aspecto, por ejemplo.

Entonces, yo creo que os va quedando claro que estas partes de la demencia no son la memoria, pero dan problemas.

También hay cambios en personalidad, gente que se vuelve más arisca, gente que se vuelve más reservada o todo lo contrario. Ha habido gente que toda la vida ha sido muy quejica y tienen lo que llamamos nosotros a veces una “happy demencia” y todo les parece bien y son encantadores y colaboran absolutamente en todo. Seguramente nos piden menos ayuda para manejar estos síntomas, pero eso no quiere decir que no pasen.

También tenemos regresiones a la infancia con comportamientos más tipo niño. Una demencia nunca es un niño, pero sí que a veces tenemos comportamientos que no esperaríamos.

Reacciones catastróficas, que se dan sobre todo cuando a uno se le pide que haga algo que está muy por encima de lo que puede hacer. Yo puedo intentar hacer un gazpacho cuando lo he hecho toda la vida, pero de golpe ya no sé cómo tengo que coger esos tomates. Entonces me están diciendo, “Pero si tú sabes hacerlo perfectamente, mujer, venga. Si lo has hecho siempre” y ves que te piden del entorno que lo hagas, tú no puedes hacerlo y puede llegar un momento en que haya una crisis de llanto, una crisis de miedo, de pánico, de bloqueo. Es una reacción catastrófica, no hay que tratarla con fármacos habitualmente.

La deambulación errática, estas personas con demencia que no paran de andar de un lado para otro sin ningún fin sin ninguna finalidad. Quiero decir, mi padre sale a andar cada día 20 km porque le gusta, sube una montaña, vuelve a bajar. Esto no es deambulación errática. Es deambulación errática cuando caminan por la habitación sin parar, de un lado para otro y pueden llegar a agotarse físicamente, incluso hacer pérdida de masa muscular. En estos casos el tratamiento no será farmacológico, porque si tenemos esa necesidad de movimiento y además les frenamos con un fármaco, lo único que conseguimos es que esa necesidad de movimiento se convierta en angustia. Muchas veces lo que necesitamos es darle alguna distracción. Pues en lugar de andar, ayúdame a pasar un paño. Y puedes tenerla pasando un paño o le puedes dar algo que en aquel momento tenga que cuidar. Teníamos una señora, por ejemplo, que siempre le dábamos una muñeca, entonces ella cuidaba la muñeca como si tuviera un niño. Entonces, se sentaba para cuidarla y parábamos un poquito.

Conductas de acumulación, los típicos diógenes que se habla de la demencia, no siempre son acumulaciones. Muchas veces lo que son es no tirar, no es que acumule cosas, sino simplemente que no las tiro.

Estos son los principales muy a grandes rasgos. Este tema, este webinar, no va de esto y va de fármacos, con lo que voy tirando rápido hacia los fármacos.

Antes que tratar, antes que usar cualquier fármaco, hay que saber qué es lo que está pasando, identificar cuál es el síntoma que queremos tratar, por qué lo queremos tratar. Suprimir desencadenantes. A veces la gente se agita o lo pasa mal, porque no oye bien o porque no ve bien. Eso evidentemente hay que corregirlo. Y a veces hay fármacos que no se usan específicamente para la demencia, sino para otras patologías, pero que pueden desencadenarnos crisis o síntomas. En ese momento yo siempre pido que a la primera consulta me lleguen con una bolsa. He cogido esta porque es la de CEAFA, pero cualquier bolsa me vale con todos los fármacos que están tomando, porque a veces hay fármacos que ni decimos que los toman, pero son importantes y pueden provocarnos agitaciones.

Esta ilustración es de Patricia, que es una amiga psiquiatra e ilustradora, que viendo que iba a hablar de este webinar me hizo este dibujo con fármacos buenos y fármacos malos. Vamos a los malos. Los malos fármacos que podemos tomar para el dolor, como los opioides, pueden hacer que tengamos estreñimiento. Ese estreñimiento o dolor de cabeza, por ejemplo, podemos no saberlo explicar, pero que nos provoque mucho malestar. Los corticoides nos pueden dar irritabilidad, hay algunos antibióticos que nos pueden confundir, los betabloqueantes nos pueden dar depresión. Algunos fármacos para el Parkinson pueden ir muy bien para tratar el Parkinson, pero pueden provocarnos ideas delirantes o alucinaciones. Los fármacos anticolinérgicos, es decir, fármacos que a veces se usan para la próstata, por ejemplo, nos pueden provocar empeoramiento cognitivo y a la vez confusión. Esto quiere decir que podemos tener episodios de mayor desorientación. Por ejemplo, estos fármacos hay que saber si los toman o no y en caso de que los tomen ajustar las dosis o ver si los estamos tomando para algo que absolutamente es necesario o que con el tiempo ha dejado de serlo y ha quedado este fármaco para siempre.

¿Cuáles fármacos sí que pueden ser buenos? Pueden ser buenos analgésicos. Si una persona tiene dolor, es muy habitual que no quiera moverse, es muy habitual que esté irritable, que se enfade, o que cuando intentamos cambiarle un pañal o ponerle un pantalón, cuando uno tiene dolor en la cadera e intentas ponerle un pantalón, lo más normal o al menos lo que haría yo es empezar a dar patadas. O sea, si yo no sé contarte que me duele la cadera y tú me la estás movilizándolo, igual te llevas una patada porque no te lo sé explicar. Entonces, el dolor hay que tratarlo y hay que observarlo si ellos no nos lo pueden contar. Laxantes, antibióticos en una infección de orina, los suplementos y nos estamos desnutriendo...

