

GUÍA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER

La EA es una demencia progresiva y degenerativa del cerebro, que provoca una alteración de las funciones intelectuales. Es el tipo de demencia más frecuente ya que representa un 50-75% de los casos de demencia.

Características:

- Es **ADQUIRIDA**, es decir, que existe una disminución de las capacidades intelectuales respecto al estado previo.
- Es **GLOBAL**, lo que significa que presenta déficits cognitivos múltiples que son indicadores de afectación difusa en el cerebro. Denota cambios psicológicos y de comportamiento.
- **INCAPACITA**, ya que da lugar a una alteración de las capacidades sociales y laborales.
- Es un **SÍNDROME**, puesto que son un conjunto de síntomas que se prolongan en el tiempo.

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por la degeneración progresiva y específica de las neuronas de la corteza cerebral y de algunas estructuras subcorticales, dando lugar al deterioro funcional del cerebro que está determinado por la acción de tres procesos principales:

- Formación de las placas seniles (los depósitos extracelulares del péptido β -amiloide) y de ovillos neurofibrilares (causadas por fosforilación de la proteína *Tau*) que constituyen las lesiones específicas de la enfermedad de Alzheimer.
- Alteración en la producción de neurotransmisores; hipofunción colinérgica e hiperfunción glutamínérgica.
- Apoptosis (muerte celular programada) de neuronas. Pérdida de neuronas.

La enfermedad del Alzheimer tiene una elevada y progresiva prevalencia y, además del enfermo, implica a otras personas como son los cuidadores y familiares sufridores indirectos de la enfermedad. La supervivencia media de un paciente con Alzheimer es de 8 años. El coste anual por paciente aumenta exponencialmente con la gravedad de la

enfermedad. La incidencia y prevalencia de la enfermedad de Alzheimer aumenta con la edad y es más alta en mujeres. No se han encontrado claras diferencias de prevalencia en diferentes áreas geográficas, siendo las cifras muy comparables en Europa, y éstas con las de Estados Unidos, si se corrigen los datos por edad y sexo. Según los datos del INE, en el año 2001 la enfermedad de Alzheimer fue la responsable en España de la muerte de 6.280 personas, pasando a ser la décima causa de muerte.

FACTORES DE RIESGO

Además de los factores "edad y sexo", de la enfermedad de Alzheimer son los siguientes factores de riesgo:

- Factores genéticos: Las alteraciones genéticas son importantes en la aparición del Alzheimer precoz. Se ha observado que mutaciones en cualquiera de los tres siguientes genes; APP (proteína precursora del amiloide) y presenilinas 1 y 2 (PS-1, PS-2) son responsables de algunos casos de enfermedad de Alzheimer precoz, es decir, de aparición antes de los 60 años. Su transmisión es autosómica dominante.
- Factores tóxico-ambientales: El tabaco es un factor de riesgo.
- Factores nutricionales: La hipercolesterolemia, la deficiencia de vitamina B12 y de folatos, la obesidad, una dieta sin antioxidantes así como el alcoholismo son factores de riesgo para el Alzheimer.
- Factores sanitarios: La depresión, la hipertensión, la hiperhomocistinemia, la menopausia y la andropausia son factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer.
- Factores socioeconómicos y culturales: Hay datos epidemiológicos consistentes a favor de cuanto mayor sea el nivel educativo que se alcanza en la vida, menor será la probabilidad de sufrir demencia en edades avanzadas (especialmente en mujeres). Es decir, a mejor educación y estado socioeconómico, menor enfermedad de Alzheimer.

SIGNOS Y SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS

Síntomas esenciales:

1. Pérdida progresiva de memoria
2. Afectación en al menos otra área de la de función cognitiva:
 - a. Alteración en pensamientos abstractos
 - b. Alteración en el juicio
 - c. Alteración de la visión visuoespacial
 - d. Alteración del lenguaje
 - e. Apraxia
 - f. Agnosia
 - g. Cambio de personalidad
3. Alteración de la vida social
4. Conciencia conservada (ausencia de delirio).

GENÉTICOS DEMOGRÁFICOS MÉDICOS EPIFENÓMENOS

Síntomas psicológicos y conductuales:

Aparecen en el 80% de los pacientes de manera concomitante. Éstos contribuyen en gran medida a la sobrecarga de los cuidadores y al ingreso precoz en residencias. Estos síntomas que aumentan considerablemente la incapacidad funcional se presentan de manera oscilante, múltiple y diversa.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Inicialmente la enfermedad se caracteriza por olvidos frecuentes, desorientación temporoespacial, dificultades con el cálculo y la denominación, reducción de la iniciativa y ausencia de la conciencia de la enfermedad. Posteriormente y de manera progresiva aumenta la pérdida de memoria a corto plazo.

Empeora el estado del lenguaje, pudiendo estar afectada la comprensión. Se añaden además a la sintomatología trastornos práxicos y gnósticos. Existe desorientación temporoespacial y afectación de funciones ejecutivas. Pueden aparecer alteraciones del comportamiento como hiperactividad, agresividad y alucinaciones.

En estadios avanzados de la enfermedad, el paciente es dependiente por completo y pueden aparecer alteraciones en la memoria remota, déficits del lenguaje, de praxias y gnosias. La alteración de las funciones ejecutivas empeora a medida que progresa la enfermedad.

TRATAMIENTO

El tratamiento del Alzheimer comprende, no sólo tratar al enfermo, sino establecer una buena relación con la familia y los cuidadores. Es importante apoyar y conocer sus necesidades y demandas, así como promover la participación directa e indirecta sobre el tratamiento. La familia y los cuidadores son y serán la principal fuente de información para la evaluación, el seguimiento e intervención terapéutica de la demencia. La terapia de la EA debe ser una combinación de tratamiento farmacológico y no farmacológico, con el objetivo de que la persona se mantenga activa durante el mayor tiempo posible. A la asociación de esos tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) se les ha denominado "terapias combinadas" o tratamientos integrales.

Las dos medidas terapéuticas básicas son:

- a. La terapia farmacológica.
- b. La rehabilitación de las funciones cognitivas superiores.

Clasificación de los síntomas conductuales y alteraciones psicológicas en los pacientes con demencia:

GRUPO I (Más frecuentes y más molestos)	GRUPO II (Moderadamente frecuentes)	GRUPO III (Menos frecuentes controlables)
Psicológicos	Psicológicos	
Ideas delirantes Alucinaciones Depresión Insomnio Ansiedad	Identificaciones erróneas	
Conductuales	Conductuales	Conductuales
Agresividad física Vagabundeo Inquietud	Falta de motivación Agitación Desinhibición Gritos Conducta inapropiada	Llanto Lenguaje malsonante Preguntas repetitivas Seguir a otro

Tomado de Martín M, Carrión JL. Tratamientos psicofarmacológicos y conductuales de las demencias. Boletín de Información terapéutica de Navarra. Vol 10, N.1. Marzo 2002

Objetivos de la terapia:

Dentro del ámbito cognitivo son:

- Retardar o estabilizar el deterioro de las funciones cognitivas afectadas.
- Mantener las funciones cognitivas preservadas.

Dentro del ámbito funcional es:

- Mejorar y mantener la calidad de vida del paciente y de su entorno más inmediato.

Dentro de los trastornos psicológicos y del comportamiento son:

- Detectar de forma precoz los trastornos emocionales y de la conducta.
- Considerar cuando éstos trastornos requieran medicación.

Dentro del estado de salud en general y de la morbilidad asociada son:

- Controlar la patología crónica coexistente.
- Prevenir los problemas asociados a la progresión de la enfermedad.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Las medidas no farmacológicas van dirigidas a dar soporte médico, social y afectivo al paciente, a la familia y a los cuidadores con la finalidad de evitar la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones.

Son muchas las intervenciones psicosociales que se pueden realizar entre las que destacan:

- El mantenimiento de las funciones cognitivas.
- El tratamiento de problemas de conducta.
- La disminución de la dependencia del paciente a través de técnicas de reestructuración ambiental.
- Reforzar el núcleo familiar.

Mantenimiento de las funciones cognitivas

Existen programas desarrollados para mantener a la persona con demencia activa, a fin de estimular aquellas áreas que todavía están preservadas, para enlentecer el declive cognitivo.

Algunos de estos programas son:

- 1. Terapia de Orientación de la Realidad (OR).** Es un programa que opera mediante la presentación de información relacionada con la orientación (tiempo, espacio y persona), lo cual se considera que proporciona a la persona una mayor comprensión de aquello que le rodea y posiblemente produce un aumento de la sensación de control y en la autoestima.
- 2. Terapia de reminiscencia (TR).** Consiste en traer a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver.
- 3. Las nuevas tecnologías como instrumentos para el entrenamiento cognitivo.** Se están desarrollando nuevas técnicas de entrenamiento cognitivo mediante programas interactivos con ordenadores.

4. Rehabilitación de memoria. Las técnicas de rehabilitación de memoria en la enfermedad de Alzheimer se basan en el principio de que la pérdida de memoria se produce de una forma gradual y su intensidad es muy variable en los estadios tempranos de la enfermedad, afectando inicialmente a la memoria episódica y a la memoria semántica. De esa forma se deduce que durante los estadios iniciales de la enfermedad, determinadas funciones mecánicas son susceptibles de estimulación y de intervenciones rehabilitadoras.

