

Guía práctica de la enfermedad de Alzheimer



**Guía práctica
de la
enfermedad
de Alzheimer**

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Relaciones Internas

Guía práctica de la enfermedad de Alzheimer

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
SECRETARÍA GENERAL
Madrid, 1996

Han elaborado este documento:

Dra. Elena F. L. de Ochoa. Profesora Titular de Psicopatología U. Complutense.

Almudena Hdez.-Coronado Carpio. Universidad Complutense.

David Losada Pérez. Universidad Complutense.

Rosa María Martínez Bonilla. Universidad Complutense.

Manuel Nevado Rey. Universidad Complutense.

Con la colaboración de:

A.F.A.L. (Asociación de Familiares de Alzheimer de la Comunidad de Madrid)

Diseño cubierta: Enrique Sánchez-Maroto Moraleda



*Edita: Instituto Nacional de la Salud
Secretaría General
Servicio de Documentación y Publicaciones
Alcalá, 56
28014 Madrid*

Depósito legal: M. 26.431-1996

ISBN: 84-351-0222-X

NIPO: 352-96-044-8

N.º Publ. INSALUD: 1.684

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: UNA GUÍA PRÁCTICA

Esta guía proporciona información básica que permite el reconocimiento de la Enfermedad de Alzheimer. Asimismo, los datos que aporta esta guía pueden servir como punto de referencia para el asesoramiento que lleven a cabo los profesionales de la salud en su práctica clínica diaria.

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
1. BREVE HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	9
2. ALGUNOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	11
3. FACTORES DE RIESGO: HERENCIA, TRAUMATISMO CEREBRAL, SEXO Y EDAD	13
4. CLASIFICACIONES ACTUALES DE LA DEMENCIA Y DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	15
5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CURSO Y ESTADÍOS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	21
6. LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	27
7. ANATOMÍA PATOLÓGICA: CAMBIOS NEUROPATOLÓGICOS OBSERVABLES	31
8. ¿EXISTE TRATAMIENTO?	33
9. CUIDADOS RECOMENDABLES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	37
10. ASPECTOS LEGALES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	41
11. RECURSOS SANITARIOS, SOCIALES Y ASOCIACIONES	43
12. DIRECCIONES DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER EN ESPAÑA	45
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

1. BREVE HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

En 1907, el neuropatólogo Alois Alzheimer describió una posible entidad clínica que posteriormente se denominaría Enfermedad de Alzheimer.

La Enfermedad de Alzheimer fue definida entonces como una Demencia de inicio precoz caracterizada por una atrofia cerebral y un excesivo número de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas localizadas en el cortex cerebral.

A grandes rasgos, la Enfermedad de Alzheimer presenta las siguientes características clínicas:

1. Olvido de episodios recientes.
2. Memoria adecuada de situaciones ocurridas mucho tiempo atrás.
3. Deterioro global y progresivo de la facultad intelectual, emocional y cognitiva, hasta llegar a un estado de conciencia permanentemente alterada.

La Enfermedad de Alzheimer se consideró una entidad neuropatológica poco frecuente hasta mediados de 1960. Desde entonces, el número de personas que padecen la Enfermedad de Alzheimer se ha incrementado, siendo hoy en día reconocida como una de las enfermedades más comunes y con mayores costes económicos de este final de siglo.

Glosario:

- **Atrofia cerebral:** Deterioro de los neurotransmisores y del metabolismo neuronal.
- **Ovillos neurofibrilares:** Cúmulo de fibras de neuronas muertas entrelazadas.
- **Placas neuríticas:** Acumulación de proteínas anómalas en el cerebro.
- **Cortex cerebral:** Zona más exterior y evolucionada del cerebro donde se localizan las funciones superiores y esenciales del ser humano.

2. ALGUNOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

La Enfermedad de Alzheimer es la enfermedad más frecuente en las personas mayores de 65 años.

El 60-70% de los casos de Enfermedad de Alzheimer es de inicio tardío, aunque en el 30-40% de los casos aparece antes de los 65 años.

Es muy rara la aparición de la Enfermedad de Alzheimer en personas menores de 40 años, si bien hay casos descritos en la literatura científica.

En España están diagnosticados aproximadamente de 300.000 a 350.000 enfermos de Alzheimer; en Europa alrededor de tres millones; y en Estados Unidos unos cuatro millones. Se calcula que hay un enfermo en una de cada cuatro familias españolas, y se prevé que se duplicará la prevalencia en el año 2020.

EDAD	PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
60-65 años	1%
65-70 años	2%
70-75 años	4%
75-80 años	8%
80-85 años	16%
85 ó más años	30%

Glosario:

- **Epidemiología:** Datos estadísticos realizados sobre una enfermedad.
- **Prevalencia:** Proporción de enfermos acumulados en un período de tiempo.

3. FACTORES DE RIESGO: HERENCIA, TRAUMATISMO CEREBRAL, SEXO Y EDAD

Herencia:

Una de las principales preocupaciones de las familias con miembros diagnosticados de Enfermedad de Alzheimer es saber si la Enfermedad de Alzheimer es hereditaria.

Desafortunadamente, en muchos casos, la información disponible no permite responder con certeza a esta cuestión.

En algunas familias con al menos la mitad de los miembros de cada generación afectada, la Enfermedad de Alzheimer se hereda debido a la presencia de un gen dominante.

En una familia en la que haya dos generaciones consecutivas con miembros afectados, principalmente de inicio precoz (**Enfermedad de Alzheimer familiar**), los hijos tienen aproximadamente un 50% de posibilidades de padecer la enfermedad si viven hasta los 85 años.