A lo que íbamos hoy, tratamientos específicos e inespecíficos para los trastornos conductuales. Específicamente no voy a hablar de los tratamientos curativos para el Alzheimer. Primero porque estamos muy al inicio, no sabemos exactamente si los fármacos que nos planteamos como curativos lo acabarán siendo, pero lo que sí que sabemos es que de momento no tratan estos trastornos conductuales o psicológicos, tratarían más la parte cognitiva, que es lo que se ha enfocado. Por tanto, creo que no es el tema mío de hoy.

Antes que empezar a poner un fármaco, hay que ver para qué lo queremos y qué nos puede provocar. Evidentemente todos los fármacos tienen efectos secundarios y si os cuentan un fármaco que no tiene efectos secundarios es muy sencillo, no hace absolutamente nada. El cuerpo es equilibrio. Al modificar un equilibrio tiene que pasar algo. Cualquier fármaco del mundo provoca algo. Una aspirina puede ir muy bien para un dolor de regla, pero podía provocar un sangrado. El paracetamol si nos pasamos nos hará daño en el hígado. Cualquier fármaco tiene efectos secundarios. Hay que valorar si esos efectos secundarios nos compensan o no. O a veces hay efectos secundarios que nos van bien para tratar otras cosas. La mirtazapina es un antidepresivo que además da sueño como efecto secundario, es decir, no queríamos que diera sueño, pero si tengo una depresión y además no duermo, pues mira, una cosa y otra.

No todos los fármacos sirven para todo, ni todos los fármacos lo tratan todo. Hay cosas que no se tratan con fármacos y cada fármaco tiene su indicación. No usamos un fármaco para cualquier cosa o mira, pues mi padre está mal, le han dado esto, tú dáselo al tuyo que también está mal. No, porque igual no tienen lo mismo. Siempre los fármacos, sobre todo los psicofármacos, que me centro yo más, empezar lento, ir lento, pero llegar. A veces nos quedamos en dosis tan bajitas

porque la persona tiene 90 años que no hacemos nada. Si una persona tiene menos apetito, pues comerá menos, pero lo necesario. Los fármacos igual, tendrá que tener al menos lo necesario.

**El dolor hay que tratarlo y hay que observarlo si ellos no nos lo pueden contar**

Antes que nada, importantísimo, los fármacos que no se toman no funcionan porque muchas veces es que parece de risa, pero es que yo me encuentro que me lo recetaron,

pero no lo compramos, entonces no le puede haber funcionado. No me digas que no os fue bien si no lo comprasteis. Y los que se pueden tomar van mejor que los que irían muy bien, pero no se pueden tomar. A veces hay pastillas muy gordotas que tienen que ser muy gordotas y que la persona no las puede tragar. Pues muy bien, igual ese es el mejor fármaco que le podemos dar, pero esa persona no lo puede tomar. Tendremos que darle uno que sí que pueda. Entonces, no tenemos que ir a buscar lo mejor, sino tenemos que ir a buscar lo posible.

Los fármacos hacen efecto, pero hacen efecto a veces de manera lenta. Los antidepresivos pueden tardar 8, 10, 12 semanas en funcionar del todo. Si me tomo un antidepresivo 3 días y estoy igual, alabado sea Dios, porque es lo que toca, toca que estés igual, empezará a hacer efecto más adelante.

Y está bien leer los prospectos, pero es mejor que le preguntéis a vuestro médico sobre lo que ponen los prospectos, porque cuando hacemos un ensayo con un fármaco, si una persona que está en el ensayo tiene estreñimiento, hay que apuntarlo. Si una persona tiene diarrea, hay que apuntarlo. Y si una persona se parte una pierna, hay que apuntarlo. Y eso no quiere decir que todas las personas que tomen ese fármaco vayan a tener diarrea, estreñimiento y se partan una pierna. Entonces, es muy importante preguntar. Yo me encuentro mucho con fármacos que se indican para la esquizofrenia, pero que yo los doy para tratar una alucinación, por ejemplo, y me dicen, “Es que esto es para la esquizofrenia, no se lo voy a dar.” Bueno, es para la esquizofrenia 30 mg igual te estoy dando

1 mg. Estoy usando un fármaco para una indicación para otras cosas porque en principio sé que va a funcionar para esto. Y no tengáis miedo a preguntar porque ninguna pregunta es absurda. Prefiero preguntar 20 veces que quedarme sin preguntar. ¿Por qué digo esto? Porque a pesar de que cada fármaco sirva para una enfermedad en concreto o para un síntoma en concreto, nosotros los profesionales sabemos con quién estamos tratando, pero vosotros más. Muchas veces conocéis a vuestra madre, conocéis a vuestro padre, a vuestro primo, a vuestro hijo, esperemos que eso sea pocas veces, pero a veces pasa. Entonces, es muy importante que nos contéis lo que pasa y nosotros os indiquemos un fármaco para lo que pasa. Y no hay que tener miedo en decir que pasan cosas para que nosotros podamos saberlo, porque a veces yo me encuentro con gente, por ejemplo, tiene una desinhibición sexual, pero al familiar le da vergüenza decírmelo. Entonces, no me lo dice y yo le puedo estar dando un antidepresivo que de más desinhibición sexual porque yo no lo sé. Entonces, cualquier pregunta es buena y antes de que os den cualquier cosa, quedaros tranquilos de preguntar todo lo necesario y si no puede ser una visita la siguiente.