5. Ayudas de memoria no electrónicas. El uso de ayudas externas como libros de notas, diarios, agendas, es otra estrategia útil en la rehabilitación neuropsicológica.

6. Ayudas de memoria electrónicas. Empleo de agendas electrónicas portátiles y fáciles de manejar, que puedan transmitir vocalmente al paciente en el momento justo la información necesaria.

Existen otros talleres de psicoestimulación cognitiva como los talleres de psicoexpresión con musicoterapia, ritmo y coordinación, los juegos de activación física y esquema corporal y la estimulación psicosocial con animales de compañía.

Crear un ambiente agradable y seguro

Para mantener la calidad de vida del enfermo es necesario cuidarlo correctamente. En el tratamiento de los pacientes es recomendable intentar ponerse siempre en su lugar.

Los siguientes consejos ayudarán a mantener una relación relajada con los pacientes:

- 1. Mantenga la comunicación** mediante frases cortas y simples. Emplee un tono cuidadoso, pero al mismo tiempo claro y determinado. Las informaciones importantes deben repetirse, si es necesario, incluso varias veces.
- 2. La seguridad es importante,** la pérdida de coordinación física y de la memoria aumentan las posibilidades de lesionarse, por eso debe mantener su domicilio lo más seguro posible. Hay que evitar caídas y quemaduras.
- 3. Es importante mantener la independencia** de la persona el mayor tiempo posible. Ayuda a mantener la autoestima y disminuye la carga que deberá soportar el cuidador.
- 4. Hay que ser comprensivo y tolerante,** no reñir ni avergonzar al enfermo ante los demás. No hacer comentarios negativos.
- 5. Evite las discusiones sin sentido.** Cualquier tipo de conflicto causa estrés a la persona con la enfermedad.
- 6. Respetar los gustos y las costumbres** del paciente. Respetar las pequeñas cosas de cada día.
- 7. Ser receptivos** ante cualquier intento de comunicación por parte del paciente.

8. **Expresar empatía**, es decir, comprender las emociones y sentimientos del paciente, identificándose con él.
9. **Es necesario corregir los defectos auditivos y visuales.**
10. **Mantenga una buena higiene.**
11. **Mantenga un correcto estado nutricional y una correcta hidratación.**
12. **Establezca rutinas pero mantenga la normalidad.** La rutina evita la toma constante de decisiones, pero debe tratar a la persona de la misma manera que lo hacía antes de la enfermedad.
13. **Incorpore ejercicio dentro de la rutina diaria**, proporciona beneficios tanto a la persona que padece la enfermedad como para el cuidador.
14. **Los elogios son más útiles que las críticas.** Cuando el paciente reacciona bien pueden emplearse palabras, gestos afectivos o una sonrisa.
15. **Conserve el buen humor**, ríase con la persona con EA y no de ella. El humor puede aliviar el estrés.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Evidencia clínica de los medicamentos utilizados para los trastornos cognitivos.

Existe una amplia variedad de tratamientos para el Alzheimer, todos ellos son tratamientos sintomáticos, con los que se pretende mantener y enlentecer el deterioro cognitivo y controlar los desajustes emocionales y del comportamiento. En cuanto al tratamiento para la mejora del deterioro cognitivo sólo se expondrán aquellos medicamentos que la evidencia clínica ha demostrado su efectividad.

La evidencia clínica de los medicamentos utilizados para los trastornos cognitivos es la siguiente:

- Existe una mejoría de la función cognitiva y del estado clínico global con 10 mg de Donezepilo cuando se compara frente a placebo. El tratamiento es bien tolerado.

- Hay evidencia limitada que indica que la Tacrina mejora la función cognitiva o el comportamiento.

En los ensayos, la Tacrina se asocia a hepatotoxicidad.

- Hay una mejoría de la función cognitiva, pero también náuseas frecuentes, con 6-12 mg de Rivastigmina.

- Cuando se utiliza Tioridazida a largo plazo se reduce la ansiedad, pero no hay evidencia acerca de un efecto sobre el estado clínico global y se sugiere que puede acarrear arritmias cardíacas poco frecuentes pero graves.

- No hay evidencia acerca de un beneficio derivado del uso de estrógenos en mujeres.

- No hay evidencia acerca de un beneficio tras la administración de vitamina E.

- El Ginkgo Biloba mejora la función cognitiva y es bien tolerado.

- Dos ensayos clínicos aleatorizados y controlados han demostrado que el uso de la Galantamina se asocia a una mejora de la función cognitiva.

- No se ha encontrado evidencia a largo plazo acerca de los efectos de cualquier tratamiento sobre la progresión de la enfermedad de Alzheimer.

Terapia para el Alzheimer. Pautas de tratamiento sintomático.

La utilización de medicamentos para el Alzheimer se pauta según la valoración de las diferentes escalas utilizadas para el diagnóstico que se muestra a continuación:

Terapia para el Alzheimer según criterios de gravedad

Fármacos	Indicación	Escalas de valoración a utilizar	Valores de las escalas utilizadas
Anticolinesterásicos Tacrina Rivastigmina Donezepilo Galantamina	Leve o moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Escala global de deterioramiento (GDS-FAST) • Mini-Mental State Examination (MMSE) 	3-4 26-10
Memantina	Moderada o grave	<ul style="list-style-type: none"> • Escala global de deterioramiento (GDS-FAST) • Mini-Mental State Examination (MMSE) 	4/5-7 14-8
Memantina combinada con anticolinesterásico	Moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Escala global de deterioramiento (GDS-FAST) • Mini-Mental State Examination (MMSE) 	4/5-7 14-10

Inhibidores de la acetilcolinesterasa

La utilización de los inhibidores de la acetilcolinesterasa nacen de las investigaciones clínicopatológicas realizadas en los años 70, en los que se observó un déficit colinérgico que aparece de forma intensa al inicio de esta enfermedad. Estos medicamentos actúan sobre la acetilcolinesterasa de manera inespecífica, algunos también actúan sobre la butilcolinesterasa, de manera que consiguen aumentar la concentración de acetilcolina en las sinapsis. En el sistema nervioso central este aumento de acetilcolina mejora la función cognitiva. Sin embargo, estos medicamentos también actúan a nivel periférico, produciendo alteraciones relacionadas con la hiperestimulación muscarínica periférica, como son las náuseas, vómitos, diarreas, dolor abdominal e hipersecreción glandular, que aparecen especialmente al inicio de los trata-

mientos. Para disminuir estos efectos adversos, se recomienda iniciar los tratamientos a bajas dosis e incrementar las mismas, según la tolerancia, de manera gradual.

El tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa es un tratamiento sintomático ya que palían el déficit colinérgico.

La galantamina es el único inhibidor de la acetilcolinesterasa que además es un modulador alostérico del receptor nicotínico potenciando el efecto de la acetilcolina sobre el receptor nicotínico. La galantamina sólo puede utilizarse en la demencia tipo Alzheimer de acuerdo con las condiciones establecidas por la ficha técnica de la especialidad.

En la siguiente tabla se especifican las características farmacocinéticas y farmacodinámicas diferenciales entre los inhibidores de la acetilcolinesterasa.

Características de los medicamentos anticolinesterásicos

	TACRINA*	DONEZEPILO	RIVASTIGMINA	GALANTAMINA
Nombre Comercial	Cognex	Aricept Prometax	Exelon	Reminyl
Familia	Acridina	Piperidina	Carbamato	Alcaloide terciario
Rango dosis/día	80-160 mg	5-10 mg	6-12 mg	16-24 mg
N. tomas/día	4	1	2	2
Selectividad IACE	ACE=BuCE	ACE>BuCE	ACE>BuCE	ACE+ Mod nAhR
Tipo inhibición	Reversible	Reversible	Pseudoreversible	Reversible
Vida media plasmática	1,5-2 h	50-70 h	1-1,5 h	7 h
Duración inhibición		50-70 h	10-12 h	7-8 h
Interferencia en la absorción con comidas	Si	No	Si	Si
Interacciones fármacos	Paroxetina	No	No referidas	No referidas
Metabolismo	Hepático	Hepático	Extrahepático	Hepático
Hepatotoxicidad	Si	No	No	No

* No se recomienda su utilización por su hepatotoxicidad

ACE= Acetilcolina

BuCE= Butilcolinesterasa

Mod nAhR: Modulador alostérico del receptor nicotínico

Efectos adversos de los inhibidores de la acetilcolinesterasa

Efecto adverso	TACRINA*	DONEZEPILO	RIVASTIGMINA	GALANTAMINA
Náuseas	++	++	++	++
Vómitos	++	+++	+++	++
Diarrea	++	++	+	+
Dolor abdominal	+	+	++	+
Anorexia		+	+++	++
Astenia, fatiga, miastenia	+	++	+++	
Calambres musculares	+	+++		
Pérdida de peso		+	+++	++
Mareo, síncope	+	+	++	+
Insomnio	+	+		

Bloqueador de los canales del calcio asociados al receptor NMDA (N- Metil- DAspartato)

El glutamato es el principal neurotransmisor excitatorio del cerebro. Cuando existe una sobreestimulación glutaminérgica como ocurre en la enfermedad de Alzheimer, se produce daño neuronal. Este fenómeno se conoce como excitotoxicidad, que conduce a una sobrecarga de calcio en el interior de la neurona produciendo su degeneración. El glutamato estimula diversos receptores postsinápticos, entre ellos los del tipo N-metil-Daspartato (NMDA), que intervienen de manera muy particular en los procesos de formación de la memoria y en la patogenia de las demencias. La memantina es un antagonista reversible no competitivo, voltaje dependiente y de afinidad moderada para el receptor NMDA. Es decir, la memantina se sitúa sobre este receptor, pero en situaciones de formación de memoria, se produce

una alta despolarización de la neurona la cual desaloja la memantina del receptor. En cambio, en despolarizaciones patológicas que son más livianas, la memantina permanece sobre el receptor NMDA, bloqueándolo e impidiendo la entrada continua de calcio, evitando la apoptosis y la muerte neuronal. Es decir, la memantina no interfiere en los procesos de formación y consolidación de la memoria y tiene un efecto neuroprotector. Mantiene la neurotransmisión glutaminérgica necesaria para la memoria, pero evita la excitotoxicidad glutaminérgica que es, junto con la hipofunción colinérgica, uno de los hechos principales de los procesos neuroquímicos de la enfermedad de Alzheimer. Este principio activo no es de reciente investigación, si no que ya lleva 20 años utilizándose en Alemania para ciertas alteraciones del sistema nervioso central entre las que destacan las demencias.

