

DEMENCIAS

INTRODUCCIÓN

En términos médicos, una demencia es considerada un síndrome, conjunto de signos y síntomas, no una enfermedad. Los signos típicos de todas las demencias indican una alteración progresiva en los procesos del pensamiento, deterioros como pérdida de memoria y capacidad de planificación, cambios de los rasgos del carácter y de comportamiento, o dificultad para mantener habilidades ya adquiridas como encontrar palabras para expresarse o hacer cálculos.

Las demencias, sobre todo, afectan a las personas de edad avanzada e implica a muchas personas a parte del enfermo, como los cuidadores y familiares que acaban convirtiéndose en sufridores indirectos de la enfermedad.

La demencia puede ser debida a distintas causas, aunque en todas ellas, existe un daño de las células cerebrales. Este daño puede ser interno, como en el caso de la enfermedad de Alzheimer, ya que están implicados ciertos cambios selectivos en las células cerebrales que impiden su funcionamiento; o externo, como en la demencia multi-infarto, en la que es una falta de oxígeno la que causa un endurecimiento de los vasos sanguíneos cerebrales y, consecuentemente, un deterioro de distintas áreas.

Además, existen otras causas menos frecuentes de demencia: Demencias Lobares Frontotemporales (DLFT), demencia asociada al Parkinson o la que cursa con cuerpos de Lewy difusos.

A parte de las demencias como síndrome, también existen enfermedades diversas en qué la demencia es uno de sus síntomas. Por ejemplo, puede ser el caso en un mal funcionamiento de la glándula tiroides, trastornos genéticos como la Corea de Huntington, aumento del líquido cefalorraquídeo, déficits vitamínicos graves, infecciones cerebrales típicas de los enfermos de SIDA o neoplasias cerebrales de tumores como el de mama o de pulmón.

Teniendo en cuenta su prevalencia, la enfermedad de Alzheimer constituye la primera causa de demencia degenerativa.

La demencia por multi-infarto (DMI) es la segunda, mientras que las demencias con cuerpos de Lewy y la lobar frontotemporal ocupan el tercer y cuarto puesto respectivamente.

DEMENCIAS POR MULTI-INFARTO (DMI)

Las demencias por multi-infarto son causadas por series de pequeños accidentes cerebrovasculares, y afectan más frecuentemente a hombres que a mujeres, sobre todo de entre 55 y 75 años. Multi-infarto significa que muchas áreas del cerebro se han deteriorado por una falta de sangre, y la consiguiente falta de oxígeno, cuando ha habido una interrupción del riego sanguíneo en el cerebro.

Los factores de riesgo principales de esta demencia son: diabetes, aterosclerosis, hipertensión arterial, tabaquismo y haber padecido algún accidente cerebrovascular previo. Los síntomas pueden aparecer de forma gradual o ir empeorando con cada pequeño accidente cerebrovascular, incluyendo dificultades para realizar tareas que antes les eran fáciles, problemas en el lenguaje, apatía, trastornos del carácter, pérdida de contactos sociales, imposibilidad de encontrar cualquier objeto, continuos olvidos, depresión... Además, también pueden aparecer las afectaciones neurológicas propias de los accidentes cerebrovasculares.

El objetivo principal de su tratamiento es el control de los síntomas y corregir los factores de riesgo para prevenir próximos accidentes cerebrovasculares. Cuando los comportamientos agitados, agresivos o peligrosos sean muy frecuentes, se pueden prescribir antipsicóticos o Trazodona, Buspirona o Fluoxetina. No se ha comprobado que los medicamentos usados para tratar la enfermedad de Alzheimer sean efectivos en esta enfermedad. La DMI puede ser por ella misma, un factor de riesgo de la enfermedad de Alzheimer.

DEMENCIAS LOBARES FRONTOTEMPORALES

La Demencia Lobar Frontotemporal comprende a un grupo muy heterogéneo de enfermedades neurodegenerativas progresivas (enfermedad de Pick, degeneración del lóbulo frontotemporal, afasia progresiva, demencia semántica y

degeneración corticobasal) que comparten los siguientes rasgos clínicos: afectación de la personalidad, alteración del comportamiento y de la conducta social, y problemas en el lenguaje y el habla. Otras características propias son que la memoria no se afecta hasta muy avanzada la enfermedad y que también tiene un debut en personas más jóvenes que en otras demencias, entre las edades de 45 y 65 años.