Fármacos específicos, entrando en materia, para el Alzheimer. En concreto en este caso también para demencia cuerpos de Lewy. Fármacos específicos tenemos los yaces, los inhibidores de acetilcolinesterasa. Lo que hacen es que la acetilcolina, que es una sustancia en el cerebro que nos falta muchas veces en el Alzheimer, hacemos que se destruya menos. Digamos que la sustancia se crea y se destruye. Nosotros lo que hacemos es bloquear que se destruya. Entonces está más tiempo allí, nos sirve un poquito más.

Estos fármacos se inventaron principalmente para el tema cognitivo, pero nos encontramos que para el tema cognitivo muchos milagros no hacen. Pueden ir un poco bien, pero milagros no hacen. Entonces, a veces hay neurólogos que los pautan poco o a veces os podéis encontrar con un “yo no se lo daría porque no se nota nada”, no está más despierto...pero sí que nos sirven mucho para tratar tanto a nivel anímico, clínica más depresiva, como a nivel psicótico, lo que os decía, delirios o alucinaciones. A veces la rivastigmina, la galantamina o el donepezilo nos sirve para tratar alucinaciones. Entonces, igual no ves que está mejor a nivel de memoria y no le estás dando una medicación que en realidad sí que sirve para que no vea cosas o para que no se imagine que le están molestando.

Estos tres fármacos hay de muchos tipos. Hay que se dan en gotas, que se dan en pastillas, y la rivastigmina en concreto está en parches, el sello de la memoria que me dicen a mí algunos pacientes. ¿Cuáles son los efectos secundarios? Al principio pueden dar náuseas, pueden dar vómitos o pueden dar anorexia, es decir, la pérdida de apetito que puede ser grave porque en personas muy delgadas que pierden apetito y pierden peso, puede ser algo grave y una razón para retirarlos. Y en los parches, esto se da muy poquito, pero sí que puede dar picor cutáneo. Puedes notar que se irrita la zona. Muchas veces puede ser por el fármaco, pero también puede ser por el propio pegamento para que se enganche ese fármaco. Entonces, nos podemos plantear a veces cambiar de marca y eso se soluciona porque a veces el pegamento no es exactamente el mismo. O en lugar de poner el parche de cada día, poner el parche de dos veces por semana, que se pone menos días, o en lugar del grande poner dos pequeños. Se puede jugar con esto y no hace falta perder una baza o perder una posibilidad de tratamiento.

Sí que hay contraindicaciones principalmente cuando hay alteraciones del ritmo cardíaco. Eso sí que es un riesgo. Entonces es importante que vigilemos. Si es una persona con un corazón muy frágil, con muchos problemas de arritmias, estos fármacos no estarían indicados. Hablando de estos fármacos, los que os decía del parche, es muy importante ponerlo bien porque no hará efecto si no lo ponemos bien. Entonces, por ejemplo, el de dos por semana lleva una pegatina, que es el parche y luego lleva una cubierta que es esparadrapo para que ese parche no se levante. Entonces, yo me he encontrado alguna vez gente que pone unos días el esparadrapo y unos días el parche. No sirve. Estamos poniendo fármaco y quitándolo, poniéndolo y quitándolo. Hay que ponerlo en la espalda o hay que ponerlo en zonas que no vaya rozando, por ejemplo, con el sujetador continuamente, nos lo podemos retirar o ponerlo en zonas que sean incómodas o zonas que la persona tenga tendencia a irse rascando porque se lo irá arrancando. Hay fármacos que son en cápsulas, los que son en cápsulas hay que tragarlos con la cápsula. Si abrimos la cápsula, que precisamente sirve para que pase el estómago y no se deshaga, si la abrimos deja de tener efecto. O si tenemos una cápsula para que el fármaco se libere lentamente a lo largo del todo el día y la abrimos, se libera todo de golpe. Puede dar más efectos secundarios o incluso no funcionar. Hay pastillas como esta roja que lo que llevan es una cubierta para que el estómago no se las cargue. Y luego están las que son en solución las que son en gotitas, que a veces las podemos poner en un zumo para que no tengan mal gusto, pero si luego la persona no se acaba el zumo, ese medicamento no se lo toma.

Entonces, sería muy importante usar estas jeringas como el Dalsy de los chavales, que lo puedes poner en la boca, aprietas y ya está. Normalmente son pocos mililitros. En todo caso, si hay fármacos, yo aconsejo pastillero. Aconsejo pastillero para no liarte y sobre todo porque es bueno que la persona sea lo más autónoma posible. Si tú le dices, “Tómame las pastillas”, estás al lado, ves que abre el compartimento que le toca de cada día de por la mañana, se las toma y ya está, se sentirá mucho más cómodo que si tienes que forzarle tú a tomárselas.

Más fármacos específicos. La Memantina. La Memantina se da en demencia moderada grave. Funciona por otra vía que es la vía del glutamato, es otra vía que no tiene que ver con la acetilcolina, por tanto, por eso se da más tarde y también está en solución, es decir en líquido, que va con una jeringuilla o con pastillas. Es poco aconsejable si las personas tienen crisis epilépticas y sí que es verdad que es un fármaco que como efectos secundarios puede dar mareo o vértigo. Y hay casos en que aparecen síntomas psicóticos, igual que los trata, a veces los provoca, pero es muy raro. Entonces, yo creo que vale la pena consultar y sobre todo como se empieza de manera muy lenta siempre porque la Memantina normalmente son a 20 mg, pero empezamos con cinco, luego vamos a 10, luego vamos a 15 y luego vamos a 20 y el cambio se hace más o menos cada semana, conforme vayamos viendo cómo lo tolera, podemos ir viendo si es necesario o no es necesario pararlo. Confianza en los médicos que muchas veces sabemos lo que hacemos.