Características de la memantina

	Dosis óptima	Interacciones
Memantina	<ul style="list-style-type: none"> * Inicio gradual hasta llegar a los 20 mg/día * En pacientes con IR (Aclaramiento: 40-60 ml/min): 10 mg/día * En pacientes con IR grave no administrar 	<ul style="list-style-type: none"> • Agonistas dopaminérgicos • Anticolinérgicos • Agentes antiespasmódicos • Diuréticos: hidroclorotiazida • Protectores gástricos: ranitidina y cimetidina <p>Contraindicado con: ketamina, amantadina y dextrometorfano porque actúan sobre el mismo receptor</p>

Terapia para los trastornos psicológicos y del comportamiento (agitación, depresión, manía, insomnio...):

Los trastornos conductuales y las alteraciones psicológicas aumentan en gran medida la incapacidad funcional del paciente con Alzheimer. El tratamiento de estos trastornos es beneficioso tanto en tér-

minos económicos como en años de vida ajustados en calidad. Es importante escoger el fármaco más adecuado, ya que la sobrecarga emocional que generan estos trastornos puede inducir a la utilización de múltiples fármacos, que a su vez pueden contribuir al deterioro funcional, al producir efectos adversos no deseables.

Fármacos de elección para el tratamiento de las principales alteraciones psicológicas y del comportamiento

Síntomas	Fármacos	Eficacia
Delirios	Neurolépticos	Alta
Alucinaciones	Neurolépticos	Alta
Falsos reconocimientos	Neurolépticos	Dudosa
Depresión	Antidepresivos	Alta
Vagabundeo	Neurolépticos	Baja
Cambio de personalidad	No farmacológico	Dudosa
Manía	Carbamacepina Ácido Valproico	Media
Insomnio*	Neurolépticos Clometiazol Trazodona Benzodiacepinas	Media
Conductas inapropiadas	Neurolépticos	Baja
Agitación / agresividad	Neurolépticos Anticonvulsivantes β-bloqueantes	Media
Conductas sexuales inadecuadas	Neurolépticos ISRS Hormonas sexuales	Media

*Iniciar con medidas no farmacológicas como aumentar la actividad física, reducir las siestas, limitar la estimulación sensorial por la noche, reducir o suprimir la ingesta de cafeína por la tarde.

Características de los medicamentos utilizados para los trastornos conductuales y las alteraciones psicológicas:

Neurolépticos:

Estos fármacos pueden mejorar de manera modesta las alucinaciones, la excitabilidad, la hostilidad, la falta de cooperación y la labilidad emocional. La dosis ha de ajustarse al cuadro clínico, al grado de deterioro mental y a la respuesta del paciente, ya que todos estos medicamentos pueden causar como efectos adversos

deterioro cognitivo y reacciones extrapiramidales. Dado que la semivida de estos fármacos es larga, se recomiendan las dosis únicas nocturnas. Aunque, en función del perfil sintomático pueden administrarse dosis repetidas dos o tres veces al día. En principio, la vía oral es la de elección, aunque puede utilizarse la vía intramuscular en caso de urgencia. No se recomienda la utilización de risperidona y olanzapina en ancianos por el riesgo de episodios isquémicos cerebrales en pacientes con demencia.

Características de los neurolépticos

Fármacos	Dosis Inicial	Dosis Máxima	Sedación	Hipotensión	Sínt. Extrapir.	Sínt. antiCol.
Haloperidol	0,5 mg/d	2-5 mg/d	Baja	Baja	Alta	Baja
Risperidona**	0,5 mg/d	4-6 mg/d	Baja	Baja	Media	Baja
Olanzapina*	2,5-5 mg/d	5-10 mg/d	Alta	Alta	Baja	Baja
Levopromazina	10 mg/d	50 mg/d	Muy alta	Muy alta	Baja	Baja

La tioridazida (Meleril) ha sido retirada en el año 2005 por riesgo de reacciones cardíacas graves. Nota informativa de la AGEMED del 18 de enero del 2005.

Sint Extrapir.= Síntomas extrapiramidales

Sint antiCol= Síntomas anticolinérgicos

* La olanzapina puede ser una alternativa al haloperidol cuando aparezcan trastornos extrapiramidales.

* La olanzapina ha demostrado en pacientes mayores de 75 años o con demencia, un riesgo mayor de sufrir episodios cerebrovasculares.

** Sólo se considera favorable la administración de risperidona en pacientes con demencia, en el tratamiento de episodios graves de agresividad o de cuadros psicóticos severos que no respondan a otras medidas y para los que se hayan descartado otras etiologías, manteniendo el tratamiento durante el menor tiempo posible.

Antidepresivos:

La depresión es el síntoma más frecuente en los pacientes con Alzheimer ya que aparece entre un 20-30% de los casos. En la depresión leve la psicoterapia suele ser suficiente.

En caso de no respuesta o en depresiones más importantes se puede administrar un antidepresivo tricíclico o un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). En general, se considera que

presentan una eficacia similar a la que tienen en los pacientes sin demencia. El tratamiento de elección para tratar la depresión en pacientes con enfermedad de Alzheimer son los ISRS ya que los tricíclicos poseen más efectos anticolinérgicos. Existe un consenso para que los IMAO no sean utilizados en este tipo de pacientes por las potenciales interacciones medicamentosas. El tratamiento antidepresivo ha de iniciarse a dosis bajas con el fin de reducir los efectos anticolinérgicos.

Dosis y efectos adversos de los ISRS utilizados en la demencia:

Fármaco	Dosis/día	Efectos anticolinérgicos	Sedación GI	Efectos	Agitación y/o insomnio
Citalopram	20 mg	No	Sí	Ligeros	Mínimos
Fluoxetina	20 mg	No	No	Ligeros	Notable
Fluvoxamina	100 mg	No	Poca	Ligeros	Pocos
Paroxetina	20 mg	Poco	Mínima	Ligeros	Poco
Sertralina	50 mg	No	Mínima	Moderados	Moderado

GI= Gastrointestinales

Ansiolíticos:

Su utilización se hace indispensable en la fase aguda de la ansiedad porque controlan los síntomas de la ansiedad psíquica y somática. Su uso prolongado predispone a la aparición de efectos adversos y a la pérdida de la función cognitiva. La buspirona y los α -bloqueantes son especialmente útiles en la ansiedad somática. En las crisis de pánico también se han utilizado citalopram y sertralina, y en agitaciones severas la trazodona y los neurolepticos.

Benzodiacepinas:

Se recomienda su utilización durante un período de tiempo corto, por lo general inferior a un mes. Las benzodiacepinas de elección son las de semivida corta como el loracepam y el oxacepam o de acción intermedia como el alprazolam.

Las benzodiacepinas presentan una alta tasa de efectos secundarios como ataxia, confusión, sedación excesiva y, en algunos casos, ansiedad paradójica que pueden entorpecer la calidad de vida de los pacientes con EA. En algunos pacientes es frecuente además que bajo estos tratamientos se aumente el riesgo de caídas.

Buspirona:

Es un fármaco bien tolerado, que necesita la administración de varias semanas dos veces al día para alcanzar niveles clínicamente beneficiosos. Puede producir mareos, fatiga y cefaleas. Se inicia a dosis bajas de 5 mg al día en dos tomas, que pueden incrementarse hasta un máximo de 40-60 mg al día. Debe tenerse especial cuidado, si se asocia a ISRS, ya que se ha descrito la aparición del síndrome serotoninérgico.

Anticonvulsivantes:

La carbamacepina y el ácido valproico son efectivos en el tratamiento de la agitación en el paciente con Alzheimer y en las manías asociadas a esta enfermedad.

- La carbamacepina puede administrarse de dos a cuatro veces al día, empezando por una dosis de 100 mg y aumentando las dosis progresivamente hasta el control de los síntomas o hasta que se hayan alcanzado unos niveles en sangre comprendidos entre 8-12 ng/mL. Las dosis de mantenimiento oscilan entre 200-300 mg/día.
- El ácido valproico se pauta a dosis de 125-250 mg al día, repartidos en dos tomas, con incrementos graduales en función de la respuesta clínica o hasta alcanzar concentraciones en sangre de 50-60 ng/mL.