Cuando no hay una clara trayectoria de herencia (**Enfermedad de Alzheimer esporádica**), el riesgo de los hijos no se puede determinar. En la Enfermedad de Alzheimer esporádica, el riesgo se incrementa si la persona tiene una constitución genética que incluye el **Apo E-4**, el gen para un tipo específico de colesterol. El riesgo aumenta un 20% para los que no poseen el Apo E-4, un 47% para aquéllos con una mutación del gen y un 91% para aquéllos con dos mutaciones.

Glosario

- **Apo E-4:** Es un tipo de proteína que se encuentra en los alelos de los cromosomas.
- **Colesterol:** Sustancias grasas que se acumulan en la sangre.

Traumatismo:

El traumatismo encefálico está considerado también un factor de riesgo. Hay más casos de daño cerebral de los esperados entre los pacientes con Enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, la mayoría de los casos de traumatismo cerebral no es considerada como Enfermedad de Alzheimer.

Sexo:

Las mujeres parecen ser más propensas que los varones a desarrollar la Enfermedad de Alzheimer. Hay muchas más mujeres con la Enfermedad de Alzheimer que varones. Se atribuye a que al menos, hoy por hoy, la esperanza de vida de la mujer es mayor que la del varón.

Edad:

La edad está considerada como el factor de riesgo más importante. A mayor edad, mayor riesgo para contraer la Enfermedad de Alzheimer, aunque a partir de los 90 años este riesgo tiende a desaparecer.

Actualmente, no se consideran factores que aumenten el riesgo de padecer la Enfermedad de Alzheimer ni el nivel educativo o intelectual (bajos o altos), ni el consumo excesivo de alcohol, ni la exposición continuada al aluminio, tampoco los virus lentos, ni las infecciones, ni vivir en un área rural o urbana, ni tampoco determinados tipos de alimentación.

Glosario

- **Traumatismo cerebral:** Fuerte conmoción en el cerebro que produce un daño orgánico.

4. CLASIFICACIONES ACTUALES DE LA DEMENCIA Y DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

I. Diagnóstico y Manual Estadístico de Trastornos Mentales, 4.^a Edición (DSM IV / Asociación Psiquiátrica Americana, 1995) de los criterios para la Demencia y la Enfermedad de Alzheimer:

DEMENCIA:

- Pérdida de memoria reciente y remota.

Presentación de al menos uno de los siguientes síntomas:

- Deterioro del pensamiento abstracto.
- Deterioro del juicio.
- Afasia, apraxia, agnosia, o alteración en la construcción del discurso.
- Dificultades cognitivas que interfieren con el trabajo y las actividades sociales.

Además:

- Evidencia de una causa específica como una enfermedad cerebrovascular o un curso típico de un trastorno degenerativo tal como la Enfermedad de Alzheimer.

Glosario

- **Afasia:** *Imposibilidad absoluta de expresarse y/o comprender, ya sea hablando, escribiendo o gesticulando.*
- **Apraxia:** *Pérdida total de la facultad de producir movimientos coordinados.*
- **Agnosia:** *Incapacidad para reconocer a personas y/o cosas; no es atribuible a daños sensoriales.*

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

- Demencia (definida como la anterior).
- Inicio insidioso y curso gradualmente progresivo.
- Exclusión de otras causas específicas de Demencia.

II. Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas y Comunicativas, Demencias Mixtas y la Asociación de criterios de Trastornos Relacionados (NINCDS-ADRDA) para la Enfermedad de Alzheimer Definida, Probable y Posible (McKhann *et al.*, 1984):

Enfermedad de Alzheimer Definitiva:

- Criterios clínicos para Enfermedad de Alzheimer probable.
- Evidencia histopatológica de Enfermedad de Alzheimer (biopsia o autopsia).

Enfermedad de Alzheimer Probable:

- Demencia establecida por examen clínico, así como por un cuestionario del estado mental.
- Demencia confirmada por una evaluación neuropsicológica detallada.
- Déficit en dos o más áreas cognitivas.
- Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas.
- No presencia de trastorno de la conciencia.
- Inicio entre los 40 y 90 años.
- Ausencia de trastornos sistémicos u otras enfermedades cerebrales capaces de producir un síndrome demencial.

Glosario:

- **Histopatología:** Estudio de las anomalías de los tejidos; en el caso de la Enfermedad de Alzheimer, del tejido cerebral.
- **Biopsia:** Estudio anatómico de un cuerpo vivo.
- **Autopsia:** Estudio anatómico de un cadáver.

Enfermedad de Alzheimer Posible:

- Presencia de un trastorno sistémico u otra enfermedad cerebral que pueda producir Demencia.
- Presencia de un declive gradualmente progresivo en una sola función intelectual sin ninguna otra causa identificable (Por ejemplo, pérdida de memoria o afasia).

Enfermedad de Alzheimer Improbable:

- Inicio repentino.
- Indicio de focos neurológicos.
- Presencia en el inicio del curso de la enfermedad de ataques, convulsiones o trastornos en el modo de andar.

III. Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas y Asociación Internacional de Infartos para la Investigación en Neurociencias (NINDS-AIREN). Criterio Diagnóstico para la Demencia Vascular (Roman *et al.*,1993):

DEMENCIA VASCULAR DEFINITIVA:

- Criterios clínicos para Demencia Vascular Probable.
- Evidencia demostrable mediante autopsia de un deterioro isquémico cerebral que descarta otra causa de la Demencia.

DEMENCIA VASCULAR PROBABLE:

• *Síntomas de Demencia:*

- Declive del funcionamiento cognitivo.
- Deterioro de dos o más áreas cognitivas.