El tratamiento de estas enfermedades es sintomático, no se puede curar ni retrasar su progresión. Los fármacos usados para tratar la enfermedad de Alzheimer no son útiles ya que no sólo no son efectivos sino que pueden agravar la enfermedad e incluso aumentar la agresividad del paciente. Sin embargo, existen técnicas y métodos cognitivos-conductuales útiles para controlar las conductas anormales. Además, por ejemplo, en el caso de la afasia progresiva, un tratamiento fonoaudiológico para desarrollar métodos alternativos para comunicarse también beneficiaría al paciente afectado.

DEMENCIA QUE CURSA CON CUERPOS DE LEWY

La Demencia con cuerpos de Lewy comparte similitudes tanto con la enfermedad de Alzheimer como con el Parkinson. Sin embargo, existen diferencias tales como que la memoria no se ve afectada de forma importante en las primeras fases de la enfermedad, o que son frecuentes afectaciones en la atención y en la percepción visual, con caídas, alucinaciones... Como en la enfermedad de Alzheimer, las personas afectadas por esta demencia suelen ser mayores, y pueden sufrir otros trastornos como depresión o parkinsonismo.

En cuanto al tratamiento de esta demencia, se tiene que tener en cuenta que no existe una cura y que suele terminar en muerte con relativa rapidez. De todas formas, algunos pacientes responden a fármacos sustitutos de la dopamina usados habitualmente en el tratamiento del Parkinson (Levodopa, Carbidopa...). Además, en los inicios de la enfermedad, la respuesta a inhibidores de la acetilcolinesterasa como Rivastigmina, Galantamina o Donepezilo puede ser muy positiva, aunque con el tiempo va disminuyendo su eficacia.

DEMENCIAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

En la enfermedad de Parkinson, cerca del 40% de los afectados sufre demencia. La demencia asociada al parkinsonismo consiste, pues, en una afectación neurológica cróni-

ca y progresiva que probablemente tiene su origen en un déficit colinérgico.

En la clínica, lo más frecuente son las afectaciones de las capacidades visuales-espaciales. En algunos casos, también están afectadas la orientación espacial y de la distancia, y puede existir una apraxia constructiva. Otros trastornos que pueden aparecer a menudo son: incapacidad de memorizar fechas, más que acontecimientos y contenido; funciones ejecutivas (planificar, formular estrategias, anticiparse...) disminuidas; inflexibilidad de pensamiento, y bradifenia. Todo este deterioro cognitivo tiene una progresión rápida siendo grave a los cinco años desde el comienzo. Aparte, se asocia a la enfermedad de Parkinson que cursa con bradicinesia y rigidez, ya que el estado mental suele ser normal cuando predomina el temblor.

Para tratar esta demencia, se ha visto que aunque no existe una cura, los inhibidores de la colinesterasa pueden desempeñar un papel importante en la reducción de los síntomas de demencia y los síntomas neuropsiquiátricos.

ENFERMEDAD de ALZHEIMER (EA)

La EA es una entidad clínico-patológica de naturaleza degenerativa y evolución progresiva, que se caracteriza clínicamente por deterioro cognitivo y demencia, que conllevan un grave deterioro de las funciones intelectuales del enfermo. Es el tipo de demencia más frecuente, representa hasta el 70% de los casos de demencia. En la mayoría de casos la presentación es esporádica pero existen casos familiares, algunos de los cuales se asocian a mutaciones conocidas de transmisión autosómica dominante.