Fármacos no específicos. Esto es el gran grueso, de fármacos que no se han inventado para la demencia, que se han inventado para otras cosas y que los psiquiatras, los neurólogos, los geriatras, los médicos de cabecera, los médicos de residencia y todos los que podemos los usamos porque sabemos que sirven

para cosas concretas, aunque no salga el prospecto. Esto, sé que estamos grabando esta sesión y no querría que me oyeran mucho, pero es verdad que si no tenemos inventados fármacos adecuados para lo que nos pasa, tendremos que usar fármacos que sirvan para otra cosa. Sabemos que el azafrán se pone en la paella, pero si algún día le quiero poner azafrán a un pollo, pues me puede quedar bien. Entonces, no se ha inventado para esto, pero puede ir bien. ¿Cuáles son estos fármacos? Principalmente, y voy uno por uno.

Antidepresivos. Lo primero que hay que saber para antidepresivos, para saber si funcionan o no funcionan, es que tratan la depresión. La depresión no es solo tristeza. Estar triste es normal, estar triste en una dificultad es más normal todavía. Y la depresión es una enfermedad. Es una enfermedad que nos hace perder las ganas de vivir, que nos hace sentir que estamos en un agujero, que nos hacen pensar, por ejemplo, en personas con una demencia, pueden pensar que van a morir inmediatamente o que en la nevera no tienen nada de comida o que van a fallecer sus familiares o pueden presentar muchos síntomas psicóticos graves, de pensar que están arruinados completamente. Entonces, tenemos gente que no quiere ni encender la luz, no vaya a ser que gaste porque sabe que piensa que no tiene dinero. Es una enfermedad grave la depresión. No es tristeza y punto, no es un duelo y punto. Que con la tristeza o con el duelo se puede pasar muy mal, pero no es lo mismo. Entonces, lo que tratamos con antidepresivos normalmente es la depresión, la apatía, que es el desinterés por hacer nada, en el que no hay sufrimiento como tal. O sea, simplemente me dejás aquí, yo tan tranquila estoy. Y no me preocupa, preocupa a los demás porque no nos movemos y porque vamos perdiendo, pero no estoy sufriendo, no es no puedo salir a la calle porque tengo miedo. La apatía con antidepresivos no mejora. La depresión sí. Sí, la depresión sí. No

**Los antidepresivos se incluyen y se retiran paulatinamente, pero no generan adicción.**

crean adicción los antidepresivos. Una cosa es que haya que introducirlos lento y hay que quitarlos lento, pero no crean adicción, no enganchan. Hay que saber si una persona estaba tomando antidepresivos de hace muchísimos años porque hace depresiones a menudo y de golpe presenta una demencia, no hay que quitar estos antidepresivos porque la demencia no te iba a quitar las de-

presiones. Entonces, a veces lo retiramos y vemos que la persona se pone mucho peor, lo atribuimos a la demencia y en realidad esta persona está con otra depresión como las que ha tenido antes. No tratan el malestar como tal, no te ayudan a que si tú tienes un problema te lo quitan, pero si bajan el nivel de ansiedad y te ayudan a afrontar mejor estos cambios. Muchas veces yo lo que digo es que le facilitan al cerebro buscar estrategias o buscar otros caminos para mejorar. Ayudan a la neuroplasticidad, ayudan a que el cerebro se organice de otra manera. Tardan en actuar y no inducen al suicidio, aunque salga en todos los prospectos. ¿Por qué sale mucho en todos los prospectos? Porque si tiene una depresión muy muy grave y yo estoy tan deprimido que estoy absolutamente bloqueado y no me muevo de mi silla, en el momento que empiezo a tomar un fármaco, empiezo a tener más energía, empiezo a poder moverme, pero aún no estoy bien. Entonces, me puedo encontrar con las mismas malas ideas que tenía antes, pero que no conseguía llevar a cabo porque estaba totalmente bloqueado y de golpe al no estar bloqueado puedo llevarlas a cabo. Entonces, sí que hay riesgo de suicidio, pero este riesgo de suicidio tiene que ver mucho con que se separa el bloqueo motor.

¿Cuántos tenemos? Tenemos muchísimos fármacos antidepresivos. Los más famosos son los llamados ISRS, como el citalopram, la sertralina, la fluoxetina, que es el llamado Prozac, la Paroxetina, la Fluvoxamina, la Vortioxetina. Todos tienen efectos secundarios muy muy similares, náuseas o malestar al principio como un run-run aquí en la boca del estómago, pueden bajar la libido, el deseo sexual, pueden bajar el sodio o pueden aumentar los riesgos de sangrado siempre que haya una predisposición o hay a la vez otros fármacos que también lo induzcan y a veces dejan un poco más bloqueado a nivel de emociones, cosa que normalmente cuando hay una depresión nos conviene estar un poco más bloqueado porque si tenemos todas las emociones a flor de piel y todas son negativas lo pasamos muy mal. Cuando vamos mejorando, como el fármaco también se puede ir bajando, también esto se mejora.

La Vortioxetina teóricamente no da tanto esta disminución, este bloqueo de emociones porque es un fármaco mucho más nuevo, pero de la misma familia, aunque acelera un poco más. Entonces, en pacientes que están muy inquietos, a veces ese acelerón tampoco va perfecto.

Los fármacos duales actúan por varias vías y cada uno tiene su especificidad. En concreto, la Duloxetina pues tiene una indicación más para dolor, parece que ayuda más con el dolor, bueno, parece no, ayuda más con el dolor que otras, pero bueno, también son fármacos que en principio efectos secundarios muy similares.