Glosario:

- ***Deterioro isquémico cerebral:*** Disminución brusca e interna de la llegada de sangre a las neuronas del cerebro lo que provoca que los axones no puedan comunicarse.

- Un déficit que interfiera con las actividades cotidianas.
 - Los pacientes no deberán presentar delirios, psicosis, afasia o deterioro sensorio-motor.
- *Síntomas de enfermedad cerebro-vascular:*
 - Indicios neurológicos focales consecuentes con infarto.
 - Evidencia mediante técnicas de neuroimagen de grandes lesiones cerebrales.
- *Relación entre Demencia y enfermedad cerebro-vascular evidenciada por uno o más de los siguientes síntomas:*
 - Inicio de la Demencia dentro de los tres meses del diagnóstico de un infarto reconocido.
 - Deterioro abrupto o progresión fluctuante o escalonada de la deficiencia cognitiva.
- *Características clínicas que apoyan el diagnóstico de Demencia vascular probable:*
 - Inicio sutil y curso variable de los déficits cognitivos.
 - Historia de inestabilidad y frecuentes fallos no provocados.
 - Frecuencia urinaria temprana, urgencia y otros síntomas urinarios no explicados por enfermedad urológica.
 - Cambios de personalidad y humor, abulia, depresión, incontinencia emocional y otros déficits subcorticales que incluyen retardo psico-motor y función de ejecución anormal.

DEMENCIA VASCULAR POSIBLE:

- Demencia con indicios focales neurológicos pero sin confirmación por técnicas de neuroimagen de la enfermedad cerebro-vascular definida.
- Demencia con indicios focales pero sin una clara relación temporal entre Demencia e infarto.
- Demencia e indicios focales pero sin inicio sutil y curso variable de los déficits cognitivos.

Los síntomas que aparecen en cualquier tipo de Demencia ya bien sea enfermedad de Alzheimer, Demencia Vasculare u otro tipo de Demencia se clasifican y diagnostican teniendo siempre en cuenta los parámetros de frecuencia e intensidad. Por ejemplo, una persona puede olvidar las llaves un día, estar un poco triste o sentirse torpe de movimiento, tener menos ganas de comer o manifestar un comportamiento violento sin razón alguna. Esto no quiere decir que padezca algún tipo de demencia, aunque sea una persona mayor y sienta que está perdiendo facultades.

Si cada vez se le olvidan más cosas, tiene alteraciones del humor y desarrolla conductas consideradas incoherentes en su contexto familiar y social, habría que pensar en la posibilidad del comienzo de una Demencia.

Como se ha podido observar en los diferentes apartados de la guía, la forma de comienzo —muy lento o muy rápido— es también un factor importante a tener en cuenta en el diagnóstico de la Demencia, ya sea enfermedad de Alzheimer, Demencia Vasculare u otro tipo de Demencia.

5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CURSO Y ESTADÍOS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La Enfermedad de Alzheimer tiene un inicio gradual y poco llamativo, por lo que es difícil de diagnosticar en un principio.

El proceso hasta el deterioro total puede tener una duración entre 2 y 20 años, pero lo más frecuente es entre 5 y 10 años.

En la Enfermedad de Alzheimer se produce una pérdida paulatina de la memoria y del razonamiento; y, con el tiempo, de todas las funciones mentales. La pérdida de facultades sigue un patrón inverso al del aprendizaje.

Aunque las personas diagnosticadas de Enfermedad de Alzheimer no tienen por qué presentar los mismos síntomas, hay comportamientos y síntomas que son comunes. Estos síntomas se desarrollan a lo largo de un período de tiempo y, en ocasiones, las fases en las que evoluciona la enfermedad se solapan.

Fases en la evolución de la enfermedad

A. FASE INICIAL (*DEMENCIA LEVE*)

— *Alteración de la memoria.*

El síntoma fundamental es el olvido.

Al principio, las personas diagnosticadas de Enfermedad de Alzheimer se olvidan de lo que acaba de ocurrir. Por ejemplo, no saben dónde han puesto las llaves, se olvidan de los números de teléfonos de los familiares, no encuentran la palabra adecuada para nombrar los objetos...

— *Pérdida de la capacidad de concentración y falta de interés.*

La persona con Enfermedad de Alzheimer pierde espontaneidad en las actividades. Por ejemplo, hay que decirle cómo hay que hacer las cosas, es incapaz de llevar las cuentas de la casa y las del banco y le cuesta seguir las indicaciones que se le proporcionan. Es muy común que se olvide de las facturas que ha pagado, que esconda las cosas, que llegue tarde a las citas, que salga a la calle sin abrigo, que olvide lo que se le acaba de decir...

— *Desorientación temporal.*

La persona con Enfermedad de Alzheimer no sabe en qué día vive y ni qué hora es. Tampoco sabe el mes ni el año.

— *Alteración del juicio.*

La persona con Enfermedad de Alzheimer no se viste adecuadamente para la estación del año, compra desmesuradamente y no puede conducir...

— *Cambios en la personalidad.*

La persona con Enfermedad de Alzheimer puede presentar un nivel de ansiedad elevado, depresión, enfados frecuentes, hostilidad, falta de energía, agitación... Tiende a evitar las reuniones sociales y le gusta frecuentar únicamente los lugares que conoce bien.

B. FASE INTERMEDIA (*DEMENCIA MODERADA*)

Al progresar la enfermedad, la persona con Enfermedad de Alzheimer ya no puede ocultarla. En este estadio, necesita siempre compañía y supervisión.

— *Confusión.*

Por ejemplo, se levanta por la noche y dice que tiene que ir a trabajar.

— *Incapacidad para el cálculo.*

Por ejemplo, no es capaz de llevar las cuentas de casa ni del banco.