Al tratarse de una enfermedad en la cual los enfermos no sólo padecen deterioro cognitivo sino que también sufren problemas psiquiátricos y del comportamiento, existe una gran implicación de las personas que conviven con el paciente diagnosticado, hechos que llevan a pensar que el tratamiento del Alzheimer tendría que consistir en la terapia farmacológica suplementada con estrategias no farmacológicas, tales como cambios en el ambiente y modificaciones del comportamiento, además del establecimiento de una buena relación con la familia y los cuidadores. Así pues, los cuidadores y los familiares se convierten en la principal fuente de información para evaluar, seguir e intervenir terapéuticamente en la demencia. El objetivo más básico de toda la terapia, tanto farmacológica como no-farmacológica es mantener al enfermo activo durante el mayor tiempo posible.

TERAPIA FARMACOLÓGICA - Para la enfermedad de Alzheimer y algunas demencias:

	Nombre comercial	Dosis	Presentaciones
DONEPEZILO	Aricept®	<i>Inicio</i> (1 mes): 5mg/día (antes de acostarse) <i>Mantenimiento</i> : 10mg/día	▪ Comprimidos recubiertos ▪ Comprimidos bucodispersables
RIVASTIGMINA	Exelon® Prometax®	<i>Inicio</i> (2 semanas): 1,5mg/12h (desayuno y cena) <i>Mantenimiento</i> : 3mg/12h - 4,5mg/12h - 6mg/12h	▪ Cápsulas ▪ Parches transdérmicos ▪ Solución oral
GALANTAMINA	Reminyl®	<i>Inicio</i> (1 mes): 4mg/12h (desayuno y cena) <i>Mantenimiento</i> : 8mg/12h (1 mes) 12mg/12h	▪ Cápsulas duras de liberación prolongada ▪ Solución oral
MEMANTINA	Axura® Ebixa®	<i>Inicio</i> : 5mg/día (1 semana) -5mg/12h (1semana) -15mg/día (1 semana) <i>Mantenimiento</i> : 10mg/12h	

- Inhibidores de la colinesterasa: Rivastigmina, Donepezilo, Galantamina. Es un tratamiento sintomático ya que palia el déficit colinérgico. En formas leves y moderadas de la enfermedad.
- Antagonista no competitivo de receptores NMDA: Modula los efectos de los niveles tónicos de glutamato elevados patológicamente que pueden ocasionar disfunción neuronal (Memantina). Mantiene la transmisión colinérgica necesaria en los procesos de generación de memoria, pero evita la apoptosis y la muerte cerebral. En las formas moderadas y graves.

Inicio del tratamiento: 1,5 mg de rivastigmina administrados cada 12 horas en el desayuno y la cena. Si la dosis es bien tolerada, puede incrementarse la dosis después de 2 semanas de tratamiento a 3, 4.5 ó 6 mg cada 12 horas consecutivamente.

- La dosis de mantenimiento (de 3 a 6 mg cada 12 horas) debe mantenerse mientras exista un beneficio terapéutico.
- Es aconsejable ingerir las cápsulas de rivastigmina en 2 tomas diarias junto con el desayuno y la cena.
- Las cápsulas de rivastigmina deben tragarse enteras: no abra las cápsulas ni las mastique.

Para los trastornos psicológicos y del comportamiento:

Neurolépticos: Típicos (Haloperidol, Levopromazina) y atípicos (Risperidona, Olanzapina). Para reducir los delirios, las alucinaciones, los reconocimientos falsos, el hecho de vagabundear, el insomnio, los comportamientos inapropiados, las conductas sexuales inadecuadas, la hostilidad, la agitación y la agresividad.

Antidepresivos: **Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina**. Para tratar la depresión. También **Trazodona**. Además de potente antidepresivo, sirve para reducir el insomnio y la agitación.

Ansiolíticos: **Buspirona**. Para controlar los síntomas de la ansiedad psíquica y somática.

Benzodiacepinas: **Loracepam, Alprazolam**. Para disminuir el insomnio, se recomienda su uso durante un período de tiempo corto.

Anticonvulsivantes: **Carbamazepina, Ácido valproico**. Para tratar las manías y controlar la agitación exagerada.