La Venlafaxina, por ejemplo, podría aumentar la tensión, como muchas veces en demencia, en personas de edad avanzada la tensión es más bien baja, no pasa nada. Si es una persona de tensión más bien alta, pues pondremos otro fármaco.

El Bupropion es más activador, puede tener riesgo de convulsiones, que es bajo, pero existe y sabemos que en la demencia avanzada también existe este riesgo. Entonces, en personas que ya tengan convulsiones no lo daremos.

Y los que seguramente conocéis más son la trazodona o el de deprax, que es lo mismo. Uno es la marca y el otro es el fármaco, o la mirtazapina, que antes era conocida como Rexer, pero creo que ahora se habla más de mirtazapina, que es el nombre del principio activo. Estos dos fármacos se dan sobre todo por la noche, ayudan a favorecer el sueño. En el caso de la mirtazapina, además aumenta el apetito. Entonces, con personas con una anorexia grave, es decir, que no tienen apetito, que no tienen ganas de comer, la mirtazapina nos va bien para eso, aunque no sea un fármaco para abrir el apetito. Es decir, una persona que está bien pero no come, el típico niño que no come no le daremos mirtazapina, pero si es una persona que tiene síntomas depresivos, que está hundida y que además no come, pues nos irá muy bien. Y la trazodona tiene una parte en que nos ayuda a la prevención de delirium o del síndrome confusional. Esta confusión que nos da cuando sumamos a la demencia un poquito de estreñimiento, de infección, de dolor, etcétera. No hay que darlo sistemáticamente, pero puestos a escoger un fármaco para tratar estos síntomas depresivos, está bien que sea un fármaco que además nos ayude con lo que necesitamos. Los fármacos que calman más para gente que esté más ansiosa, los fármacos que activan más para gente que esté más apagada, por ejemplo.

Esto en los antidepresivos que son como muy conocidos.

Antipsicóticos, eso es lo que da más miedo, lo que la gente se niega más a tomar, lo que asusta más si cogemos el prospecto. Son fármacos que se inventaron para la esquizofrenia, que se usan, evidentemente para la esquizofrenia y que van bien para la esquizofrenia, pero que tienen efectos secundarios más conocidos y que tienen mala fama. Tienen mala fama porque antes fármacos como el haloperidol se usaban muchísimo para 1000 cosas y evidentemente cuando usas una cosa para muchas cosas no acostumbra ir bien. Acostumbra ir bien si la usamos cuando la necesitamos para las cosas específicas que queremos. Si la usamos para todo, pues para las cosas que va bien irá bien, pero para muchas no.

Entonces, estos fármacos, cuanto menos tiempo, mejor, pero el tiempo que sean necesarios, porque a veces pueden hacer que una persona esté muchísimo mejor. Una persona que está viendo cosas que son muy amenazantes, por ejemplo, y que está sufriendo una barbaridad, no podemos decir, “Es que mejor poco tiempo.” No, está sufriendo, que lo tome y que no sufra, por ejemplo. Tienen mucho estigma y existen fármacos que se llaman de larga duración, que son más usados para la esquizofrenia, que pueden durar un mes, 3 meses, hasta 6 meses, que son inyectados y que duran 6 meses. Esto en la demencia, yo creo que no está indicado nunca. ¿Por qué? Porque los síntomas psicóticos de la demencia no duran durante años. Entonces, no tocaría y porque además no sabemos una persona cómo los va a tolerar y las dosis que utilizamos en demencia son mucho más bajas que las que utilizamos en esquizofrenia. Entonces, primero daremos dosis bajitas, poco tiempo. Por ejemplo, en la demencia por cuerpos de Lewy o la enfermedad de Parkinson, estos fármacos se toleran muy mal en general. Entonces, lo que no podemos es poner una inyección que dure todo un mes, que esa persona no lo tolere bien y que lo tengamos que mantener porque no se acaba y se va liberando durante todo ese mes.

¿Cuáles son estos antipsicóticos? Tenemos dos tipos, los típicos, que son los clásicos de toda la vida, decentan Haloperidol, la Flufenacina, el Largactil famoso. Son fármacos baratos, son fármacos que dan mucho sueño, como dan sueño pueden dar caídas, como dan caídas pueden dar fracturas, como dan fracturas pueden dar desenlaces nefastos. Y como efectos secundarios bloquean mucho a nivel motor. En dosis muy bajitas cuando son necesarios, a veces hay que darlos, pero siempre intentaríamos dar fármacos de los nuevos, no de los clásicos. Sí que es cierto que como estos tienen un precio mucho más bajo, se nos ha sugerido, vamos a decirlo cariñosamente, que los demos más. Si somos un poco sensatos, no lo haremos. Se han sobreindicado durante mucho tiempo porque no había nada más. También eso hay que entenderlo y hay que vigilar porque son muy sedantes, a veces hace falta muy temporalmente.

Y los atípicos, que son los nuevos. Los nuevos tienen menos riesgo de problemas motores, aunque pueden darlos. Por el contrario, muchos tienen riesgo de lo que llamamos síndrome metabólico, es decir, tienen el riesgo de aumentar de peso, aumentar tensión, aumentan colesterol... Ni todos, ni siempre, ni mucho. Es decir, este riesgo está y yo lo digo porque no es un mito, pero ni a todo el mundo le va a pasar ni tenemos que no darlos por miedo a esto. Sí que hubo un momento en que se dijo que estos fármacos eran más peligrosos que los típicos en referencia que daban más infartos cerebrales. No se ha demostrado que den más infartos cerebrales que los típicos, pero sí que es verdad que personas que ya han tenido varios infartos cerebrales y se les daban estos fármacos porque tenían proble-

mas conductuales graves, pues tenían más infartos cerebrales, pero se habían estudiado estos fármacos porque eran nuevos y no se habían estudiado los antiguos, que cuando hemos ido estudiando los antiguos dan el mismo problema.