Dosis usuales de benzodiacepinas recomendadas para la EA

Fármaco	Dosis usual /día
Oxacepam	7,5-15 mg
Loracepam	0,5- 1 mg
Alprazolam	0,25-1,5 mg (en dos tomas al día)

Los efectos adversos como la sedación, alteraciones hematológicas, disfunción hepática y alteraciones hidroelectrolíticas son importantes y se manifiestan con más frecuencia en la población anciana.

Trazodona:

A dosis de 50-300 mg al día ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de la agitación en pacientes con demencia. Se inicia el tratamiento a dosis bajas de 25 mg al día, especialmente en la noche y se van aumentando progresivamente hasta un máximo de 100-250 mg al día. Su utilización puede provocar sequedad de boca, hipotensión postural y sedación.

Inductores del sueño:

Si las medidas no farmacológicas han fracasado, se recurre al tratamiento farmacológico con neurolépticos a bajas dosis o con benzodiazepinas de semivida corta. El zolpidem y el clormetiazol también han dado buenos resultados en el tratamiento del insomnio.

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DESDE LA FARMACIA

El Seguimiento Farmacoterapéutico, como cualquier otra actividad sanitaria, necesita ser realizada con la máxima eficiencia estableciendo unos procedimientos de trabajo protocolizados y validados a través de la experiencia, que permitan una evaluación del proceso y, sobre todo, de los resultados. Un método para hacer Seguimiento Farmacoterapéutico es el Método Dáder desarrollado en la Universidad de Granada en el año 2000 y utilizado desde entonces en distintos países por cientos de farmacéuticos asistenciales en miles de pacientes.

Este método se basa en la obtención de la ficha farmacoterapéutica del paciente en las cuales se exponen los problemas de salud que presenta y los medicamentos que utiliza. Obteniendo, en una fecha concreta, un "Estado de Situación". La evaluación crítica de este "Estado de Situación" permite identificar posibles PRM e intervenir con el fin de prevenir o resolver PRM. Este proceso termina con la evaluación de los resultados obtenidos. Por lo tanto en el Seguimiento Farmacoterapéutico es esencial, tal y como recoge el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo del año 2001, identificar, prevenir y resolver PRM.

Los PRM pueden ser por necesidad, efectividad y seguridad entendiéndose que:

- Un medicamento es necesario cuando ha sido prescrito o indicado para un problema de salud concreto que presenta el paciente.
- Un medicamento es inefectivo cuando no alcanza suficientemente los objetivos terapéuticos esperados.
- Un medicamento es inseguro cuando produce o empeora algún problema de salud.

En la presente guía nos hemos propuesto como objetivos introducir y facilitar la fase de estudio necesaria para realizar seguimiento farmacoterapéutico de un paciente con Alzheimer y también acercarse y ayudar a los familiares y cuidadores de estos pacientes para acompañarles a lo largo de todo el recorrido.

Otro de los aspectos a concretar es la posibilidad de que el paciente presente otras comorbilidades que no hay que olvidar y que, obviamente, han de entrar en el proceso global del seguimiento.

NECESIDAD

Aunque la evaluación final de la necesidad de un determinado tratamiento debe realizarla el médico, el farmacéutico debe poder verificar la ausencia de errores en la indicación de los tratamientos y valorar la necesidad de éstos teniendo en cuenta los **objetivos terapéuticos** que en el caso de los pacientes con Alzheimer son:

Dentro del ámbito cognitivo:

- Retardar o estabilizar el deterioro de las funciones cognitivas afectadas.
- Mantener las funciones cognitivas preservadas.

Dentro del ámbito funcional:

- Mejorar y mantener la calidad de vida del paciente y de su entorno más inmediato.

Dentro de los trastornos psicológicos y del comportamiento:

- Detectar de forma precoz los trastornos emocionales y de la conducta
- Considerar cuando estos trastornos requieran medicación

Dentro del estado de salud en general y de la morbilidad asociada:

- Controlar la patología crónica coexistente
- Prevenir los problemas asociados a la progresión de la enfermedad.

Evaluación de la necesidad de tratamiento

Ante la consulta de cualquier persona que indique una pérdida de memoria progresiva, insidiosa, con alteraciones en el habla, en los conocimientos o en la pérdida de habilidades, que nos puedan hacer sospechar de un proceso neurodegenerativo, es importante primero verificar que dicho problema de salud no es consecuencia de un factor desencadenante o de la inseguridad de otro tratamiento. Una vez descartado, es necesario conocer si el paciente presenta criterios de sospecha que recomienden derivar al médico para que valore la necesidad de diagnóstico y, si procede, de tratamiento. El último punto a considerar es la verificación del tratamiento. El farmacéutico, de acuerdo con las recomendaciones terapéuticas basadas en la evidencia, comprobará la idoneidad y efectividad de los tratamientos.

Para la ejecución de estos tres apartados es muy importante resaltar que la función del farmacéutico no es otra que la de implicarse en las tareas de cribado para demencia y que, por tanto, estos puntos no van dirigidos al diagnóstico, sino que sólo son apartados que seleccionan y agrupan a posibles pacientes susceptibles de padecer una demencia. En el caso de que el paciente esté ya en tratamiento, la verificación del mismo pretende cerciorarse de que existe un tratamiento adecuado para cada problema de salud, sin entrar en otras consideraciones como la libertad de prescripción.

Verificar que el problema de salud no proviene de un factor desencadenante o de inseguridad de otro tratamiento.

Control y análisis de factores desencadenantes del deterioro cognitivo:

1. Hipo/Hipertiroidismo
2. Hipoglicemia crónica
3. Hipo/Hiperparatiroidismo
4. Hipo/Hiperfunción de la glándula suprarrenal
5. Porfirias
6. Déficit de Vitamina B (B12) y ácido fólico
7. Alcoholismo
8. Infecciones (es de especial vigilancia en los pacientes inmunodeprimidos y VIH)

Control y análisis de otros tratamientos que puedan ocasionar demencia yatrogénica:

Medicamentos que ocasionan demencia:

Pseudodemencia depresiva Demencia yatrogénica	ISRS: Citalopram, sertralina
	Psicotropos. Antidepresivos tricíclicos*, Benzodiazepinas, Barbitúricos Litio Anticolinérgicos Antihipertensivos: metildopa, reserpina, clonidina, propranolol Anticonvulsivantes: DPH, valproico Digital Antibióticos Antineoplásicos Antidiabéticos orales Diuréticos AINEs Antihistamínicos* Disulfiram Opiáceos ISRS: sertralina, citalopram

En negrita los más importantes

** debido a su efecto anticolinérgico*

En cuanto a los cambios psicosociales y de comportamiento:

Se ha de excluir que los cambios psicosociales o de comportamientos no sean por las siguientes causas:

Control y análisis de factores desencadenantes y medicamentos que puedan explicar los cambios psicosociales y del comportamiento:

- Dolor o disconfort
- Deshidratación
- Síntomas psicóticos
- Infecciones (fiebre)
- Enfermedades crónicas descompensadas (disnea)
- Yatrogenicidad por fármacos
- Delirio
- Desatención

Yatrogenicidad confusional inducida por fármacos:

Fármacos	Posible mecanismo del cuadro confusional
Anticolinérgicos: atropina, buscapina, escopolamina, trihexifenidilo	Anticolinérgico, retención urinaria
Antagonistas H1 y H2	Anticolinérgico mixto
Analgésicos: Narcóticos y AINEs	Mixto; idiosincrásico, alteraciones hidroelectrolíticas con AINEs
Esteroides	Mixto
Antibióticos	Desconocido; gabaminérgico en fluoroquinolonas y penicilinas
Cardiovasculares; digoxina, quinidina, disopiramida, lidocaina, flecainida	Mixto
Diuréticos	Desconocido, retención urinaria y alteraciones electrolíticas
Alfabloqueantes	Retención urinaria
Antiparkinsonianos; L-dopa, amantadina, selegilina, bromocriptina	Mixto
Oxibutinina	Anticolinérgico; retención urinaria
Hipnóticos y sedantes: Benzodiazepinas y barbitúricos	Desconocido; reacciones paradójicas por supresión
Antipsicóticos; clásicos y de nueva generación	Mixto; retención urinaria
Antidepresivos; tricíclicos e ISRS	Mixto y retención urinaria (sobretudo tricíclicos); síndrome serotoninérgico e hiponatremia con ISRS
Anticonvulsivantes; fenitoína, valproico	Desconocido acumulación de amonio

Mixto: anticolinérgico más otro mecanismo potencial

Fuente: Boletín de Información Terapéutica de Navarra 2002; Vol 10. Núm. 1.