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DESDE LA FARMACIA

En la enfermedad de Alzheimer, el farmacéutico es alguien a quien consultar dudas y que puede enseñarle al paciente todo lo que le pueda interesar sobre la enfermedad que padece, además de explicarle bien el tratamiento que toma, informándole de las interacciones que existen entre el medicamento y otros fármacos o alimentos, las reacciones adversas que puede sufrir,... Pero además del contacto con el enfermo y los cuidadores o familiares, que es de vital importancia, ya que tiene un carácter muy predictivo de la adherencia al tratamiento, el farmacéutico también se relaciona con el médico, a quien puede dar consejos sobre las formas farmacéuticas y las dosis más apropiadas para cada paciente.

El farmacéutico debe tener una sistemática de trabajo que le permita contar con el conocimiento completo de una serie de datos personales y sanitarios relacionados con el paciente.

Además, se tienen que pactar entrevistas personales con el paciente y la familia para poder generar una relación profesional concentrada en la terapia farmacológica y en los problemas de salud referidos al enfermo, para lograr unos resultados óptimos y, en el caso que no lo sean, intervenir para corregir PRM o RNM detectados o en riesgo de aparición.

En las demencias también se debe hacer un seguimiento global, ya que es probable que el paciente presente otras comorbilidades. Además, en el caso de las demencias, el farmacéutico también tiene un papel importante en el acercamiento y la ayuda a los familiares y cuidadores de estos pacientes.

En este procedimiento se propone hacer una evaluación de los Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y los Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Los primeros son aquellas situaciones que causan o pueden causar la aparición de un RNM, es decir, son elementos del proceso que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM. Por otro lado, los RNM son los resultados obtenidos en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados o que pueden estar asociados al uso de medicamentos.

Los RNM se relacionan con la necesidad de un tratamiento, la efectividad de un medicamento en el paciente en

concreto y la seguridad del tratamiento. Por consiguiente, para que el farmacéutico pueda asegurar que no existen errores en la indicación del tratamiento, ya que la evaluación final de un tratamiento debe ser realizada por el médico prescriptor, tiene que considerar la evaluación de estos tres ámbitos.

1. NECESIDAD

Se tienen que valorar los objetivos terapéuticos en un paciente con demencia.

- Demorar el deterioro de las funciones cognitivas alteradas.
- Conservar las funciones cognitivas que se mantienen.
- Preservar la calidad de vida del paciente, sus cuidadores y familiares.
- Detectar los trastornos psicológicos y de la conducta anticipadamente.
- Sopesar la necesidad de que los trastornos emocionales requieran o no tratamiento.
- Revisar otras enfermedades crónicas que el paciente padezca.
- Advertir los problemas relacionados con el progreso de la demencia.

El farmacéutico se implicará en el cribado para demencia. Cuando detecte cualquier persona con pérdida de memoria progresiva e insidiosa con alteraciones en el habla, el conocimiento o con extravío de alguna habilidad, el primer paso es comprobar que no es consecuencia de un factor inicial conocido o efecto secundario de algún fármaco que toma. En segundo lugar, cuando se ha verificado que no hay un origen concreto, se valorará la necesidad de derivar al paciente al médico para que le haga un diagnóstico o, si procede, le cambie un tratamiento o le añada algún otro. Finalmente, se confirmará que todos los medicamentos que el paciente toma son idóneos.

2. EFECTIVIDAD

Como en el caso de la necesidad, para ver si un tratamiento es efectivo, se debe determinar si son alcanzados los objetivos terapéuticos, citados anteriormente en el apartado de necesidad.

Cuando se detecta que no se logran los objetivos terapéuticos definidos, el farmacéutico deberá verificar que el cumplimiento es adecuado mediante la aplicación de la escala de Morinski-Green en la familia o los cuidadores o el recuento de comprimidos. En el caso que exista incumplimiento, dependiendo de cual sea el motivo, se pueden

aconsejar medidas como los SPDs (Sistemas Personalizados de Dosificación) semanales, un mayor control de las horas para tomar la medicación en los pacientes relativamente autónomos, el uso de formas líquidas en los enfermos con disfagia a sólidos o anorexia...

El momento ideal para realizar la medida de la efectividad es a los tres meses de haber iniciado una nueva medicación ya que en los fármacos para trastornos psicológicos y de comportamiento, el efecto máximo se logra al mes de haberlos comenzado; después se irá haciendo al menos una vez al año.