De estos fármacos tenemos muchos. Pues tenemos la Clozapina, la Risperidona, Paliperidona, Olanzapina, Quetiapina, Sertindol, Ziprasidona, Caripracina, Bexiprazol, Lurasidona, son muchísimos y el perfil dependerá mucho de lo que necesite la persona. Es decir, hay fármacos que activan más, hay fármacos que duermen más, hay fármacos que hacen comer, hay que quitan el apetito, hay que se pueden mezclar con otros fármacos y hay que no. Las diferencias entre ellos, pues que unos pueden dar más bloqueo motor o síntomas más parkinsonianos y otros no dan eso, pero dan la acatísia que decimos que es la necesidad de no parar de moverte, como no poder estar quieto en ningún momento. Hay algunos que nos tuercen el cuello para adelante, hay que nos bajan la tensión y hay que pueden provocar caídas. Es lo que os he dicho. En principio, estos fármacos no los usaríamos si no hubiera un motivo para hacerlo. Cuando se usa un fármaco antipsicótico es porque realmente el síntoma es grave y lo necesita. Siempre primero haremos todo lo que sea posible a nivel no farmacológico. Entonces, son fármacos con efectos secundarios. Sí, estos efectos secundarios a dosis bajas a veces ni se ven. Algo de sedación si le damos un fármaco que da sueño, evidentemente sí, como la quetiapina da muchísimo sueño y baja la tensión. Por eso lo damos muchas veces por la noche, porque cuando uno está en la cama, si le baja la tensión, no pasa nada. Si es por la mañana y me baja la tensión, pues seguramente me mareo y me puedo caer. Entonces, la quetiapina se da mucho por la noche. Que dan sueño y los damos por la noche, sí, no los damos para dormir. Muchas veces los damos por la noche precisamente porque dan sueño y es mejor que de sueño por la noche que por la mañana, pero no lo estamos dando precisamente para que duerman, sino pues porque hay estos síntomas de agitación, estos síntomas de ver cosas o estas percepciones.

Anticonvulsivantes son los fármacos que se usan para la epilepsia, sirven como antiimpulsivos y principalmente si los damos, los damos en la variante conductual de la demencia frontotemporal, donde son gente joven con muchísima energía y que pueden enfadarse mucho, por ejemplo, y entonces hay que frenar un poco impulsos. Las Benzodiacepinas son fármacos muy conocidos y que tendríamos que decir nunca no y en grande demonios por todas partes, no las toméis. ¿Qué pasa? que yo nunca pondría una benzodiacepina a una persona con una demencia, pero es que hay gente que lleva 40 años tomando su orfidal para dormir. Entonces, si llevan 40 años tomando el orfidal para dormir, cuando les digo, “Te voy a quitar el Orfidal”, no aparecen nunca más por la visita. Entonces, ¿qué hacemos? pues intentar reducirlo, intentar ir bajando poco a poco, porque todos estos fármacos tipo Benzodiacepina nos pueden empeorar mucho a nivel de memoria, nos pueden empeorar en cuanto a caídas, nos pueden provocar muchos problemas porque se acumulan, porque luego va ser dado durante días. Es importante evitarlos, pero también es importante que la persona duerma, porque también hay un cuidador al lado. Entonces, haz lo que hazas con cuidado, lento y teniendo en cuenta todos los factores, porque yo soy antiorfidal, pero a veces si el cuidador tiene exactamente la misma edad, estamos hablando de 90 años y necesita dormir y no puede, pues se toma medio orfidal, pues mira, sería perfecto que no tuviera que tomarlo, pero si lo tiene que tomar, pues lo toma y ya está.

Hay otros fármacos. El Metilfenidato se ha probado. El Metilfenidato es el Rur-bifen o el Concerta que le dan a los niños con TDH. Se ha probado en apatía, puede hacer alguna cosa, pero yo milagros no he visto nunca. Entonces, a mí me cuesta mucho, mucho ponerlo, por no decir que no lo ponga casi nunca, pero puede ser que os lo hayan puesto porque vuestro familiar lo necesite y que sepáis que sí que se puede usar. Hay suplementos nutricionales que pueden ayudar sobre todo a nivel cognitivo, mucho más que con los síntomas conductuales y hay otros fármacos, hay otras técnicas como el Snoezelen, que es la estimulación sensorial, la musicoterapia, la aromaterapia, por ejemplo, la lavanda va muy bien para calmar y no hacen falta estos fármacos.

**Fármacos tipo  
enzodiacetina nos  
pueden empeorar  
mucho a nivel de  
memoria**

Siempre, siempre, siempre. Tratamiento no farmacológico como primera opción, tratamiento social, es decir, que se relacionen, que jueguen a cartas, que estén con nietos, que estén con amigos, que vayan a bailar. Todo esto siempre

ayudará a mejorar estos síntomas conductuales y tratar a los cuidadores tanto con charlas, con conocimiento, como con apoyo y con diversión también. Os recomiendo este libro que es de una amiga de la SEP, psiquiatra e ilustradora, es maravilloso y os cuenta todos estos síntomas psicológicos y conductuales y cómo manejarlos de manera no farmacológica. Es un libro que podéis encontrar ya en muchísimos sitios y si no en red. Se llama ¿Qué le pasa a mi madre? Pronto saldrá que le pasa a mi padre con más información. De momento solo tenemos este. Y hay muchas guías sobre cómo manejar estos fármacos para profesionales. Yo he intentado hacerlos un resumen muy para cuidadores, pero si alguien quiere profundizar, yo os dejo mi correo, me pedís lo que necesitáis y compartimos lo que os haga falta. Y sé que me ha alargado porque siempre me alargo un montón y me va a coger María Ángeles por banda, pero bueno, preguntas.