Criterios que recomienden derivar al médico para que valore la necesidad de tratamiento

Puede pensarse que un paciente puede padecer algún tipo de demencia con la presencia de los siguientes síntomas esenciales:

1. Pérdida progresiva de memoria.
2. Afectación en al menos otra área de la de función cognitiva:
Alteración en pensamientos abstractos
3. Alteración de la vida social: depresión, ansiedad, agitación, agresividad, vagabundeo.
4. Conciencia conservada (ausencia de delirio)

Alteración en el juicio
Alteración de la visión visuoespacial
Alteración del lenguaje
Apraxia
Agnosia
Cambio de personalidad

Verificación del tratamiento farmacológico:

Tratamientos sintomáticos de elección en la enfermedad de Alzheimer

Formas leves y moderadas de la EA	Medicamentos inhibidores de la acetilcolinesterasa* porque enlentecen el deterioro cognitivo de la enfermedad. <i>Donezepilo, rivastigmina y galantamina.</i>
Formas moderadas y graves	Antagonista del receptor del glutamato porque enlentece el deterioro funcional <i>Memantina</i>

*La tacrina está actualmente en desuso por su hepatotoxicidad

Tratamientos de elección para los trastornos psicológicos y conductuales

Síntomas	Fármacos	Eficacia
Delirios	Neurolépticos	Alta
Alucinaciones	Neurolépticos	Alta
Falsos reconocimientos	Neurolépticos	Dudosa
Depresión	Antidepresivos	Alta
Vagabundeo	Neurolépticos	Baja
Cambio de personalidad	No farmacológico	Dudosa
Insomnio*	Neurolépticos; Clometiazol; Trazodona; Benzodiacepinas	Media
Conductas inapropiadas	Neurolépticos	Baja
Agitación / agresividad	Neurolépticos	Media
Anticonvulsivantes	β-bloqueantes; Benzodiacepinas	
Conductas sexuales inadecuadas	Neurolépticos; ISRS; Hormonas sexuales	Media

EFFECTIVIDAD

Al igual que con la necesidad, la referencia indispensable para evaluar la efectividad de los tratamientos es si se consiguen o no los objetivos terapéuticos, que en la enfermedad de Alzheimer son los siguientes:

Dentro del ámbito cognitivo son:

- Retardar o estabilizar el deterioro de las funciones cognitivas afectadas.
- Mantener las funciones cognitivas preservadas.

Dentro del ámbito funcional es:

- Mejorar y mantener la calidad de vida del paciente y de su entorno más inmediato.

Dentro de los trastornos psicológicos y del comportamiento son:

- Detectar de forma precoz los trastornos emocionales y de la conducta.
- Considerar cuando estos trastornos requieran medicación.

Dentro del estado de salud en general y de la morbilidad asociada son:

- Controlar la patología crónica coexistente.
- Prevenir los problemas asociados a la progresión de la enfermedad.

En caso de que en el paciente no se alcancen los objetivos terapéuticos, es importante asegurarse previamente de que el cumplimiento es correcto o bien aplicando la escala de Morinski-Green en cuidadores y familia o mediante recuento directo de los medicamentos.

En muchas ocasiones existe un *incumplimiento inteligente*, básicamente porque han aparecido reacciones adversas. En otras el incumplimiento es por el olvido asociado a la propia enfermedad. En este caso, valdrían estrategias como la distribución de medicamentos en dosis unitarias semanales y/o

contactar con la familia y/o cuidadores para resolver en los pacientes aún semi-autónomos la manera de que recibieran la medicación siempre a las horas establecidas.

Otro de los aspectos relacionados con el incumplimiento es la dificultad para tragarse las formas sólidas. Muchos pacientes presentan disfagia a sólidos, anorexia y algunos están alimentándose por sonda. En este caso, el farmacéutico puede recomendar la utilización de formas orales líquidas ya comercializadas o de preparación extemporánea. En aquellos casos en los que no estén comercializadas estas formas farmacéuticas alternativas, no queda más remedio que triturar las formas sólidas y mezclarlas con agua o soluciones almibaradas que puedan facilitar la deglución. En el Anexo 6, se muestran algunos fármacos que pueden triturarse y administrarse con agua.

¿Cuándo ha de medirse la efectividad?

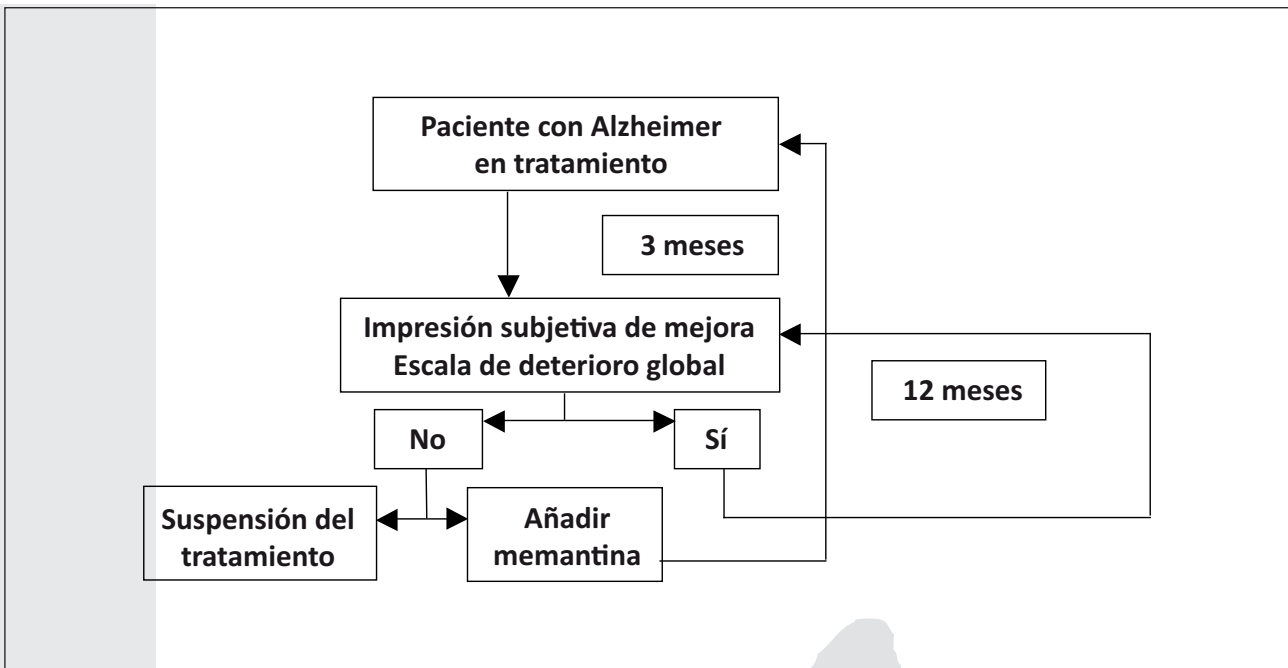
La efectividad de los tratamientos para el deterioro cognitivo se mide cada vez que se reinicia un nuevo tratamiento a los 3 meses y posteriormente las reevaluaciones del mismo se realizan al menos una vez al año. La efectividad de los tratamientos en los trastornos de personalidad y de conducta se miden después de iniciar el tratamiento y en general, se considera que estos tratamientos alcanzan su efectividad máxima al mes de haberlos iniciado.

¿Cómo se mide la efectividad?

- Escalas de deterioro global: GDS-FAST
- Impresión subjetiva de mejora.

Si la evolución clínica es negativa, puede o bien suspenderse el tratamiento o bien añadir la memantina.

Medida de la efectividad de los tratamientos para combatir el deterioro cognitivo



Criterios de suspensión de los tratamientos:

Se considera que un paciente no se beneficia de los tratamientos para el deterioro cognitivo si existe:

- Empeoramiento del paciente (sólo en demencia grave).
- Reacciones adversas graves a los medicamentos.
- Presencia de patología que contraindique los tratamientos o empeoramiento de los mismos.
- Ausencia de respuesta a la medicación a los 18 meses.

SEGURIDAD

En estos pacientes es especialmente importante evaluar la seguridad de los tratamientos, ya que son frecuentes las reacciones adversas a nivel de sistema nervioso central y son difíciles de imputar a un medicamento porque el conjunto de signos y síntomas de la demencia pueden enmascararlos. En este sentido, es necesario contar con la ayuda de los familiares y cuidadores, insistiendo en la necesidad de que observen, apunten y notifiquen cualquier cambio físico y psíquico que aparezca en el paciente después de instaurar cualquier tratamiento. Por parte del farmacéutico, el control y evaluación de la seguridad ha de realizarse en dos etapas sucesivas:

- a. Antes de que se instauren los tratamientos: Ha de verificarse que el nuevo tratamiento no presenta, "a priori" ningún riesgo de seguridad añadido. Para ello se han de estudiar las contraindicaciones e interacciones clínicamente significativas y valorar las precauciones en cada paciente considerando que la posología ha de ajustarse a la condición clínica y física de éste. Las dosis de los medicamentos deben pautarse con frecuencia según el peso, el estado nutricional y, por supuesto, la funcionalidad hepática y renal. Se recomienda iniciar los tratamientos a dosis bajas e incrementarlas paulatinamente en función de la tolerancia.
- b. Después de que se instauren los tratamientos: Ha de evaluarse periódicamente (cada mes) la posibilidad de que aparezcan reacciones adversas, para ello es importante conocer el perfil de seguridad de los medicamentos y realizar un protocolo de vigilancia intensiva sobre la aparición de los mismos. Para ello en las siguientes tablas se muestran el perfil de seguridad, así como las precauciones y contraindicaciones de los fármacos que se utilizan para combatir el deterioro cognitivo y para tratar las alteraciones psicológicas y del comportamiento.

