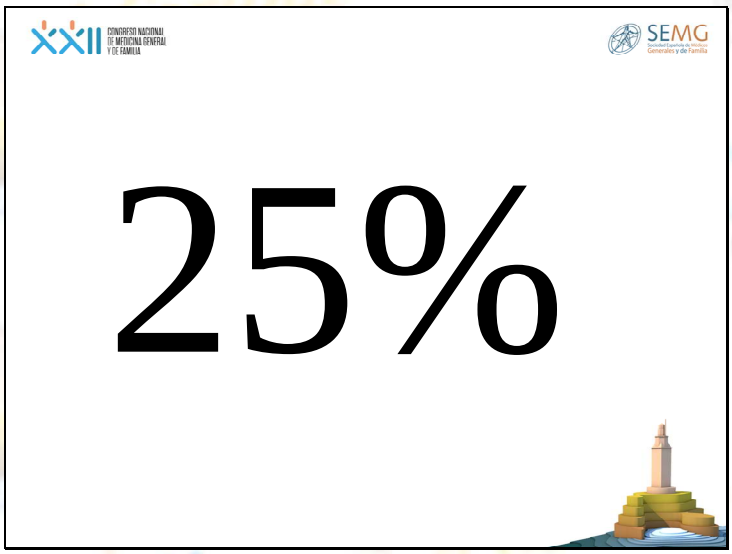
Diapositiva 2

Diapositiva 3



Diapositiva 4

La demencia en general, y la enfermedad de Alzheimer en particular, es una patología extraordinariamente prevalente y peculiar que exige para su adecuada atención y cuidado la participación de pacientes, familias y diversos grupos de profesionales de las redes sociosanitarias.

Su diagnóstico puede resultar complejo especialmente en las fases iniciales y su abordaje terapéutico está todavía sujeto a marcadas controversias. La dificultad que entraña la correcta identificación de los primeros síntomas por parte de los propios pacientes y sus allegados, las circunstancias en las que trabajan los médicos de la atención primaria, las vicisitudes de la coordinación entre primaria y especializada, la disponibilidad de medios diagnósticos, la utilización o no de biomarcadores, y muchos otros factores pueden contribuir a que se produzcan retrasos y errores en el diagnóstico e instauración de un tratamiento adecuado.

Diapositiva 5

Se añaden además dilemas en cuanto a la comunicación del diagnóstico, asesoramiento ético y legal, papel de los profesionales en el seguimiento de pacientes y familiares durante todo el curso de la enfermedad, supresión del tratamiento, toma de decisiones al final de la vida y muchos otros.

A pesar de las directrices formuladas por la Unión Europea hace ya cuatro años España sigue siendo hoy un país europeo sin un Plan Nacional de demencia y enfermedad de Alzheimer.

Diapositiva 6

¿Existe un síntoma fundamental que nos oriente al diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer?

El diagnóstico de la demencia es fundamentalmente clínico.

La información necesaria para saber si se cumplen los criterios clínicos de demencia y de sus subtipos se recoge en la anamnesis y la exploración.

No existe un síntoma patognomónico que indique la presencia de enfermedad de Alzheimer. Además, se trata de una enfermedad progresiva y el diagnóstico puede producirse en fases precoces o en fases avanzadas del deterioro.

Diapositiva 7

¿Existe un síntoma fundamental que nos oriente al diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer?

¿ QUÉ LE PASA? ¿QUIÉN LE ACOMPAÑA? ¿VIENE SOLOOO?

¿QUÉ TAL LA MEMORIA?

¿CÓMO EMPEZO? ¿PRIMER SÍNTOMA?

¿DESDE CÚANDO DICE…?

¿CÚAL ES/FUE SU TRABAJO?

¿Y EN SU FAMILIA? ¿TA, DM, COL, TABACO, **ALCOHOL?**

¿QUÉ TAL DE ANIMO?