## Preguntas

***Preguntan por la risperidona para el Alzheimer ya que al leer el prospecto les asusta.***

Es normal. La risperidona es un fármaco antipsicótico atípico que sirve principalmente para la esquizofrenia, pero es verdad que es el único fármaco que tiene indicación para el tratamiento en Alzheimer. De los antipsicóticos, en España, es el único que tiene indicación. Realmente es un fármaco que en esquizofrenia podemos usar dosis de 6-9 mg, que normalmente cuando tratamos a personas con un Alzheimer estamos usando dosis de 0,5 mg. Es un fármaco que sí que puede provocar bloqueo a nivel motor, pero que ayuda mucho a calmar las ideas delirantes, las alucinaciones y la agitación. No es mi fármaco antipsicótico preferido, pero sí que es verdad que es de los más seguros, de los más estudiados y de los que tiene indicación. De hecho, es el único que tiene indicación. Nosotros los usamos fuera de ficha técnica. Ningún médico vamos con intención de empeorar a nadie. O sea, los psiquiatras somos malos en las pelis. En las pelis siempre somos el asesino y el que quiere cocer niños, pero en la realidad no vamos con mala intención. Y cuando le damos un fármaco a alguien, nuestro objetivo es que mejore, no que empeore. Entonces, sé que los prospectos dan susto, preguntad, pero en principio es un fármaco seguro, no es un fármaco con problemas.

Bueno, tengo que decirte que antes de hacer esta pregunta ella lo que ha agradecido es que explicaras tan bien y que ojalá hace 3 años alguien se lo hubiera explicado así de bien cuando le diagnosticaron a su madre y que ella era joven, tenía 37 años, entiendo la hija, y no sabía qué hacer y no tenía información. Pues bueno, que sepas que antes de hacer la pregunta lo ha agradecido.

***También nos preguntan ¿qué efecto negativo puede tener a largo plazo la toma de Donepezilo?***

En principio, ninguno, no, no. El Donepezilo en general es bastante seguro. Lo que más me encuentro yo es eso, problemas de anorexia, de que pierdan el apetito, que pierdan peso. Lo que pasa es que el Donepezilo, como todos los fármacos colinérgicos, hay un momento en que dejan de hacer efecto porque están estimulando unas neuronas que son las neuronas que van muriendo. O sea, hay una neurona que genera acetilcolina y una neurona que la recibe y luego la destruye. Claro, estas neuronas que la generan son las que van falleciendo, las que van muriendo con el Alzheimer. Entonces, lo que hacemos es que bloqueamos un poquito a la que la destruye. ¿Qué pasa? Que llega un momento en que si la que lo tendría que producir ya no lo produce, por más que yo bloquee a la que lo destruye, no hay sustancia. Entonces, llega a un punto que ya no está. Puede producir efectos secundarios de otros tipos, pero es rarísimo, es muy muy raro.

Bueno, hay otra participante que dice que a su madre le daba alucinaciones y que lo tuvieron que suspender. Bueno, yo creo que al final es ver los efectos que tiene cada medicamento y adaptar.

También puede ser que le diera alucinaciones coincidiendo con que le pusieron el Donepezilo, porque el estadio en que le ponen el Donepezilo coincide con el estadio en que empiezan las alucinaciones. Sí que podía ser que no lo tolerara bien o que la inquietara y entonces estas alucinaciones fueran más potentes. Eso sí que puede ser.

***Muy bien. Preguntan: una persona que está muy medicada multipatológica para el riñón, para el hígado, para trasplante, para pulmones y tiene gran apatía a todo, ¿se puede hacer un tratamiento sin fármacos con psicólogos?***

Claro, la apatía es lo que os he dicho, hay muy pocos fármacos para apatía, por no decir prácticamente ninguno. La apatía se trata haciendo cosas. La apatía es un desinterés. Ellos no sufren como tal por estar quietos, nosotros sufrimos porque lo están y lo que sí que se deterioran por el hecho de no hacer nada. El cerebro es muy ahorrador. Cuando una parte no la usamos, la tira. Entonces, si una persona no hace nada, irá perdiendo cada vez más rápido. Por eso la apatía es muy peligrosa, pero solo se trata haciendo cosas. Es decir, la persona que está apática lo que nos interesa es que salga a pasear, que vea gente, que se relacione, actividad social, y eso es sin fármacos.

***Perfecto. Preguntan: ¿qué opinas de un médico de cabecera que recete haloperidol para tratar trastornos de conducta y agitación?***

Bueno, pues que hace 20 años era lo único que teníamos, ahora no. Yo creo que si usa el haloperidol es porque igual ha usado otras cosas y no le han funcionado, no puedo saber esta persona por qué lo pone. Yo normalmente no lo pongo y la risperidona, que es el fármaco que decíamos antes, es una evolución y una

mejora del haloperidol. Son casi de la misma familia, pero muy mejorado. No sé si tiene ningún sentido. Antes se daba el haloperidol más que la risperidona porque había inyectables, había jeringazos de haloperidol para sedar a una persona de golpe, pero ahora mismo yo creo que no está indicado y menos desde un médico de cabecera. Es decir, una cosa es que venga una persona con agitación brutal a urgencias, que no sabes qué está pasando, que solo da golpes y le das haloperidol para poderle sedar y de golpe hacerle una analítica y ver qué le está pasando. No creo que esté indicado hacerlo, pero si se hiciera lo podría llegar a entender. Desde el médico de cabecera no lo entiendo, pero supongo que algún razón tendrá o es una persona con 60 años de ejercicio que siempre lo ha hecho y no se ha actualizado, que también puede pasar, no lo sé.