Efectos adversos, precauciones y contraindicaciones de los medicamentos para el Alzheimer

	Contraindicaciones	Efectos adversos
Tacrina	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones cardiovasculares • Asma o EPOC • Hipertiroidismo • Hipotiroidismo • Obstrucción urinaria • Hipertrofia prostática benigna • Insuficiencia hepática activa • Ictericia • Úlcera péptica <p>Precauciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia 	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiovasculares • Digestivos: náuseas, vómitos, distensión abdominal • Incontinencia urinaria • Elevación de las transaminasas • Mareos, confusión, ataxia, insomnio, temblores, depresión, ansiedad • Algias osteoarticulares • Rinitis • Púrpura • Hepatotoxicidad
Donezepilo	<ul style="list-style-type: none"> • Arritmias cardíacas • Cuadros sincopales <p>Precauciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia • EPOC • Asma • Úlcera y pacientes con AINEs • Hipertrofia prostática benigna 	<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas • Diarreas • Arritmias • Síncope, hipertensión • Anorexia, vómitos, pérdida de peso • Aumento frecuencia urinaria
Rivastigmina	<ul style="list-style-type: none"> • Asma • EPOC <p>Precauciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Úlcera péptica o pacientes con AINEs • Arritmia - bradicardia • Epilepsia 	<ul style="list-style-type: none"> • Vértigo • Cefaleas • Náuseas • Diarreas • Vómitos • Síncope • Hipertensión • Dispepsia
Galantamina	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia hepática • Insuficiencia renal grave <p>Precauciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arritmias - Bradicardia • EPOC • Asma • Úlcera • Hipertrofia prostática benigna 	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas • Vómitos • Diarrea • Bradicardia, síncope, hipertensión, arritmias • Fatiga, anorexia • Anemia • Rinitis
	Contraindicaciones	Precauciones
Memantina	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia renal • Fármacos que alcalinicen la orina • Nunca con Dextrometorfano, Ketamina o Amantadina 	<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento • Cefaleas • Vértigo • Dolor • Alucinaciones • Confusión • Vértigo Cansancio

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Perfil de seguridad, contraindicaciones y precauciones de los medicamentos para el tratamiento de los trastornos psicológicos y del comportamiento

Fármacos	Contraindicaciones	Efectos adversos
Neurolépticos	<ul style="list-style-type: none"> • Es desaconsejable la administración sistemática de fármacos correctores de los síntomas extrapiramidales como el biperideno por su elevada acción anticolinérgica • Precaución con otros agentes depresores del SNC 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas extrapiramidales • Las disquinesias tardías (1/3 de los pacientes) son más frecuentes en las formas retard de la medicación • Sedación • Hipotensión ortostática (inicio del tratamiento) • Confusión, delirio, empeoramiento del estado cognitivo. • Efectos anticolinérgicos; sequedad de boca, estreñimiento. • Síndrome neuroléptico maligno.
Benzodiacepinas	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con glaucoma ángulo cerrado • Síndrome de la apnea del sueño • Insuficiencia respiratoria aguda 	<ul style="list-style-type: none"> • Ataxia, confusión, sedación excesiva, ansiedad paradójica
Buspirona	<p>No administrar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zumo de pomelo • IMAOs • Otros depresores del SNC <p>Contraindicado en pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IR grave • IH grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas, mareos, fatiga
Anticonvulsivantes Carbamacepina Ác. Valproico	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión de la médula ósea • En pacientes con IMAOs • IH grave • La carbamacepina es un activador citocromo p450 • El valproico es un inhibidor citocromo p450 	<ul style="list-style-type: none"> • Sedación, alteraciones hematológicas, disfunción hepática, alteraciones electrolíticas
Beta-bloqueantes	<ul style="list-style-type: none"> • EPOC, asma, shock cardiogénico, bloqueo aurículo-ventricular, bradicardia sinusal, ICC severa <p>Precaución:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes, hiperparatiroidismo, miastenia, enfermedad vascular periférica e IR 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión, bradicardia, síndrome confusional
Trazodona	<p>Precauciones en pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arritmias • Medicamentos antihipertensivos (se requiere disminuir dosis de antihipertensivo) • Con acenocumarol (porque altera el tiempo de protrombina) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión postural, sedación, sequedad de boca y priapismo
ISRS	<ul style="list-style-type: none"> • IMAOs • Tioridazina <p>Precauciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con epilepsia • Pacientes descoagulados • Pacientes con diuréticos (riesgo de hiponatremia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas, náuseas e insomnio

IMAOs: Inhibidores de la monoaminooxidasa. SNC: Sistema Nervioso Central. IR: Insuficiencia Renal. IH: Insuficiencia hepática. ICC: Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

EDUCACIÓN SANITARIA: CONSEJOS PARA LA FAMILIA Y EL CUIDADOR

REFERENTE A LOS PACIENTES:

Consejos generales para realizar las actividades de la vida diaria

Higiene personal

La persona con la EA puede olvidarse de las tareas relacionadas con la higiene o considerarlo no necesario o haberse olvidado de cómo hacerlo. En esta situación es importante respetar la dignidad de la persona al ofrecerle ayuda.

Consejos:

1. Mantener la rutina anterior de la persona en todo lo que sea posible (baño o ducha, horario, tipo de jabón o gel, etc).
2. Tratar de que el baño sea un momento de placer y relajamiento.
3. La ducha puede ser más sencilla que un baño de inmersión, pero si la persona no estaba acostumbrada a la ducha, puede resultarle molesta.
4. Si se resiste al baño, hay que probar más tarde cuando esté de buen humor.
5. Permitir que la persona se arregle sola todo lo que pueda.
6. Si la persona se siente incómoda, puede ser útil no desnudarla totalmente. Hágalo por partes.
7. Tenga muy en cuenta la seguridad para prevenir accidentes. Utilizar barras asidero, alfombras antideslizantes, una silla extra
8. Si el baño es motivo de conflicto, lavar de pie puede dar buen resultado.
9. Si el cuidador habitual tiene problemas con el baño de la persona, intentar sustituirlo por otro.

El vestido: La persona con la EA a menudo se olvida de cómo vestirse y puede no reconocer la necesidad de cambiarse de ropa. A veces aparece en público con ropas no adecuadas.

Consejos:

1. La ropa debe entregársela al paciente en el orden en que debe ponérsela.
2. Evitar ropas con cierres complicados.
3. Procurar que la persona se valga por sí misma para vestirse en la medida de lo posible.
4. Darle las indicaciones que sean necesarias.
5. Utilizar zapatos con suela de goma anti-deslizante. Tenga en cuenta que una caída puede ocasionar consecuencias imprevisibles.

Uso del inodoro e incontinencia: La persona enferma de Alzheimer puede perder la noción de cuándo ir al baño, dónde se encuentra el inodoro o cómo usarlo.

Consejos:

1. Utilizar una rutina para ir al baño siempre a las mismas horas.
2. Poner un cartel en la puerta del baño con letras grandes y brillantes.
3. No permitir que el paciente cierre la puerta con pestillo. Es posible que pueda necesitar ayuda.
4. Asegurarse de que las prendas interiores sean fáciles de quitar.
5. Disminuir la ingesta de líquidos por la noche.
6. Tener un orinal o una cuña cerca de la cama puede ser útil.
7. Si aún así el paciente muestra incontinencia utilizar pañales especiales, pero teniendo en cuenta que el paciente con Alzheimer puede escocerse o ulcerarse.

Las comidas: Las personas con demencia a menudo se olvidan de si ya comieron o cómo usar los cubiertos. En las últimas etapas de la enfermedad, la persona con la EA tendrá que ser alimentada. Aparecerán algunos problemas físicos tales como el no poder masticar bien o tragar.

Consejos:

1. Será necesario recordar a la persona cómo comer.
2. Servir comida que pueda comerse con la mano.
3. Cortar la comida en pequeños trozos. En las últimas etapas de la enfermedad es preferible el uso de papillas o purés para evitar que el paciente se atragante.
4. Obligarle a comer despacio.
5. Tener en cuenta que el paciente puede no distinguir entre frío o calor y puede quemarse la boca si se le sirven los alimentos demasiado calientes.

Las actividades domésticas: Una persona con la EA en las últimas etapas puede perder la habilidad para cocinar, hacer la cama u otras tareas domésticas. La falta de coordinación física puede ocasionar cortes, quemaduras u otros accidentes. Tampoco es conveniente que una persona con Alzheimer, aunque sea en sus primeras fases, conduzca un vehículo.

Consejos:

1. Evaluar en qué medida la persona puede utilizar la cocina. Si todavía tiene facultades, es preferible disfrutar de la cocina como una actividad compartida.
2. Tener instalaciones de seguridad (por ejemplo no utilizar el gas para cocinar por el peligro de dejarse un quemador abierto).
3. Retirar utensilios afilados o punzantes.
4. Retirar productos de limpieza cáusticos o tóxicos.
5. Comprobar que el enfermo coma suficiente alimento nutritivo.

6. Convencerle de la utilidad de tomar el transporte público.
7. Si el paciente insiste en conducir será necesario consultar con el médico o con las autoridades pertinentes.

Dificultades al dormir: La persona con la EA puede estar inquieta durante la noche y molestar a la familia; éste puede ser uno de los problemas más agotadores que tenga un cuidador.

Consejos:

1. Procurar que el enfermo no duerma durante el día.
2. Persuadirle para que haga largas caminatas y aumente la actividad física durante el día.
3. Asegurarse de que se encuentre lo más cómodo posible en la cama, en una habitación a una temperatura adecuada y una ropa para dormir cómoda y fácil de quitar.

Comportamiento repetitivo y acoso: La persona con la enfermedad de Alzheimer suele olvidar lo que dijo de un momento para otro, repitiendo la pregunta y las acciones una y otra vez. La persona con demencia puede ser muy dependiente y seguirle a todos lados, lo que suele ser frustrante para el cuidador. Este comportamiento se debe a que el paciente se siente inseguro y teme que el cuidador se marche.