¿ Y QUE TRATAMIENTO TOMA? Tramadol? Benzodiacepinas….

Diapositiva 8

Diapositiva 9

Diapositiva 10

EL FAMILIAR Y EL PACIENTE SIEMPRE TIENEN RAZON…Otra cuestión es cúal es la causa de esos síntomas!!!

Los síntomas indicativos de enfermedad de Alzheimer pueden ser cognitivos y también conductuales (OJO FORMAS ATIPICAS!!!), e implican:

- Menor capacidad para recordar información nueva (repetición de preguntas, olvido de objetos personales, olvido de fechas o sucesos).
- Menor capacidad para resolver problemas (para evaluar una situación de riesgo, para resolver problemas financieros o para planificar y resolver tareas complejas que supongan varios pasos).
- Menor capacidad visuoespacial (reconocimiento de caras, de objetos, orientación, vestido).
- Dificultades con el lenguaje (dificultad para encontrar palabras, para describir situaciones o emociones).
- Cambios de personalidad o comportamiento (cambios en el estado de ánimo, apatía, agitación, pérdida de interés por actividades habituales, conductas obsesivaso socialmente inadecuadas).

Diapositiva 11

EL FAMILIAR Y EL PACIENTE SIEMPRE TIENEN RAZON….

ANTONIA 58 años (5 años desde diagnóstico)

¿ Cosas de la edad ?

Diapositiva 13

Y…¿ TODOS ESTOS DESPISTES HAN CAMBIADO SUS ACTIVIDADES HABITUALES…?

Estos síntomas suponen un deterioro del nivel de funcionamiento previo, una interferencia con las actividades habituales de la persona, y no deben poder ser explicadas por otros problemas médicos, como *delirium* o enfermedades psiquiátricas.
En la enfermedad de Alzheimer,además, lo habitual es que estas alteraciones se vayan instaurando de forma progresiva, y que sean más evidentes para los familiares o cuidadores que para el propio enfermo.

Con esta información recogida en la historia clínica, y una exploración física y neurológica general, podemos determinar si nuestro paciente cumple los criterios de enfermedad de Alzheimer. CONSTATAR AAA

Diapositiva 14

Hacer memoria

Con **instrumentos estandarizados** y validados. Ninguna prueba cognitiva breve ha demostrado ser superior a las demás, adquirir familiaridad con una o dos pruebas y utilizarlas de forma sistemática

Test cognitivos paciente:

- Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein, 1975)
- **Mini-Examen cognoscitivo** (MEC-30 y MEC-35), (Lobo, 1975 y 1999)
- (T@M) Test de alteración de la memoria (Rami L., 2004)
- Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975)
- Fluencia verbal Set-test (Isaacs, 1972) Evocar 10 colores, animales, frutas y ciudades
- **Test del reloj** (Dibujar un reloj con todos sus numeros y las manillas a las once y diez)
- Memory Impairment Screen (MIS) (Buschke, 1999) (Recuerdo de cuatro palabras, libre y facilitado)
- Fototest (Carnero Pardo, 2004 (Variante del MIS: sustituye palabras por seis imágenes más fluencia verbal)

Test para el familiar:

- Test del informador (TIN), Grado de recomendación C.
  INFORMADOR FIABLE

Escalas de Funcionalidad.

- Escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton-Brody
- La dificultad en las actividades básicas de la vida diaria, Escala de Barthel.

14

Diapositiva 15

¿Se debe realizar un cribado de demencias y/o de enfermedad de Alzheimer en la población general?

La estrategia de cribado tiene como objetivo detectar enfermedades en fases iniciales, tratarlas de forma precoz e instaurar un control y seguimiento que permita mejorar los resultados de salud. El cribado tiene un enfoque poblacional. Una estrategia de cribado de una determinada patología está justificada si se cumplen una seria de condiciones:

1. Ser un problema de salud frecuente y relevante.
2. Tener un periodo clínico suficientemente largo para poder ser detectado.
3. Disponer de una prueba de cribado sensible, especifica, a precio razonable y sin efectos secundarios.
4. Tener un tratamiento eficaz, seguro y eficiente.