— *Pérdida total de la memoria reciente.*

Por ejemplo, olvida donde están las cosas, si ha comido o no, repite lo que acaba de decir. Hace lo contrario de lo que se le dice porque no recuerda bien lo que se le ha dicho.

— *No puede realizar sin supervisión las actividades de la vida cotidiana.*

Por ejemplo, se pone todos los días la misma ropa y se viste inadecuadamente. Necesita ayuda para vestirse, para bañarse, para comer...

— *No puede comunicarse con eficacia.*

Tiene problemas en la comunicación (tanto para expresarse como para entender). Parece no hacer caso a lo que se le dice. No encuentra la palabra adecuada y la sustituye por otra. Puede leer pero no entiende lo que lee.

— *Desorientación en el espacio.*

Por ejemplo, pasea sin rumbo fijo (vagabundea) y puede perderse fácilmente. No sabe encontrar el camino a casa.

— *Evitación de los contactos sociales.*

Por ejemplo, se vuelve irritable, no quiere ver a nadie...

— *Problemas de sueño.*

Alteración en el ritmo sueño-vigilia.

— *Dificultades para la coordinación y para los actos voluntarios.*

Por ejemplo, no utiliza bien los cubiertos, olvida las normas de urbanidad en la mesa, y no sabe decir si la comida está demasiado caliente o demasiado fría.

— *Alteraciones en el comportamiento.*

Por ejemplo, gritar, querer salir de casa a toda costa, caminar sin descanso, ocultar objetos personales y acusar a otros de que se los han robado. Puede llegar a manifestar conductas de violencia hacia su persona y hacia sus familiares.

C. FASE FINAL (*DEMENCIA SEVERA*).

— *Desorientación.*

La persona diagnosticada de Enfermedad de Alzheimer manifiesta desorientación en el tiempo y en el espacio.

— *Pérdida de la identidad personal.*

Por ejemplo, no sabe quién es, qué siente, qué hace en la vida.

— *No existe la memoria reciente.*

Por ejemplo, no se acuerda de lo que ha comido incluso justo después de comer. La memoria remota está muy afectada (por ejemplo, no reconoce ni a los familiares más cercanos).

— *Ausencia de la autonomía personal.*

Depende totalmente del cuidador. Hay que darle de comer. No se reconoce en el espejo. Pierde peso. Tiene dificultad para deglutir. No presenta un lenguaje coherente. Su forma de expresión es a través de monosílabos o ruidos. Tiende a llevarse cualquier objeto a la boca.

En esta fase se van afectando progresivamente las funciones motoras, la movilidad y la marcha. Caminan con gran dificultad. Presentan incontinencia doble.

Los enfermos en fase severa continúan percibiendo el cariño de sus familiares.

Ante cualquier deterioro brusco de un enfermo de Alzheimer o una evolución rápida de la enfermedad se debe pensar en que este deterioro puede estar causado por otras patologías o procesos tales como infecciones, depresión y otros problemas psiquiátricos, efectos secundarios de medicaciones, consumo excesivo de alcohol, dieta inapropiada, alteraciones de la vista o del oído y estrés ambiental.

6. LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen más de cincuenta causas de demencia. Las más frecuentes son las siguientes:

- **Demencias Degenerativas:** La Enfermedad de Alzheimer constituye más del 50% del total de las Demencias. Otras enfermedades neurodegenerativas menos frecuentes son la enfermedad de Pick, el Parkinson y la de los cuerpos de Lewy.
- **Demencias de origen Vascular:** Demencias Multiinfarto (es decir, por múltiples infartos cerebrales). Corresponden al 15-20% de las Demencias.
- **Demencias Mixtas:** Demencias Vasculares y Demencias Degenerativas. Constituyen el 15-20% de las Demencias.
- **Demencias potencialmente Reversibles:** Un 10-20% de las Demencias es debido a factores potencialmente reversibles. Los más frecuentes son las provocadas por consumo excesivo de alcohol, alteraciones del tiroides (hipotiroidismo), deficiencias de vitaminas (vitamina B-12 y ácido fólico), tumores cerebrales, hematomas intracraneales (hematoma subdural crónico), hidrocefalia normotensa y algunas infecciones (neurosifilis). Remiten un 2-3% con un tratamiento adecuado y precoz.

Como se explicará más adelante, no es posible diagnosticar la Enfermedad de Alzheimer en vida con seguridad absoluta, por lo que lo más importante a la hora de realizar un diagnóstico es excluir las Demencias potencialmente tratables.

Pasos que hay que seguir para la realización de un diagnóstico

Antes de emitir el diagnóstico, debe realizarse un examen físico completo para identificar otras enfermedades que presenten síntomas parecidos y que puedan confundirse con la Enfermedad de Alzheimer. Debe realizarse un examen neurológico y pruebas de neuroimagen para descartar la presencia de tumor cerebral, hidrocefalia normotensa, infartos cerebrales o hematoma subdural.

Es conveniente llevar a cabo una historia familiar y social detallada para conocer posibles antecedentes de caídas con golpes en la cabeza, alcoholismo, déficit en la alimentación, etc.

Se recomienda la realización de una evaluación completa del estado psicológico del paciente para descartar una posible depresión, utilizando instrumentos fiables y sensibles.

Un análisis de sangre puede identificar posibles alteraciones tratables y que con más frecuencia ocasionan Demencia (por ejemplo, alteraciones de las hormonas tiroideas, de las vitaminas B-12 y fólico, serología de sífilis y otras).

El diagnóstico se basará en una detallada evaluación clínica y en los resultados de las pruebas neuropsicológicas, de laboratorio y de neuroimagen.