Consejos:

1. Distraer a la persona enferma con algo distinto para ver, oír o hacer.
2. Escribir la respuesta a las preguntas más frecuentes.
3. Procurar que se entretenga con algo cuando el cuidador no está. Eventualmente, puede necesitar un segundo cuidador para relevar al primero.

Mal humor y comportamiento destemplado: La persona con la enfermedad de Alzheimer suele olvidar dónde ha puesto los objetos, acusando al cuidador o a otros miembros de la familia de sustraer los objetos perdidos. Estos comportamientos son debidos a la inseguridad del paciente, combinados con la pérdida de control y de la memoria. Es común que la persona Alzheimer experimente falsas ilusiones y alucinaciones ocasionándole comportamientos angustiosos. A menudo, la persona podrá estar enojada, agresiva o violenta. Puede deberse a muchas razones como la pérdida de control social y discernimiento, pérdida de la habilidad para expresar sin violencia sus sentimientos negativos y pérdida de la habilidad para entender las acciones y las habilidades de otros. Para un cuidador ésta es una de las cosas más difíciles de manejar.

Consejos:

1. Investigar si la persona tiene un(os) escondite(s) favorito(s).

2. Tener copias de los objetos más importantes (como por ej. las llaves).
3. Revisar los cubos de la basura antes de vaciarlos.
4. No discutir con el paciente sobre la veracidad de lo que ha visto u oído.
5. Cuando la persona está asustada tratar de calmarla hablándole con suavidad y cogiéndole de la mano.
6. Distraer a la persona con alucinaciones mostrándole algo real en la habitación.
7. Consultar al médico o al farmacéutico sobre la medicación que está tomando, eso puede contribuir al problema.
8. Si la persona se muestra agresiva, mantener la calma, tratando de no mostrar miedo o alarma.
9. Desviar la atención de la persona de lo que le originó el comportamiento agresivo.
10. A veces es interesante concederle al paciente una habitación mayor.
11. Averiguar el motivo de la reacción agresiva y tratar de evitarlo en el futuro.
12. Si la violencia ocurre a menudo, consultar al médico o al farmacéutico solicitando ayuda para manejar la situación.

Comportamiento sexual: La enfermedad de Alzheimer no afecta a las relaciones sexuales, pero la actitud de la persona puede alterarse. Abrazarla cariñosamente puede ser mutuamente satisfactorio y le dará la pauta de si la persona quiere o es capaz de intimar más. Para algunas parejas la intimidad sexual sigue siendo una parte satisfactoria de su relación, pero en ocasiones puede ocurrir lo contrario. La persona puede demandar sexo excesivamente o comportarse con su pareja de forma inadecuada. Cuando esto ocurre, puede afectar psicológicamente a la pareja que puede desear o necesitar dormir de forma separada. En sus fases más avanzadas los pacientes con la EA pueden presentar un comportamiento sexual inadecuado, pero no es común. Puede desnudarse en público, acariciar sus genitales o tocar a otra persona de forma inadecuada.

Consejos:

1. Quitarle importancia al hecho.
2. Tratar de distraer a la persona con otra actividad.
3. Si la persona se desnuda, amablemente recriminar este comportamiento y tratar de distraerla.

Depresión y ansiedad: Es frecuente que la persona con la EA pueda experimentar depresión, tristeza y hable y piense lentamente. La depresión puede quitarle interés hacia la comida y otras actividades.

Consejos:

1. Consultar con el médico. Es posible que le prescriba algún antidepresivo o remita el paciente al psiquiatra.
2. Darle más apoyo y cariño.

3. Tener en cuenta que la depresión puede ser duradera y no esperar que salga en seguida de la misma.

Desorientación: La desorientación y la posibilidad de perderse pueden ser un problema preocupante para el cuidador. La persona enferma puede deambular por la casa o salir y vagar por el barrio. Si esto ocurre, puede que no sepa volver a casa.

Consejos:

1. Asegurarse de que el paciente lleva consigo alguna identificación en forma de un brazalete o chapa identificativa.
2. Procurar que lleve siempre en el bolso o en el bolsillo tarjetas con los nombres de las calles más próximas al domicilio y un pequeño plano.
3. Cerciorarse de que la casa es segura y de que la persona no puede salir sin el conocimiento del cuidador.
4. Si el paciente se pierde, cuando aparezca, evitar demostrar enfado y hablarle pausadamente con mucho cariño.

Visitas al médico: Es importante que la persona que padece la enfermedad de Alzheimer reciba atención médica regularmente.

Consejos:

1. Trate de programar la cita para la hora del día en que mejor se sienta la persona.
2. Informe al personal del consultorio que ésta es una persona confundida, pregunte en el consultorio si hay algo que ellos puedan hacer para que la visita sea más fácil.
3. No le cuente a la persona sobre la cita hasta el día de la visita o incluso poco tiempo antes de ir. Dé una impresión positiva y firme.

CONSEJOS PARA LOS CUIDADORES Y FAMILIARES

No es fácil cuidar de una persona que sufre una demencia. Los cuidadores deben tomar en cuenta que no son “superseres” y que son humanos. El cuidador puede sentirse triste, desalentado, frustrado, enojado o atrapado. Estos sentimientos son todos normales y pueden manejarse de manera positiva.

Los cuidadores deben cuidar de sí mismos así como de la persona con demencia. Está bien pedir y aceptar ayuda. Existen varias fuentes de ayuda e información, ambos dentro y fuera de la familia.

¡Tome un Descanso! Es esencial que se tome un descanso regular de la rutina de cuidado. Esto permite al cuidador descansar física y emocionalmente. Es tan importante para la salud como lo son la dieta y el ejercicio y esto no constituye egoísmo.

Alejarse, tomarse unas “vacaciones”, beneficia tanto al cuidador como a la persona con deficiencias. Considere utilizar a miembros de la familia,

amigos, o estudiantes para obtener ayuda y para tomarse un descanso. El tomarse un descanso generalmente requiere franqueza. Puede que los miembros de la familia y otras personas que no están directamente involucradas en el cuidado del paciente demente no se den cuenta de las demandas a las que se enfrenta el cuidado.

Algunos programas residenciales pueden también ofrecer una atención diurna para adultos y estancias cortas para ancianos. Lo ideal sería que una persona acudiera de manera intermitente al domicilio e hiciera una o dos visitas previas para conocer al enfermo mientras el cuidador permanente está presente. Se debe proporcionar la siguiente información a proveedores de cuidado intermitente:

- Números de teléfono para emergencias.
- Cómo localizar al cuidador.
- Tiempo estimado para el regreso del cuidador.
- Instrucciones especiales para cuidar de la persona con deficiencias y cómo manejar comportamiento problemático.

Sea honesto/a con respecto a los problemas –tarde o temprano– un cuidador suplente se enfrentará a un comportamiento problemático.

Mantenga sus relaciones importantes. Los cuidadores pueden fácilmente aislarse debido a su responsabilidad. Es importante que fortifiquen relaciones en las fases iniciales de la enfermedad. La familia y amistades pueden ser una fuente de gran consuelo, ayuda y placer.

Un grupo de apoyo puede servir de ayuda. Los grupos de apoyo para familias de pacientes con enfermedad de Alzheimer pueden ser una fuente tremenda de comprensión, recursos, e información. Para conseguir información sobre los grupos de apoyo en su área póngase en contacto con una de las Asociaciones de Alzheimer más próximas a su domicilio.

Obtenga más información sobre la enfermedad de Alzheimer. Si se ha diagnosticado una demencia, todas las personas involucradas se beneficiarán de saber lo más posible sobre la enfermedad. Saber lo que se debe esperar y cómo lidiar con los cambios en el comportamiento ayuda a la familia, a los amigos y a los cuidadores a comprender y aceptar a la persona, a planear para el futuro y a fijar expectativas realistas. Las expectativas poco realistas aumentan la ansiedad y la agitación en la persona y la tensión en el cuidador.

Mantenga su dedicación en forma realista. Los cuidadores necesitan considerar lo que es mejor para ellos y para la familia, como también lo que es mejor para la persona con memoria deficiente. Casi todos han hecho una promesa cargada de emoción, basa-

dos en un futuro incierto. No debe excluirse NUNCA la posibilidad de INSTITUCIONALIZAR al paciente. Puede llegar el momento en que el cuidado de esta persona lo requiera.

Haga algo grato para sí mismo/a. Satisfacer ocasionalmente sus propios deseos puede proporcionarle una ayuda extraordinaria para lidiar con la tensión. Otras actividades sencillas pero gratas pueden ser simplemente conversar con un amigo o leer un libro.

Reconozca las señales de alerta de tensión y déjese aconsejar. Cada persona tiene su forma de responder a la tensión y a los problemas. Lo que es una respuesta sana de una persona puede ser malsano para otra.

El cuidador debe preguntarse:

1. ¿Me siento triste o deprimido/a porque no estoy actuando como debiera?
2. ¿Me despierto repetidamente por la noche debido a preocupaciones?
3. ¿Estoy bajando de peso?
4. ¿Me siento abrumado/a la mayor parte del tiempo?
5. ¿Me siento terriblemente aislado/a y sólo/a con mi problema?
6. ¿Estoy bebiendo demasiado?
7. ¿Estoy perdiendo control de mis emociones?