Existen diversas formas para evaluar la efectividad:

- MEC (Mini-Examen cognoscitivo de Lobo, versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein).
- GDS (Global Deterioration Scale) de Reisberg.
- CDR (Clinical Dementia Rating) de Hugues.
- SIB (Severe Impairment Battery), en estadios avanzados.
- Impresión subjetiva de mejora.

Cuando se manifiesta una evolución clínica negativa, se podrá suspender el tratamiento (el paciente ha empeora-

do, sufre reacciones adversas graves, padece alguna otra enfermedad incompatible con los fármacos, no ha habido respuesta ni hasta 18 meses después de haberla pautado) o bien añadir Memantina si sólo tomaba anticolinesterásicos.

3. SEGURIDAD

En el caso de enfermos con demencia, es muy importante estimar la seguridad de los medicamentos debido a que es bastante usual la aparición de reacciones adversas al sistema nervioso central que además de poder ser enmascaradas por la propia demencia, en muchas ocasiones tienen que ser percibidas por los cuidadores y la familia ya que el enfermo puede no detectarlas.

El examen y la valoración de la seguridad por parte del farmacéutico deben hacerse en dos momentos:

1. Antes de instaurar el tratamiento: se tienen que evaluar tanto las contraindicaciones de cada medicamento como las precauciones indicadas, ajustando, si es conveniente, la posología en cada paciente dependiendo de su peso, el estado nutricional, la función renal...
2. Una vez el tratamiento es instaurado: regularmente se ha de revisar la posibilidad de que surjan reacciones adversas mediante un protocolo de vigilancia continua.

En la siguiente tabla, se muestra el perfil de seguridad de los fármacos usados para combatir el deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer i algunas demencias:

	Contraindicaciones	Precauciones	Efectos adversos
DONEPEZILO	Arritmias cardíacas Cuadros sincopales	Epilepsia EPOC y asma Úlcera y pacientes con AINEs Hipertrofia prostática benigna	Cefaleas Diarreas Síncope, HTA Arritmias Anorexia, pérdida de peso Vómitos Poliuria
RIVASTIGMINA	Asma EPOC	Úlcera y pacientes con AINEs Arritmia Bradicardia Epilepsia	Vértigo Cefaleas Náuseas, diarreas, vómitos Síncope, HTA Dispepsia
GALANTAMINA	Insuficiencia hepática Insuficiencia renal grave	Arritmias Bradicardia EPOC y asma Úlcera Hipertrofia prostática benigna	Náuseas, diarreas, vómitos Síncope, HTA Arritmias, bradicardia Fatiga, anorexia Anemia Rinitis
MEMANTINA	Insuficiencia renal Fármacos que alcalinizan la orina NUNCA con Ketamina, Dextrometorfano o Amantadina.		Estreñimiento Cefaleas Vértigo Dolor Alucinaciones Confusión Cansancio

Además del uso de ciertos medicamentos para tratar aspectos no estrictamente psicopatológicos, como el megestrol para los cuadros de anorexia y la ciproterona para la hipersexualidad (con resultados poco concluyentes), otros diversos medicamentos están siendo objeto de investigación en pacientes con demencia.

Las crisis convulsivas son raras en pacientes con enfermedad de Alzheimer, pero pueden requerir la administración de fármacos antiepilépticos, algunos de los cuales (gabapentina) se han empleado para el manejo de los trastornos conductuales. Igualmente, los betabloqueantes se utilizan en cuadros de agitación y acatisia. El tramiprosato fue el primer agente antiamiloides en participar en un ensayo clínico de fase III pero no ha mostrado una eficacia significativamente superior al placebo en pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Actualmente, hay más de 130 fármacos para tratar el Alzheimer en ensayos clínicos. Muchos de ellos actúan eliminando o disminuyendo la producción de beta-amiloide, una proteína que se acumula en el cerebro de las personas con Alzheimer y que acaba provocando la muerte de las neuronas. Mención especial merece la inmunoterapia. El desarrollo de una inmunización activa o pasiva contra el beta-amiloide se encuentra todavía en fase de desarrollo.