Se descartarán primero otras posibles causas del síndrome de Demencia, y se observará la evolución del paciente, por lo menos hasta un año, tras intentar modificar los factores que podrían afectar negativamente a su estado cognitivo-afectivo.

Posteriormente, siguiendo los criterios diagnósticos, se puede admitir una Enfermedad de Alzheimer Probable.

Hasta el momento, la única manera de confirmar un diagnóstico definitivo es mediante una autopsia cerebral en las primeras 24 horas tras el fallecimiento.

**PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
DE LABORATORIO****ALTERACIONES DETECTADAS
QUE PUEDEN CAUSAR
DETERIORO COGNITIVO**

Análisis de sangre	Anemia
Proporción de sedimentación de eritrocitos	Enfermedades inflamatorias, malignas
Electrolitos	Desequilibrio electrolítico (sodio, potasio, cloro)
Nitrógeno elevado en sangre	Fallo renal
Calcio, fósforo	Enfermedad paratiroidea
Estimulación hormonal de tiroides	Enfermedad tiroidea
Nivel de vitamina B-12	Deficiencia de B-12
Nivel de folato	Deficiencia de ácido fólico
Test de las funciones del hígado	Enfermedad del hígado
FTA-ABS	Sífilis
CT de cabeza	Infartos cerebrales, hidrocefalia normotensa, hematoma subdural crónico

7. ANATOMÍA PATOLÓGICA: CAMBIOS NEUROPATOLÓGICOS OBSERVABLES

Los principales cambios neuropatológicos que produce la Enfermedad de Alzheimer son los siguientes:

- Pérdida neuronal.
- Ovillos neurofibrilares.
- Placas neuríticas.
- Angiopatía amiloide.
- Degeneración granulovacuolar.

Estos cambios neuropatológicos que se encuentran dispersos en el córtex, implican al conjunto tédporo-parieto-occipital, preferentemente al lóbulo temporal y al hipocampo en el inicio de la enfermedad. Más tarde, los lóbulos frontales también estarán implicados.

Aunque la patogénesis de la Enfermedad de Alzheimer no ha sido determinada, estudios recientes sugieren que la acumulación de amiloides puede ser el principal aspecto fisiopatológico que conduce a la formación de placas y a la muerte neuronal.

Los neurotransmisores más afectados en la Enfermedad de Alzheimer son la acetilcolina y la serotonina. Se ha encontrado una disminución en la segregación de la acetilcolina transferasa, enzima responsable de la síntesis de acetilcolina.

Glosario

- **Angiopatia Amiloide:** Depósito de proteínas anómalas situadas en los vasos del cerebro.
- **Degeneración granulovacuolar:** Deterioro del tejido celular provocado por cavidades (vacuolas) y tumores(gránulos).
- **Acetilcolina transferasa:** Enzima encargada de sintetizar la acetilcolina que, a su vez, transmite los impulsos nerviosos en el cerebro.

El núcleo basal de Meynert, un pequeño conjunto de células localizadas en la parte ínfero-medial del lóbulo frontal, es la fuente principal de proyecciones colinérgicas a los hemisferios cerebrales. Estas células se encuentran notablemente afectadas al principio del curso de la Enfermedad de Alzheimer y también provocarán la deficiencia en la síntesis de acetilcolina.

8. ¿EXISTE TRATAMIENTO?

La Enfermedad de Alzheimer no tiene cura. Sin embargo, existen tratamientos psicosociales para mejorar la calidad de vida del enfermo y del familiar.

Los objetivos de estos programas son los siguientes:

1. Promover la independencia y autonomía.
2. Evitar restricciones, es decir, tratar de promover actividades.
3. Aconsejar a la familia en todos los aspectos del cuidado del enfermo y de la dinámica familiar para evitar la sobrecarga del cuidador.

Tratamiento no-farmacológico. Normas Generales

- Simplificación de la comunicación verbal.
- Identificación y eliminación de los factores precipitantes de comportamientos agitados y agresivos.
- Mantenimiento de hidratación y nutrición.
- Disminución del uso de medicamentos innecesarios.
- Mantenimiento de la tranquilidad y de la rutina medioambiental.
- Aumento de la seguridad medioambiental del enfermo.
- Dejar libertad para poder vivir en paz y en armonía.

Se recomienda estimular cognitivamente y afectivamente al enfermo.

Las técnicas psicológico-cognitivas más eficaces son las que siguen:

- **Entrenamiento de memoria:** Adivinanzas, refranes, completar frases, describir objetos, reconocer personas, asociar parejas...

- **Técnicas de orientación a la realidad:** Repetir diariamente los datos correctos sobre lugares, fechas, dónde están las cosas...
- **Musicoterapia:** Escuchar música, bailar o cantar como distracción y refuerzo del recuerdo.
- **Reminiscencias:** Que cuente cosas de su pasado, que hable de las situaciones y experiencias personales que recuerde.
- **Técnicas de Refuerzo Positivo:** Estimular lo que haga bien y no reaccionar cuando haga algo mal. No regañarle, ni discutir con el enfermo.
- **Ergoterapia:** Actividades manuales, juegos con pintura, con barro y costura, con la supervisión continua del cuidador o familiar.
- **Estimulación Social:** Estimular y potenciar las visitas de sus amigos, evitando hablar como si no estuviera.
- **Estimulación física:** Dar paseos, evitar el aburrimiento, y si es posible, hacer una pequeña tabla de gimnasia de 20 minutos con el fin de mantener activas las articulaciones. Evitar que permanezca sentado o tumbado varias horas seguidas.

Tratamiento farmacológico

Se recomienda llevar a cabo un tratamiento farmacológico para controlar y remitir otras enfermedades coexistentes tales como infecciones o depresiones.