Diapositiva 16

En el deterioro cognitivo leve y en la demencia se cumplen las tres primeras condiciones.
Los tests de evaluación cognitiva utilizados tienen un valor predictivo positivo bajo, y el inconveniente de que muchos pacientes no se detecten es debido a las limitaciones de estas pruebas, que pueden estar influenciadas por la edad, el sexo, la cultura y la educación del paciente.
El *Mini-Mental State Examination* (MMSE) y el examen cognitivo de Lobo (MEC) son los tests más utilizados en Atención Primaria, y se debe ajustar la puntuación por edad y nivel de estudios. No hay suficiente evidencia científica que permita recomendar el cribado poblacional de demencia en personas de más de 65 años.
El resultado de un test de cribado positivo no implica necesariamente el diagnóstico de ALZHEIMER ni demencia. Si se detecta deterioro cognitivo o funcional, es obligado ampliar la evaluación conductual con una anamnesis detallada, en donde se deben incluir, además, los tests que evalúen la existencia de pérdida funcional en las actividades de la vida diaria.

Diapositiva 17

¿Cómo se puede diferenciar el deterioro cognitivo leve de una demencia y cómo hay que actuar en cada caso?

El deterioro cognitivo leve es un intento de identificar la enfermedad de Alzheimer en sus fases más precoces.
Para el *European Alzheimer Disease Consortium*, los criterios diagnósticos serían:

- Queja subjetiva de pérdida de memoria por parte del paciente o de un informante válido (familiar o conviviente).
- Evidencia objetiva de alteración cognitiva, memoria o bien de otro dominio.
- Tiene que existir un cambio respecto a niveles previos y que este cambio dure al menos 6 meses.
- Sin alteraciones significativas de las actividades de la vida diaria
- Se excluyen patologías que pudieran explicar el deterioro en la memoria, como el síndrome confusional agudo, la depresión o el retraso mental.
- No se cumplen los criterios diagnósticos de demencia.

Diapositiva 18

Esta última parte es la más complicada de determinar. Hay que delimitar bien qué se entiende por reducción significativa de la autonomía funcional para hablar de demencia, y no hay ningún criterio objetivo para definirla.
Estos criterios podrían ser modificados, especialmente en lo que respecta al primero, debido a que se puede definir un deterioro cognitivo no amnésico, es decir, sin alteraciones de la memoria.

Los criterios diagnósticos de deterioro cognitivo leve son eminentemente clínicos, y quizás no son lo suficientemente operativos, pero son útiles para que el clínico dirija su atención a la identificación de una situación clínica que puede empeorar.

Algunos estudios anatomopatológicos han demostrado que más de la mitad de los pacientes con deterioro cognitivo leve muestran en su cerebro las placas seniles y ovillos neurofibrilares característicos de la enfermedad de Alzheimer.

Diapositiva 19

El deterioro cognitivo leve puede o no afectar a la memoria, clasificándose en amnésico y no amnésico.

La utilidad principal del diagnóstico del deterioro cognitivo leve es identificar la población con mayor riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer en fase de predemencia (enfermedad de Alzheimer prodrómica). Este grupo de población evolucionará a demencia en un porcentaje del 10 al 15 % anual.

Los tratamientos actuales con inhibidores de la acetilcolinesterasa no han demostrado beneficio sintomático ni reducción del riesgo de progresión a demencia en los pacientes con deterioro cognitivo leve.

Diapositiva 20

El espectro en el que nos movemos….