Si la respuesta a alguna de estas preguntas es "sí", el cuidador podría estar sobrellevando una carga

demasiado pesada. La rabia y la frustración son normales cuando se cuida a una persona de comportamiento difícil. Existen personas y grupos que pueden ayudar. Comuníquese con una de las organizaciones de Alzheimer.

FAMILIARES NO INVOLUCRADOS EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON ALZHEIMER: LAS VISITAS

Las visitas son importantes para las personas que padecen de la EA, ya que estos pacientes no siempre pueden recordar quienes son las personas que los visitan, pero tan sólo el contacto humano es valioso.

Consejos:

1. Planee la visita para la hora del día en la que la persona se sienta mejor. Piense llevar algo para realizar alguna actividad, como un álbum de fotos, aunque no lo use durante la visita.
2. Manténgase sosegado y calmado. Evite usar un tono fuerte o hablarle como si fuera un niño. Respete su espacio personal.
3. Procure establecer contacto visual y llame a la persona por su nombre para conseguir su atención.
4. Si la persona está confundida, no discuta y distráigala con un tema diferente.
5. Si la persona no le reconoce, es dura con usted o responde de manera disgustada, no lo tome mal. La persona está reaccionando así porque está confundida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barquero MS, Payno MA. Demencias: concepto y clasificación.p: 1-15. En : Alzheimer 2001: Teoría y práctica .Martínez Lage JM, Robles Bayon A, Editores. Aula Médica Ediciones. 2001. Madrid.
2. Lobo A, Saz P, Marcos G, Roy JF. El estado del proyecto EURODEM; Epidemiología de las demencias en Europa. pp: 13-20. En:Alzheimer 2003. Qué hay de nuevo Martínez Lage JM, Pasqual Millán LF, Editores. Aula Médica Ediciones. 2003. Madrid.
3. Boada M, Peña-Casanova J, Bermejo F. Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España. Med Clin 1999;113:690-695
4. Launer LJ, Hofman A. Frequency and impact of neurologic diseases in the elderly of Europe: a collaborative study of population-based cohorts. Neurology 2000;54(Supl.5):S1-S3
5. Fratiglioni L, Launer LJ, Andersen K. Incidence of dementia and major subtypes in Europe; a collaborative study of population based cohorts. Neurology 2000;54 (supl 5):S10-S15
6. Martínez Lage JM, Moya M. Factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer pp: 33-58. En:Alzheimer 2003. Qué hay de nuevo Martínez Lage JM, Pasqual Millán LF, Editores. Aula Médica Ediciones. 2003. Madrid.
7. ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra: WHO.1992
8. Martín M, Carrión JL. Tratamientos psicofarmacológicos y conductuales de las demencias. Boletín de Información terapéutica de Navarra. Vol 10, N.1. Marzo 2002
9. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT. Mental and behavioural disturbances in dementia: Findings from the Cache county study on memory in aging. Am J Psychiatr 2000;157:708-714
10. Folstein MF; Folstein SE, McHugh PR. " Mini Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189- 198
11. Lobo A, Ezquerro J. El " Mini Examen cognoscitivo", un test sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiátricos. Rev Psiq Psicol. Med 1980;539-575
12. American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 edición. Washington DC. 1994
13. Boada M. Protocol per al tractament de la malaltia de L' Alzheimer. Societat Catalana de Neurologia. 2004
14. Rotrou J, La Tete en pleine forme: Tout ce qu'il faut pour améliorer vos capacités mentales. Paris. Ed Robert Laffont 2002.
15. Frances I, Barandiaran M, Marcellan T, Moreno L. Estimulación psicocognitiva en las demencias. An Sist Sanit Navar 2003;26. N.3 (Set-Dic)
16. Boada Rovira M. Estrategias terapéuticas en la enfermedad de Alzheimer concepto "Ad Continuum". First International Congress on Neuropsychology in Internet.
17. Evidencia Clínica: la fuente internacional de la mejor evidencia disponible para una atención efectiva en Salud. Editorial Legis SA. Bogotá. 2002
18. Anónimo. Malaltia d'Alzheimer. Butlletí d'Informació Terapèutica.Vol 13. N.5. 2001
19. Anónimo. Guidelines for Alzheimer's disease management. National Guideline Clearinghouse. 2002
20. Prodigy Guidance.- Alzheimer disease-drug treatments. January 2002. <http://www.nice.org.uk>
21. Gaspar i Caro MJ, Alay Romero M. Memantina en la malaltia d' Alzheimer. Butlletí d' Informació Terapèutica. Vol 15. N 9. 2003.
22. Bartus RT,Dean RI, Beer B, Lippa AS: The cholinergic hypothesis of geriatric memory function. Science 1982;217:408-414
23. Flicker L. Acetylcholinesterase inhibition for Alzheimer disease (editorial). BMJ 1999;318:615-616
24. Martínez C. Elección de Fármacos pp: 227- 235 en:Martínez Lage JM, Berthier Torres M. Alzheimer 2002. Teoría y práctica. Aula Médica Ediciones 2002. Madrid
25. Brañas Baztan F, Serra Rexach JA. Orientación y tratamiento del anciano con demencia. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2002;26. N.3.
26. García AG. Memantina para la demencia. Noticias Médicas 2003;38:13-14
27. Risperidona: Riesgo de episodios isquémicos cerebrales en pacientes con demencia. Nota informativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 10 de mayo 2004.
28. Olanzapina: Riesgo de episodios isquémicos cerebrales en pacientes ancianos. Nota informativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nota 3. 2004
29. Berthier.ML. Tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer.pp:237-247 en: Alzheimer 2002. teoría y práctica. Martínez Lage JM, Berthier Torres M, Editores. Aula Médica Ediciones. 2002. Madrid
30. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre atención farmacéutica. Madrid. Diciembre 2000.
31. Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Granada: GIAF;2003. Disponible: <http://www.giaf.ugr.org>
32. Panel de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Ars Pharmaceutica 2002;43:175-184.
33. Midon J. Comorbilidad geriátrica que dificulta el diagnóstico pp:223-237. En: Alzheimer 2003: qué hay de nuevo. Martínez Lage JM, Pasqual Millán LF, Editores. Aula Médica Ediciones. 2003. Madrid
34. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 1982;139:1136-1139
35. Reisberg B, Ferris SH, Brief Cognitive rating Scale (BCRS).Psychopharmacol Bull 1988;24:629-636
36. Reisberg B. Functional Assessment Staging Fast. Psychopharmacol Bull 1988;24:653- 659
37. Guía para quienes cuidan personas con la enfermedad de Alzheimer. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. NIH n. 01-4013S. Agosto 2002.

Comité De Redacción de "The Pharmaceutical Letter":

·Miquel Aguiló (FCC) ·Manel Ballester (Cardiólogo) ·Javier Baquero Portero (FCC) ·Josep Barrio (Infectólogo) ·Salvador Benito (Intensivista) ·Xavier Bonafont (FCH) ·M^a José Cabañas (FCH) ·Neus Caelles (FCC) ·Joana Cardenete (FCH) ·Daniel Cardonal (FCH) ·Isabel Castro (FCH) ·Anna Clopés (FCH) ·Alfonso Domínguez-Gil (Catedrático Universidad Salamanca) ·Anna Feliu (FCH) ·Benet Fité (FCC) ·Jordi Foncuberta (Hematólogo) ·Núria Fonts (FCH) ·Miquel Franco (Internista) ·Milagros García (FCH) ·Francisco García Cebrián (FCC) ·Noé Garín (FCH) ·Pilar Gascón (FCC) ·Paloma Gastelurrutia (FCH) ·M^a Rosa Güell (Neumólogo) ·Francesc Jané (Farmatólogo Clínico) ·Rosa Jordana (FCC) ·Ana Juanes (FCH) ·M^a Goretti López (FCH) ·Manuel Machuca González (FCC) ·M^a Antonia Mangues (FCH) ·Francisco Martínez (FCC) ·Montse Masip (FCH) ·Lluís Mendarte (FCH) ·Josep Monerterde (FCH) ·M^a Estela Moreno Martínez (FCH) ·Marta Mullera (FCH) ·Mónica Ponsirenas (FCH) ·Jan T. de Proucq (FCH) ·Ainhoa R. (FCH) ·Margarita Ramoneda (FCC) ·Mireia Riba (FCH) ·Gemma Rodríguez Trigo (Neumóloga) ·Amelia Romero (FCH) ·Nuria Sabaté (FCH) ·Joaquim Sanchis (Neumólogo) ·Amparo Santamaría (Hematóloga) ·Angel Sanz Granda (Consultor Farmacoeconomía) ·Daniel Serrano (FCH) ·Martha Milena Silva-Castro (FCC) ·Laura Tuneu (FCH) ·Guillermo Vázquez (Internista e Intensivista) (FCH) Farmatólogo Clínico Hospitalario. (FCC) Farmacéutico Clínico Comunitario.



DICAF, S.L.

Información y suscripciones:

DICAF, S.L. - C/ Rabassa, 41, - 08024 BARCELONA
Tel. 93 211 30 93 - Fax 93 212 38 11 - E-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>

Edita:	The Pharmaceutical Letter - DICAF, S.L. C/ Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
ISSN:	1575-3611 - N.I.F.: B-61640439
Depósito legal:	GI-557/1999

Impres a Graficbisbal, s.l.l. (GISGRAF, La Bisbal)