En junio de 2021 el organismo público de Estados Unidos responsable de la regulación de medicamentos, la Food & Drug Administration (FDA), decidió aprobar la comercialización del aducanumab, un fármaco que, según los datos aportados por la compañía, tiene un posible efecto modificador en la progresión de la enfermedad de Alzheimer. No obstante, el comité de expertos consultados por la FDA ha cuestionado que el aducanumab permita realmente ralentizar el curso de la enfermedad, y por ello ha solicitado más estudios clínicos, por lo que el mantenimiento de la aprobación de este fármaco queda sujeta a un nuevo ensayo clínico que tardará varios años en completarse.

Una de las actuales vías de investigación de tratamientos eficaces para el Alzheimer tiene base en la observación de experimentos con animales donde la restricción calórica (el consumo de dos tercios de la ingesta calórica normal) ha resultado presentar asociación con menores niveles de enfermedades relacionadas con la edad. Esta asociación

se ha relacionado con la liberación de determinadas enzimas reguladoras de la expresión genética que afectan al metabolismo; las denominadas proteínas sirtuinas. Resveratrol, presente en alimentos como las uvas, los arándanos, las frambuesas, el vino tinto o el chocolate negro, es un fenol natural producido por ciertas plantas en respuesta a lesiones, del que se conoce la capacidad para imitar las condiciones asociadas a la restricción calórica, mediando el fomento de mayores niveles de proteínas sirtuinas. Esta actividad del agente ha captado el interés de algunos grupos de investigación de enfermedades neurodegenerativas por la molécula.

En esta línea, En 2016 se presentaron en la Conferencia Internacional de la Asociación de Alzheimer 2016 en Toronto, Canadá los resultados diversos estudios realizados en los que se analizó, en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve-moderada, la seguridad, tolerabilidad y los efectos sobre distintos biomarcadores de la enfermedad (Aβ40 y Aβ42 plasmática, Aβ40, y Aβ42 en líquido cefalorraquídeo, tau, fosfo-tau 181,...), de la exposición a altas dosis de resveratrol que permiten aumentar la comprensión de cómo el resveratrol puede ser clínicamente beneficioso para las personas con Alzheimer y señalan la importancia del papel que juega la inflamación del cerebro en la progresión de la enfermedad. Los autores de esta investigación también sentencian que el agente, por sí mismo, es poco probable que llegue a constituir un tratamiento completo para la enfermedad de Alzheimer, ya que no inhibe la destrucción de las neuronas del cerebro porque tiene lugar por acción de la proteína tau, pero sí podría tener un lugar como agente antiinflamatorio complementario a otros agentes de acción directa contra la tau y su perniciosa acción.

EDUCACIÓN SANITARIA

A parte de toda la información y consejos de uso sobre los medicamentos que el paciente toma, el farmacéutico puede tener un papel fundamental en el asesoramiento general a cuidadores y familiares para que dicho paciente tenga una calidad de vida y unos hábitos diarios lo más normales posibles. Por esta razón, existen distintos ámbitos de las rutinas más básicas sobre los cuales el farmacéutico pueda dar consejos para que la enfermedad sea más llevadera tanto para el enfermo como para la gente que lo rodea en su día a día.

Consejos referentes a los pacientes:

SITUACIÓN	CONSEJOS
HIGIENE PERSONAL	
Llega un punto en que el paciente puede no acordarse de cómo asearse o incluso considerarlo prescindible. En estos casos, es relevante ofrecerle ayuda pero respetando en todo momento su dignidad.	Conservar la rutina anterior de la persona (mismo horario, tipo de jabón, baño...). Convertir el baño en una ocasión para el placer y relajarse. Si se opone, intentar convencerlo más tarde cuando esté más receptivo. Darle autonomía para todo lo máximo que pueda hacer. Usar barras, alfombras o sillas adecuadas para facilitar el baño y prevenir accidentes.
USO DEL SANITARIO E INCONTINENCIA	
El enfermo con demencia puede no acordarse de ir al baño o no saber donde se encuentra.	Intentar ir al baño más o menos a las mismas horas para crear una rutina fácil de recordar. Poner un letrero grande y sobresaliente en la puerta del lavabo. Proporcionarle ropa interior fácil de sacar. Reducir la ingesta de líquidos por la noche. Si lleva pañales, controlar que no sufra escozores ni le aparezcan úlceras.
VESTIMENTA	
Igual que pasaba con la higiene, el paciente puede olvidarse de cómo vestirse, pensar que no le hace falta cambiarse de ropa o ponerse ropas nada adecuadas.	Entregarle la ropa en el orden en que debe ponérsela. Escoger ropas con cierres fáciles. Dejarle libertad para que se vista él mismo en la medida de lo posible. Indicarle instrucciones cuando sea necesario. Proporcionarle zapatos con suela de goma anti-deslizante para evitar caídas.
COMIDAS	
El paciente deberá ser alimentado ya que al hecho de no acordarse de si ha comido o cómo usar los cubiertos, a menudo se le añaden problemas físicos como la disfagia.	Ir recordándole como se come y remarcarle que lo haga despacio. Ofrecer platos que puedan ser comidos con las manos. Cortar la comida en trozos pequeños o bien triturarla. Servir los alimentos no demasiado calientes.
ACTIVIDADES DOMÉSTICAS	
La persona con demencia perderá capacidades tales como cocinar, hacer la cama, realizar tareas domésticas básicas o conducir. Y si lo continúa haciendo, puede sufrir cortes, quemaduras o algún otro accidente.	Si el paciente aun puede cocinar, hacerlo siempre con alguien de forma compartida. Tener instalaciones de seguridad. Retirar utensilios punzantes o afilados, y productos cáusticos o tóxicos. Asegurarse que toma alimentos nutritivos. Recalcar la posibilidad de tomar el transporte público.
DIFICULTADES AL DORMIR	
La gente mayor sin demencia ya tiene problemas para conciliar el sueño, y en estos enfermos, este problema aun es mayor.	Evitar que el paciente duerma durante el día. Convencerle de que haga un poco de actividad física. Proporcionarle una cama y ropa para dormir cómodas, en una habitación con la temperatura adecuada.
COMPORTAMIENTO REPETITIVO Y ACOSO	
El paciente puede presentar ciertas conductas que incomoden al cuidador o a los familiares tales como repetir preguntas o acciones porque se olvida si lo ha dicho o hecho antes, o ir siguiendo al cuidador por inseguridad y miedo a que se marche.	Distraer al enfermo con actividades un poco variadas. Entretenerte cuando no esté el cuidador habitual para que no aprecie tanto la diferencia.
MAL HUMOR Y CONDUCTAS ALTERADAS	
Cuando el enfermo pierde algún objeto suele culpar a quienes están a su alrededor, mostrando comportamientos agresivos. Esto se debe a la pérdida de control social, de la habilidad de expresarse sin violencia o de la capacidad de entender las acciones y habilidades de otros.	Controlar si la persona tiene algún tipo de escondite preferido. Tener copias de los objetos más relevantes como llaves... Evitar discusiones sobre el deterioro de sus capacidades auditivas o visuales. Calmarlo hablándole con suavidad y distrayéndole de la causa que lo puso en tensión o agresivo.
COMPORTAMIENTO SEXUAL	
A medida que avanza la enfermedad, el paciente puede tener conductas inadecuadas como demandar sexo excesivamente o comportarse incorrectamente con su pareja. Además, aunque no es frecuente, puede desnudarse en público, acariciar sus genitales, tocar a otras personas de forma inadecuada...	Sobre todo distraer a la persona y tratar de quitarle importancia al hecho.
DEPRESIÓN Y ANSIEDAD	
Muy a menudo la persona padece depresión, lentitud de pensamiento o pena. Esto puede llevar a que pierda interés hacia actividades cotidianas como comer, salir a la calle...	Consultar con el médico por si le hace falta la prescripción de un antidepresivo. Mostrarle cariño y apoyo.
DESORIENTACIÓN	
El paciente no debe estar solo nunca ya que puede perderse tanto por las habitaciones de la misma casa donde vive como por el barrio o el pueblo, sin que sepa volver a casa, algo muy preocupante.	Confirmar que el paciente siempre lleva algo encima que permita identificarlo. Proporcionarle un pequeño mapa de donde vive para que lo lleve con él. Asegurarse que no hay salida de la casa para que se marche sin que el cuidador lo vea. Cuando aparezca después de haber estado perdido, no mostrarle enfado pero dejarle claro que es importante que no se repita.