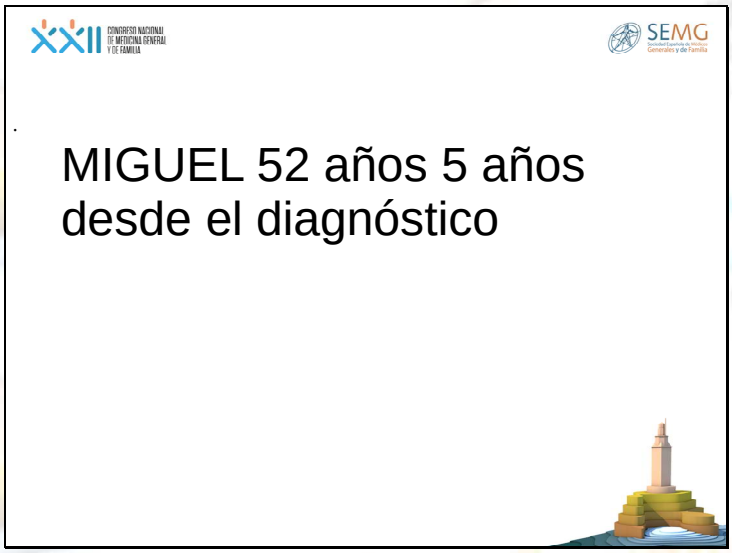
QUEJAS SUBJETIVAS DEPRESION ANSIEDAD MIEDO
HIDROCEFALIA NORMOTENSIVA
TCE HEMATOMA SUBDURAL
ALCOHOL
S. CONFUSIONAL, FÁRMACOS, INFECCION URINARIA

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER TIPICA - ATIPICA
ENFERMEDAD POR CUERPOS DE LEWY
DEMENCIA PARKINSON
COMPLEJO LOBAR FRONTOTEMPORAL (APP-SEMANTICA,CONDUCTUAL)
DETERIORO COGNITIVO DE ORIGEN VASCULAR

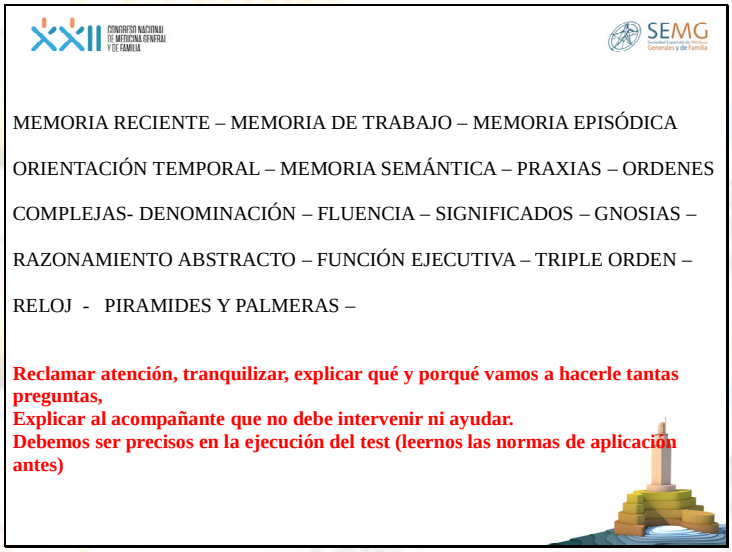
Y LOS CASOS MIXTOS !!!!!!