Por el momento, no existe fármaco alguno con eficacia probada para reducir la pérdida neuronal que se produce en la Enfermedad de Alzheimer.

La tacrina es un inhibidor de la colinesterasa que incrementa la disponibilidad de la acetilcolina y produce una ligera mejora de la memoria en un 30-50% de los pacientes de Alzheimer. El hígado puede verse afectado por la tacrina, por lo que los pacientes tratados con este agente deberán pasar pruebas funcionales del hígado regularmente.

En la mayoría de los países sólo está autorizado su uso en estudios de investigación.

En resumen, por el momento no existe ningún fármaco que cure o detenga la evolución de la Enfermedad de Alzheimer.

Tratamiento sintomático

Para hacer frente a ciertos síntomas o trastornos que pueden coexistir con la Enfermedad de Alzheimer como son los trastornos de conducta, agresividad, alucinaciones y otros síntomas psicopatológicos, son recomendables los tratamientos farmacológicos.

Es importante comenzar con dosis bajas e ir aumentándolas progresivamente, siempre bajo control del especialista.

Se sugiere tratar únicamente la alteración más importante sólo con un fármaco. En este caso, están indicados fármacos como la **Tioridazina** (si se desea tener un efecto más sedante), en presentación de gotas, con un inicio de dosis en la noche y aumentando progresivamente según el riesgo-beneficio.

Si se quiere obtener un mayor efecto terapéutico en síntomas de carácter psicótico como las alucinaciones, se sugiere **Haloperidol**.

Para el tratamiento de la ansiedad y del insomnio se pueden utilizar **Benzodiacepinas** de acción corta o intermedia (por ejemplo, **Lorazepan**). Nunca se utilizarán las Benzodiacepinas de acción larga por su efecto paradójico y por su acumulación (como, por ejemplo, el **Diazepan**).

No se recomienda utilizarlas por más de 2 a 4 semanas seguidas.

9. LOS CUIDADOS RECOMENDABLES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La mayoría de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer es atendida por sus familiares.

Los profesionales de la salud deberán supervisar periódicamente que ese cuidado sea el mejor posible.

Algunas recomendaciones para el familiar

Infórmese de todos los aspectos clínicos y terapéuticos de la enfermedad.

Es importante la **aceptación** de que su familiar está enfermo.

Solicite ayuda personal a un profesional de la salud.

No se culpe. Si en algún momento pierde el control delante del enfermo, recuerde que no es fácil cuidar a alguien durante las 24 horas. Intente la próxima vez, por ejemplo, ir a otra habitación y desahogarse sin que el enfermo esté presente.

No intente ocultar el problema. Es importante hablarlo con los demás familiares, con los vecinos y con sus amigos.

Evite ser el único cuidador. Comparta las responsabilidades del cuidado con el resto de la familia.

Intente disponer de tiempo libre, previamente establecido cada semana. No descuide las relaciones con amigos u otros miembros de la familia.

Planifique su futuro.

Mida sus fuerzas, ya que la Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad de larga duración. **Intente dormir al menos seis horas diarias**: ningún familiar es físicamente más fuerte que un enfermo de Alzheimer.

No se sienta egoísta si sale a dar un pequeño paseo o si deja a su familiar con alguna persona algún fin de semana.

Se sugiere promover **reuniones familiares** y plantear las dudas y las confusiones presentes y futuras.

Intente **ponerse en contacto con otras familias** que tengan el mismo problema.

Cree **un ambiente de confianza** para que los niños puedan preguntar lo que no entiendan. **Los niños** pueden ayudar en el cuidado del enfermo de Alzheimer.

Algunas recomendaciones generales para el cuidado del enfermo de Alzheimer

Si tiene dificultad para comprender, intente primero **mirarle a los ojos** y cuando le esté mirando dígame una frase corta, **hable despacio y déle tiempo para responder**.

Los enfermos de Alzheimer **se expresan mejor cuando la comunicación se realiza con cariño**, de forma sencilla y tranquila.

No discuta con el enfermo: él no tiene la culpa de hacer las cosas mal. Recuerde que el enfermo de Alzheimer ha perdido la capacidad para saber si algo está bien o mal. Acuérdesese de **reaccionar con tranquilidad** cuando haga algo mal.

La clave del cuidado está en **intentar que el enfermo haga de forma repetitiva las cosas** todos los días para que no se le olvide. Mantener un cuaderno de actividades.

Cuando el enfermo manifieste agresividad con algún objeto, intentar retirarlo de la vista (por ejemplo, los espejos).

La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad en la que hay que **aprender trucos** para los cuidados:

- Si tiene dificultad para comer, **ponerle plato por plato**.
- Si presenta dificultades al vestirse, **colocar la ropa en el orden en el que se la va a poner** o darle instrucciones (por ejemplo, “quítate el jersey”).
- Si no quiere hacer algo, volverlo a intentar más tarde utilizando otra técnica, pero **nunca obligarle**. Siempre que el enfermo de Alzheimer tenga alguna dificultad para realizar alguna actividad, **no se adelante a realizarla usted**, ya que si deja de hacerla algunos días se le va a olvidar.

Es importante:

1. Recordarle que haga la actividades preestablecidas, diariamente.
2. Supervisarle posteriormente.
3. Ayudarle sólo en lo que no pueda.
4. Ayudarle completamente cuando manifieste frustración o agresividad.

Recomendaciones domésticas.