Consejos referentes a los cuidadores y familiares:

Los cuidadores y las personas que están muy a menudo al lado de los enfermos de Alzheimer, con el paso del tiempo, pueden acabar sintiéndose apenados, frustrados, enojados o atrapados. Para manejar estos sentimientos que son tan frecuentes y normales, se puede pedir y aceptar ayuda e información para conseguir unas sensaciones más satisfactorias.

- Es relevante descansar de forma regular de la rutina que representa estar siempre con el enfermo. Se tiene que mirar como algo necesario y positivo, y no verlo como un acto de egoísmo.
- Si es preciso, se pueden usar algunos programas residenciales durante un tiempo concreto de tiempo mientras el cuidador habitual se toma un descanso. A los cuidadores intermitentes se les debe proporcionar toda la información básica para no tener ningún problema grave.
- El cuidador debe mantener sus relaciones externas con su familia y amistades ya que le pueden servir de gran ayuda o consuelo, además de ser una forma de romper con la rutina que vive con el enfermo.
- También es beneficioso tomarse un tiempo para satisfacer algún deseo sencillo propio como leer un libro o hablar con un amigo para lidiar con la tensión.
- Existen diversas asociaciones y grupos de apoyo para los cuidadores y familiares. De ahí se puede sacar comprensión, recursos e información para tener una vida lo más llevadera posible.
- Cuando se diagnostica una demencia, es muy importante que las personas que conviven con el enfermo conozcan bien de qué va la enfermedad: sus síntomas, su progresión, su tratamiento... Por esta razón, es vital saber cuáles son las expectativas que podemos tener para ser realistas y no sufrir ansiedad o tensión innecesarias.
- No se debe descartar nunca la posibilidad de institucionalizar al paciente ya que puede llegar el momento en que su estado lo requiera. Además, es necesario tener bien presente que la progresión y el futuro de esta enfermedad son inciertos.
- Se pueden hacer preguntas a uno mismo para saber si se está sobrellevando una carga demasiado pesada. Son muy habituales pensamientos de rabia y frustración, y se han de intentar reducir mediante la asistencia en grupos de apoyo o los consejos obtenidos de las organizaciones de la enfermedad de Alzheimer.
- Es muy beneficioso para el paciente recibir visitas. Aunque no recuerden quien es aquella persona, el contacto humano es muy valioso y puede ayudarle a sobrellevar la enfermedad. En estas visitas, es recomendable traer algo para realizar una actividad, que el ambiente sea calmado, que haya contacto visual...

BIBLIOGRAFÍA:

1. Circunvalación del hipocampo - Hipocampo.org | Alzheimer i altres demències. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/>
2. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de Medicamentos 2010. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2010; p. 2539-2550.
3. Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care (NICE/SCIE,2006). Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg42>
4. Ficha técnica donepezilo, rivastigmina, galantamina, memantina. Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm&version=new>
5. Fundación Alzheimer España. Disponible en: <http://www.fundacionalzheimeresp.org/>
6. Llop Rius R. Tractament de la malaltia d'Alzheimer. Butlletí d'informació terapèutica. 2010;22(3):13-18.
7. Resveratrol en la enfermedad de Alzheimer. Neurology 2015 vol. 85 no. 16 1383-1391
8. Medline-plus - Biblioteca Nacional de Medicina (EUA) | Malaltia d'Alzheimer. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medline-plus/spanish/dementia.html>
9. Neurología de la conducta y demencias. Sociedad Española de Neurología. Disponible en: <http://www.demenciasen.org/>
10. Alzheimer: Tratamientos farmacológicos experimentales. Panorama Actual Med 2012; 36 (356): 647-667
11. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Guías de práctica clínica en el SNS. 2010. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf

Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>
Información y suscripciones:

DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>



www.dicaf.es