Diapositiva 21

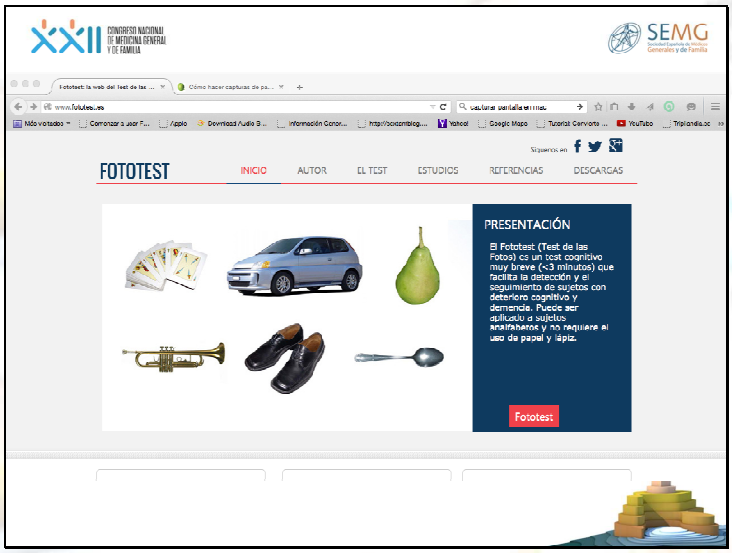
Diapositiva 22



Diapositiva 24



Diapositiva 25



Diapositiva 26

Diapositiva 27

Diapositiva 28

T@M (Test de Alteración de Memoria)
Rami L, Molinuevo JL, Bosch B, Sanchez-Valle R, Villar A (Int J Geriatr Psychiatry, 2007;22:294-7)

Unidad Memoria-Alzheimer. Hospital C linic i Universitari de Barcelona

Diapositiva 29

MEMORIA INMEDIATA "Intente memorizar estas palabras. Es importante que este atento/a"

Repita: **cereza (R) hacha (R) elefante (R) piano (R) verde (R)**

1. Le he dicho una fruta, ¿cuál era? **0 -1** (Si 0, repetirla)

2. Le he dicho una herramienta, ¿cuál era? **0 - 1** "

3. Le he dicho un animal, ¿cuál? **0 - 1** "

4. Le he dicho un instrumento musical, ¿cuál? **0 - 1** "
5. Le he dicho un color, ¿cual? **0 -1**

"Después le pediré que recuerde estas palabras"

"Este atenta/o a estas frases e intente memorizarlas" (máximo 2 intentos de repetición):

Repita: TREINTA GATOS GRISES SE COMIERON TODOS LOS QUESOS (R)

6. ¿Cuántos gatos había? **0 - 1**; 7. ¿De qué color eran? **0 - 1**; 8. ¿Qué se comieron? **0 - 1**
(Si 0 decirle la respuesta correcta)
Repita: UN NIÑO LLAMADO LUIS JUGABA CON SU BICICLETA (R) (máximo 2 intentos):

9. ¿Cómo se llamaba el niño? **0 - 1**; 10. ¿Con qué jugaba? **0 -1** (Si 0 decirle la respuesta correcta)

MEMORIA DE ORIENTACIÓN TEMPORAL

11. Día semana **0 - 1**; 12. Mes **0 - 1**; 13.Día de mes **0 - 1**; 14.Año **0 - 1**; 15.Estación **0 - 1**

Diapositiva 30

MEMORIA REMOTA SEMÁNTICA (2 intentos; si error: repetir de nuevo la pregunta)

16. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? **0 - 1**
17. ¿Cómo se llama el profesional que arregla coches? **0 - 1**
18. ¿Cómo se llamaba el anterior presidente del gobierno? **0 - 1**
19. ¿Cuál es el último día del año? **0 - 1**
20. ¿Cuántos días tiene un año que no sea bisiesto? **0 - 1**
21. ¿Cuántos gramos hay en un cuarto de kilo? **0 - 1**
22. ¿Cuál es el octavo mes del año? **0 - 1**
23. ¿Qué día se celebra la Navidad? **0 - 1**
24. Si el reloj marca las 11 en punto, ¿en qué número se sitúa la aguja larga? **0 - 1**
25. ¿Qué estación del año empieza en septiembre después del verano? **0 - 1**
26. ¿Qué animal bíblico engañó a Eva con una manzana? **0 - 1**
27. ¿De qué fruta se obtiene el mosto? **0 - 1**
28. ¿A partir de qué fruto se obtiene el chocolate? **0 - 1**
29. ¿Cuánto es el triple de 1? **0 – 1**
30. ¿Cuántas horas hay en dos días? **0 - 1**