Eliminar objetos de riesgo de accidentes como cuchillos o aparatos eléctricos. Tener una llave de seguridad del gas, cerrar ventanas y terrazas, guardar bajo llave productos químicos y tóxicos, identificar al enfermo con datos personales, teléfono y dirección por medio de chapas de identificación e incluso bordados en la ropa, retirar todos los objetos pequeños que pueda ingerir.

10. ASPECTOS LEGALES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Los pacientes con Enfermedad de Alzheimer **no son competentes en el manejo de sus finanzas**, en la toma de decisiones sobre su salud personal, y por consiguiente, las responsabilidades legales deberán, con el tiempo, ser asumidas por otros. Consultar con un abogado, ya que es importante **planificar el proceso de incapacitación legal** para el nombramiento de un tutor. El **consejo y asesoramiento de éste** deberá de considerarse desde el momento en el que el enfermo y la familia conozcan el diagnóstico. Hay que tener en cuenta que un poder notarial no tiene ninguna validez si está otorgado por un enfermo con Enfermedad de Alzheimer. Preguntar al trabajador social de su Centro de Salud o Asociación sobre la **solicitud de minusvalía** y las **ayudas económicas y fiscales** por grado de minusvalía. Los pacientes con Enfermedad de Alzheimer suelen presentar un **excesivo número de accidentes de tráfico**. Se aconseja que los pacientes con Enfermedad de Alzheimer repitan el examen de conducir a menudo y, con el tiempo, no realicen ningún tipo de conducción de vehículos.

11. RECURSOS SANITARIOS, SOCIALES Y ASOCIACIONES

— Recursos sanitarios:

En hospitales: Neurólogos, Geriatras, Psicólogos, Psiquiatras, profesionales de la Enfermería y del Trabajo Social llevan a cabo el diagnóstico y el asesoramiento personal y familiar.

En Atención Primaria: El Médico de cabecera y los profesionales de la Enfermería, son los responsables sanitarios en la detección de casos de Enfermedad de Alzheimer, así como del seguimiento cercano de la evolución y respuesta al tratamiento.

Hable con su Médico de cabecera, consulte con él cualquier problema respecto a la medicación (por ejemplo, si observa un aumento de conductas agresivas, si está muy dormido durante el día, si detecta cualquier problema nuevo o deterioro brusco).

Es muy importante una **revisión médica, psicológica y terapéutica, al menos cada 6 meses.**

— Recursos Sociales:

El trabajador Social del Ayuntamiento valorará el caso y a la familia, y recomendará los recursos adecuados y disponibles en el área geográfica en donde el enfermo habite.

En la ayuda a domicilio se proveen auxiliares del hogar para el cuidado del enfermo o para la limpieza del hogar que acuden un máximo de dos horas algunos días a la semana. Solicítelo en su Ayuntamiento.

Los Centros de Día en sus diferentes categorías son adecuados para personas mayores, a los cuales pueden ir los enfermos con demencia en fase leve o moderada y sin trastornos de conducta.

Las Residencias Públicas pertenecientes a la Comunidad o al Insero. Se contemplan estancias definitivas y estancias temporales de vacaciones, así como por situaciones de emergencia (mínimo quince días y máximo dos meses). En caso de una pareja mayor que viva sola, se contempla teleasistencia para el familiar.

— Recursos informales:

Asociaciones de Familiares de enfermos de Alzheimer (**AFAS**). Sus objetivos se centran en la información, la formación y el apoyo de las familias.

Proporcionan vídeos y manuales de información, cursos de formación para familiares, reuniones de mutua ayuda de familiares, terapias de grupo, programas de apoyo con voluntarios, ayuda especializada para aclarar dudas sobre aspectos médicos, legales, psicológicos o sociales, así como la manera de obtener subvenciones de ayuda a domicilio y Centros de Día.

FORMAS DE CONTACTO:

SITADE: Tfno: 900 100 333.

Servicio gratuito de información telefónica y atención de emergencias sociales que funciona las 24 horas del día.

12. DIRECCIONES DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER EN ESPAÑA

ASOCIACIÓN DE ÁLAVA:

C/ Manuel Iradier, 22 ppal. Depto. 3
01006 **Vitoria-Gasteiz**
Tf. y fax: (945) 14 69 48

ASOCIACIÓN DE ÁVILA

Avda. Juan Pablo II, s/n
05003 **Ávila**
Tfs.: (920) 22 58 15 - 35 71 93

ASOCIACIÓN DE ALCOY:

C/ Virgen María, 32-1.º
03801 **Alcoy (Alicante)**
Tf.: (96) 554 59 97

ASOCIACIÓN DE BIZKAIA:

Padre Lojendio, 5, 1.º dcha..
Dpto. 6
48008 **Bilbao**
Tf.: (94) 416 76 17
Fax: (94) 416 95 96

ASOCIACIÓN DE ALMERÍA:

C/ Alcalde Muñoz, 9-8.º
04004 **Almería**
Tf.: (950) 23 11 69

ASOCIACIÓN DE BURGOS:

Pza. Calvo Sotelo, 9, Ctro.
Comercial
09004 **Burgos**
Tf.: (947) 27 18 55

ASOCIACIÓN DE ALICANTE:

C/ Empecinado, 4, entresuelo
03004 **Alicante**
Tf.: (96) 520 98 71

ASOCIACIÓN DE CÁDIZ:

C/ Zaragoza, 1 (Ayto. de Cádiz)
11003 **Cádiz**
Tf.: (956) 22 21 01

ASOCIACIÓN DE ANDALUCÍA:

San Pablo, 11
29009 **Málaga**
Tf.: (95) 239 09 02

ASOCIACIÓN DE ASTURIAS:

Apdo. de Correos, 245
33280 **Gijón**
Tf.: (98) 539 96 95 - 534 37 30

ASOCIACIÓN DE CANTABRIA:

Centro Social de La Marga, s/n
39011 **Santander**
Tf. y fax: (942) 32 32 82

ASOCIACIÓN DE CARTAGENA:
C/ Alameda de San Antón, 29-
bajos
30290 **Cartagena**
Tf.: (968) 53 43 38

ASOCIACIÓN DE CASTELLÓN
Apdo. de Correos, 1116
12080 **Castellón**

ASOCIACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN:
C/ Ayala, 22-bajo
37004 **Salamanca**
Tf.: (923) 23 55 42

ASOCIACIÓN DE CATALUÑA
C/ Via Laietana, 45, esc. b,1.º y 1.ª
08003 **Barcelona**
Tfs.: (93) 412 57 46 - 412 76 69
Fax: (93) 412 52 73

ASOCIACIÓN DE GALICIA:
C/ Miguel Servet, s/n
15002 **La Coruña**
Tf.: (981) 18 42 06
Apdo. de Correos 379
36200 **Vigo (Pontevedra)**
Tf.: (986) 42 03 03
Fax: (986) 33 36 00

C/ Pastor Díez, 40-1.º D
27001 **Lugo**
Tf.: (982) 22 19 10

ASOCIACIÓN DE GRANADA:
Ctra. Antigua de Málaga, 59-2.º B
18015 **Granada**
Tf.: (958) 27 60 85

ASOCIACIÓN DE GUIPÚZCOA
C/ Santa Catalina, 2, bajos
20004 **San Sebastián**
Tf. y fax: (943) 42 81 84

ASOCIACIÓN DE HUESCA:
C/ Travesía Ballesteros, 10-4.º D
22001 **Huesca**
Tf.: (974) 22 84 85

ASOCIACIÓN DE JAÉN:
C/ Álamos 13-2.º izda.
23003 **Jaén**
Tf.: (953) 25 23 94

ASOCIACIÓN DE LEÓN:
C/ Paseo del Parque, s/n
Edificio (CHF)
24005 **León**
Tf.: (987) 26 38 68

ASOCIACIÓN DE LOGROÑO:
C/ Vélez de Guevara, 27-bajo
26005 **Logroño (La Rioja)**
Tf.: (941) 21 19 79

ASOCIACIÓN DE MADRID:
C/ Galileo, 69-1.º B
28015 **Madrid**
Tfs.: (91) 594 14 12 - 594 14 24

Hospitalillo de San José, s/n
28901 **Getafe (Madrid)**
Tf.: (91) 681 76 62

**ASOCIACIÓN CORREDOR DEL
HENARES**
Tf.: (91) 673 13 40

ASOCIACIÓN DE MALLORCA:
C/ General Riera, 47
07010 **Mallorca**
Tf.: (971) 75 94 49

ASOCIACIÓN DE SEVILLA:
C/ Virgen de Robledo, 6
41011 **Sevilla**
Tf.: (95) 445 52 70

ASOCIACIÓN DE MENORCA:
Apdo. de Correos 761
Tf.: (971) 35 20 95

ASOCIACIÓN DE SORIA
C/ Tejera, 22, entreplanta
42001 **Soria**
Tf.: (975) 24 07 45

ASOCIACIÓN DE MURCIA:
C/ Vinadel, 11
30004 **Murcia**
Tf.: (968) 62 68 87

ASOCIACIÓN DE TENERIFE
C/ San Juan, 12, alto
38320 **La Cuesta (Tenerife)**
Tf.: (922) 64 59 79

ASOCIACIÓN DE NAVARRA:
C/ Pintor Maeztu, 2-bajo
31008 **Pamplona. Navarra**
Tf.: (948) 27 52 52
Fax: (948) 26 03 04

ASOCIACIÓN DE VALENCIA:
Avda. Dr. Tomás Sala, 39, Pta. 17.^a
46017 **Valencia**
Tf. y fax: (96) 378 04 80

ASOCIACIÓN DE PALENCIA:
Avda. de San Telmo, s/n. (Hosp.
Provincial)
34004 **Palencia**
Tf.: (979) 71 38 88

ASOCIACIÓN DE VALLADOLID:
Pza. Carmen Ferreiro, s/n.
47011 **Valladolid**
Tf.: (983) 25 66 14

ASOCIACIÓN DE SALAMANCA:
C/ Ayala, 22-bajos
37004 **Salamanca**
Tf.: (923) 23 55 42

ASOCIACIÓN DE ZARAGOZA:
C/ Castellón de la Plana, 7-1.º B
50007 **Zaragoza**
Tf.: (976) 37 03 54
Fax: (976) 27 60 69

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cummings JL, Benson DF. "Facts about Alzheimer's Disease. A Practitioner's Guide". *The French Foundation for Alzheimer Research*, 1994.
- Asociación Psiquiátrica Americana. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", 4.ª edición. *Masson, s.a.*, Barcelona, 1994.
- Mckhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. "Clinical Diagnosis of Alzheimer's Disease: Report of the NINCDS-ADR-DA Work Group, Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease." *Neurology* 1984; 34:939-944.
- A.F.A. Bizkaia. "En casa tenemos un enfermo de Alzheimer." Bilbao, 1994.
- Furtmayr-Schuh A. "La Enfermedad de Alzheimer". Barcelona. *Herder*, 1995.
- Ochoa E., y col. "Monografía sobre trastornos funcionales y orgánicos cerebrales en edad avanzada". *Jano*, vol. XLVI, núm. 1081. Mayo, 1994.
- Ochoa, E., y cols. La Enfermedad de Alzheimer. *Clínica y Salud*, Monográfico 1995.

ALZ

HEI

MER