Bueno, que pregunte como muy bien has dicho. Al final puedes tú dar una respuesta y tu opinión, pero la que cuenta o la que puede cambiar es la del que lo receta.

**Bueno, te agradecen la explicación, ha sido muy instructivo, muy ameno. Preguntan: ¿Se podría administrar Melatonina para dormir en personas con agitación?**

Sí, sí. La Melatonina, de hecho, lo que hace es suplir una hormona que generamos naturalmente en el cuerpo y que con la edad dejamos de generar. Es decir, la Melatonina lo que hace es que el cerebro se coordine con la luz solar y duerma cuando toca dormir. Entonces, sabemos que en la demencia uno no duerme cuando toca dormir y la Melatonina puede tener efectos secundarios porque es un fármaco. La Melatonina puede dar dolor de cabeza y hay gente que no le sienta bien, pero al que le sienta bien me parece perfecto. Lo que sí que nos encontramos es que la gente intenta hacer que una persona duerma con Melatonina en dosis de Mercadona. Es decir, los sobrecitos estos de Melatonina del Mercadona es una dosis bajísima que va muy bien para alguien que tiene problemas de sueño leves. Pero claro, si estamos hablando de una demencia avanzada que le falta Melatonina, con esas dosis no haremos nada y hay fármacos con Melatonina mucho más potentes. Pero evidentemente si le funciona, sí, siempre sí, antes que cualquier otro fármaco, los que menos efectos secundarios tengan.

**Muy bien. Preguntan también, ¿Qué opinas del uso de escitalopram en alteraciones conductuales de agitación?**

Depende de qué tipo de agitación tengas. Si la agitación es por ansiedad, perfecto. Igual puedo estar inquieta porque no sé qué me pasa, no sé para dónde iré, tengo miedo o tengo lo que se llama una depresión ansiosa, esa gente que va, estas musitaciones continuas que sufres tanto, el escitalopram es un fármaco seguro y es un fármaco bueno. Sí que es cierto que en gente mayor de 65 nos limitan dosis, nos limitan dosis a nivel de un warning, de un aviso. Esto no quiere decir que si la persona le haces un electrocardiograma y está bien, puedes subir más dosis y la persona se lo explicas. Yo a veces puedo poner un fármaco que no tenga indicación o que tenga riesgos y yo le explico a la persona, mira, tiene estos riesgos a la persona y a la familia en el caso de la demencia, porque también visito personas que no tienen demencia, pero tiene estos riesgos y si te parece lo probamos y entonces lo puedes poner. Si es una depresión ansiosa, este programa irá perfecto.

***Vale. Preguntan, no sé si lo has contestado al hablar de la melatonina, si puede tener contradicciones con ansiolíticos en personas con demencia.***

No tiene por qué. Lo que los ansiolíticos no estarían indicados en personas con demencia. Eso es otro tema que es lo que decía benzodiazepinas. O sea, lo peor no sería que se mezcle con la melatonina, sino el ansiolítico solo.

***Vale. Agradecen esta charla tan instructiva y clara que ojalá lo hubiera podido escuchar hace 12 años, lo que llevo dando las cápsulas de rivastigmina abiertas porque era imposible que las tragara enteras.***

Pues solución o parches, cuando es en cápsulas siempre es por algo. Sí. Seguramente lo toleraba peor al dárselas abiertas. Seguramente esta inquietud o esta anorexia o estos nerviecillos los notaba más de lo que le tocaría.

Si os fijáis hay un problema en este país que es el tema de los genéricos. Entonces, con los genéricos a veces no hay la tendencia a recetar siempre genéricos que igual solo están en cápsula y luego tienes el fármaco de marca que vale exactamente igual, pero lo han hecho en solución. Porque los laboratorios tienen que sacar dinero de alguna manera y entonces lo que hacen a veces es formular nuevas formulaciones que para nosotros son mejores a veces. Sí. Entonces, si yo le pongo una marca, yo normalmente pongo genérico, si pongo una marca normalmente es por algo. Puede ser porque, por ejemplo, no es cápsula y es pastilla y se puede triturar, o es en solución. El donepezilo, una temporada que había como unos films que te lo ponías en la lengua y se deshacía. La risperidona también tiene la formulación flash que no hay que tragarla, que la pones en la lengua y se deshace sola. Normalmente es por algo. Y hay muchos fármacos que están en cápsulas en 50 marcas y solo hay una en pastillas. También es importante.

***Ha habido muchas preguntas. Voy a dejar la última ¿Cuándo se va a empezar a recetar Lecanemab?***

Pues mira, a mí me gustaría ponerlo ya, pero no me dejan. En principio, Lecanemab a nivel de estudios ya se está usando. Casos muy específicos de momento, yo creo que bien. Y para población general, yo creo que tardaremos, pero para mi impresión es que para gente más joven, con demencias más puras, sin tanto trastorno de conducta creo que en unos meses lo tenemos aquí seguro.



**CONFEDERACIÓN  
ESPAÑOLA DE  
ALZHEIMER  
Y OTRAS DEMENCIAS**

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

T: 948 17 45 17 | E: [ceafa@ceafa.es](mailto:ceafa@ceafa.es)

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

[www.ceafa.es](http://www.ceafa.es)