Diapositiva 31

MEMORIA DE EVOCACIÓN LIBRE

31. De las palabras que dije al principio, ¿cuales podría recordar? **0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5** (esperar la respuesta mínimo 20 seg
32. ¿Se acuerda de la frase de los gatos? **0 - 1 - 2 - 3** (un punto por idea: 30 -grises –quesos)
33. ¿Se acuerda de la frase del niño? **0 - 1 - 2** (un punto por idea: Luis -bicicleta)

MEMORIA DE EVOCACIÓN CON PISTAS

34. Le dije una fruta, ¿cuál era? **0 -1**
35. Le dije una herramienta, ¿cuál? **0 - 1**
36. Le dije un animal ¿cuál era? **0 – 1**
37. Un instrumento musical, ¿cuál? **0 - 1**
38. Le dije un color, ¿cuál? **0 - 1**
(Puntuar 1 en las ideas evocadas de forma libre)

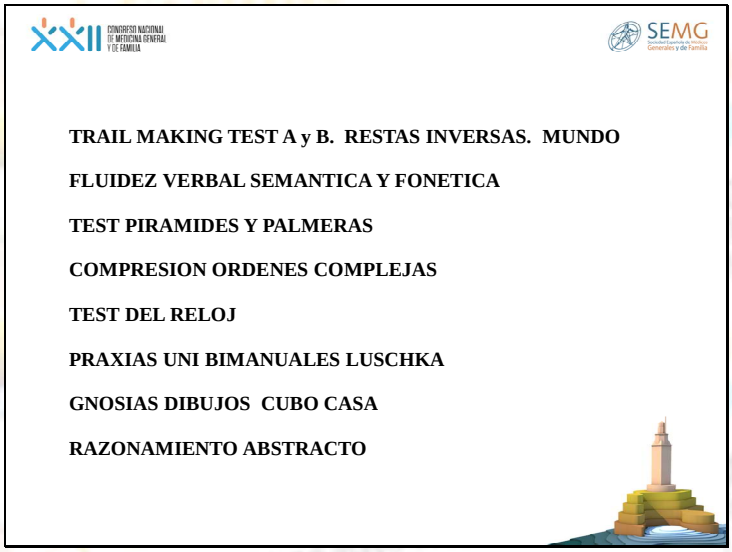
¿Se acuerda de la frase de los gatos?

39. ¿Cuántos gatos había? **0 - 1**
40. ¿De qué color eran? **0 - 1**
41. ¿Qué comían? **0 - 1**

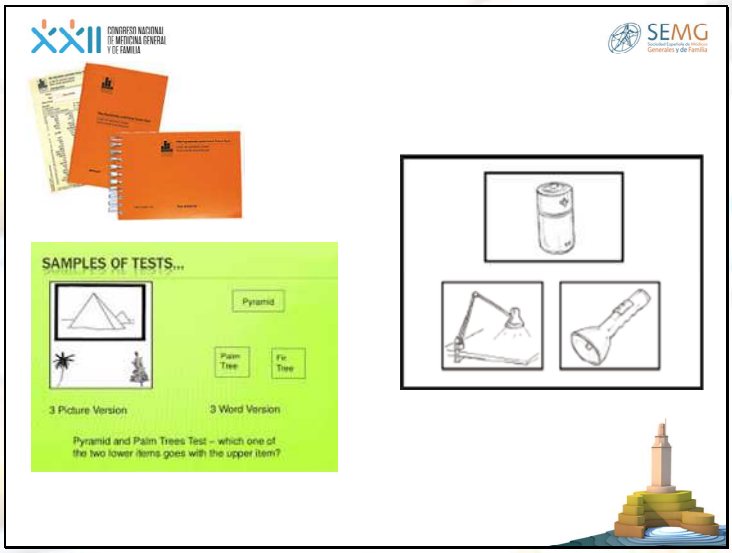
¿Se acuerda de la frase del niño?

42. ¿Cómo se llamaba? **0 - 1**
43. ¿Con qué estaba jugando? **0 - 1**

Diapositiva 32



Diapositiva 33



Diapositiva 34

¿Cuáles son las pruebas de laboratorio imprescindibles en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer?

El principal objetivo de las pruebas de laboratorio es descartar causas potencialmente reversibles de demencia y comorbilidades que puedan contribuir a las alteraciones cognitivas, así como descartar otros diagnósticos, como por ejemplo el *delirium*. Las causas potencialmente reversibles son raras.

No hay un consenso universal sobre la batería apropiada que debe realizarse. Sin embargo, las recomendaciones de las guías de práctica clínica y conferencias de consenso son similares: hemograma para descartar anemia, TSH para descartar hipotiroidismo, ionograma para descartar hiponatremia o hipercalcemia, glucemia para descartar diabetes y niveles séricos de vitamina B12 para descartar déficit. El déficit de folatos es raro y en la guía canadiense recomiendan determinar niveles sólo en casos de celiaquía o escasa ingesta de cereales.
En función de la clínica, es aconsejable pedir niveles de folatos, función hepática y renal, VSG, serología luética o VIH.

Diapositiva 35

Para las alteraciones metabólicas, infecciosas y tóxicas que pueden asociarse a la demencia no hay evidencia específica a partir de ensayos clínicos aleatorizados controlados de que su tratamiento revierta los síntomas cognitivos. Las disfunciones tiroideas pueden causar síntomas cognitivos y psiquiátricos y confundirse con las demencias, aunque el tratamiento de las alteraciones tiroideas no siempre revierte los déficits cognitivos. No hay evidencia de que el tratamiento con vitamina B12 o folatos mejore la función cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo con niveles bajos de vitamina B12 o folato, o niveles altos de homocisteína.
La serología luética es problemática por la dificultad de interpretar los resultados. No hay estudios de calidad que permitan recomendar el cribado de la neurosífilis en los pacientes con síntomas cognitivos.

Diapositiva 36

Los análisis de biomarcadores como el genotipo Apo-E o los niveles de proteína tau y betaamiloide en líquido cefalorraquídeo para la enfermedad de Alzheimer, o 14-3-3 y enolasa neuronal especifica no se realizan rutinariamente, y el estudio genético sólo está justificado en aquellos casos en los que exista historia familiar de demencia con patrón de herencia autosómica dominante.
Numerosos estudios han hallado de forma consistente un aumento de proteína tau total (T-tau) y de tau fosforilada (P-tau) y una reducción de amiloide Aß-42 en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes con enfermedad de Alzheimer respecto a controles. Estos marcadores tienen una alta sensibilidad y especificidad (>80%) para diferenciar la enfermedad de Alzheimer de la depresión y las demencias alcohólicas, pero son poco específicos para diferenciar en la enfermedad de Alzheimer de otras demencias.La combinación de Aß-42 y T-tau permite aumentar la especificidad para distinguir la enfermedad de Alzheimer de otras demencias. En otras enfermedades neurológicas, como la enfermedad cerebrovascular sin demencia, la esclerosis lateral amiotrófica, la enfermedad de Parkinson sin demencia,la depresión y la demencia alcohólica, los niveles de T-tau son normales o ligeramente elevados.

Diapositiva 37

Todos estos estudios, de casos y controles o de cohortes, provienen de centros especializados y es difícil extrapolar los resultados.

Además, aún no está clara la fiabilidad y estandarización de los tests, y los valores absolutos y puntos de corte para discriminar entre valores normales y patológicos son muy variables entre estudios y entre laboratorios.

Otra limitación importante es que la realización de la punción lumbar es molesta y no tendría una amplia aceptación como prueba rutinaria entre los pacientes con demencia.

El análisis del LCR está obviamente indicado cuando se sospeche una demencia secundaria a un proceso infeccioso de sistema nervioso central (por ejemplo, neurosífilis.

Diapositiva 38

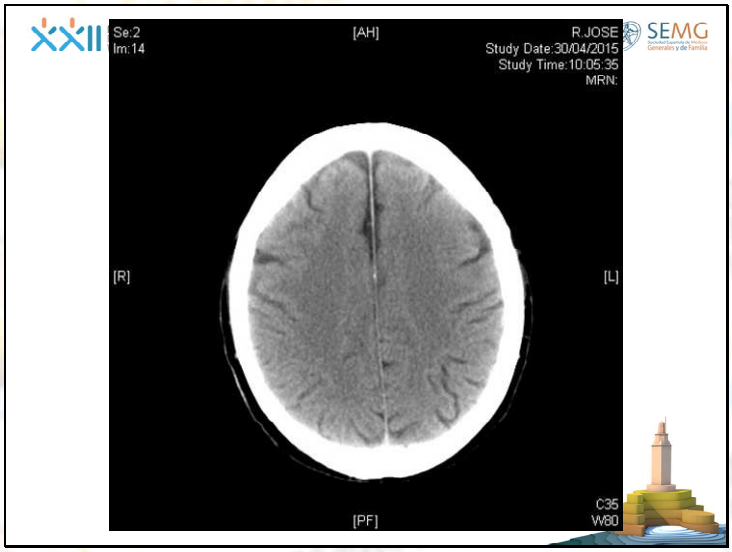
¿Debe solicitarse la determinación de apolipoproteína E (Apo-E) en la enfermedad de Alzheimer?

El genotipo Apo-E es el único claramente implicado en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío. La presencia del alelo ε4 de Apo-E está fuertemente asociada a la enfermedad de Alzheimer, mientras que el alelo ε2 puede tener efecto protector.
Las guías de Singapore, de la EFNS y de la SEN, así como RS de estudios de asociación genética no recomiendan la determinación del genotipo Apo-E en la práctica asistencial a nivel diagnostico ni predictivo, ya que no es bastante sensible ni especifica. En una gran serie con confirmación neuropatológica, la sensibilidad y especificidad de la presencia del alelo ε4 de Apo-E para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer fue del 65% y el 68%, respectivamente. Tampoco es una buena herramienta para distinguir los distintos tipos de demencia.
Por lo que respecta a otros genes de susceptibilidad, no se llega a ninguna conclusión clara, y se necesitarían más estudios para establecer su papel en la enfermedad de Alzheimer y poder tener suficiente evidencia científica para realizar recomendaciones.

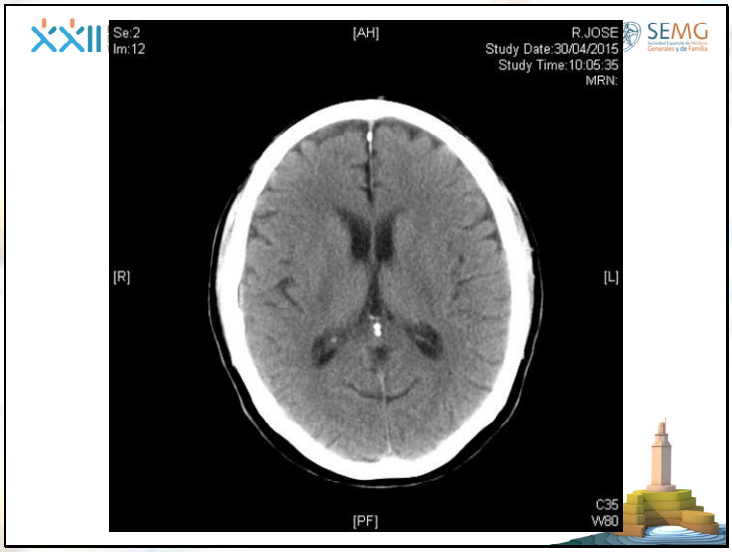
Diapositiva 39

77 años

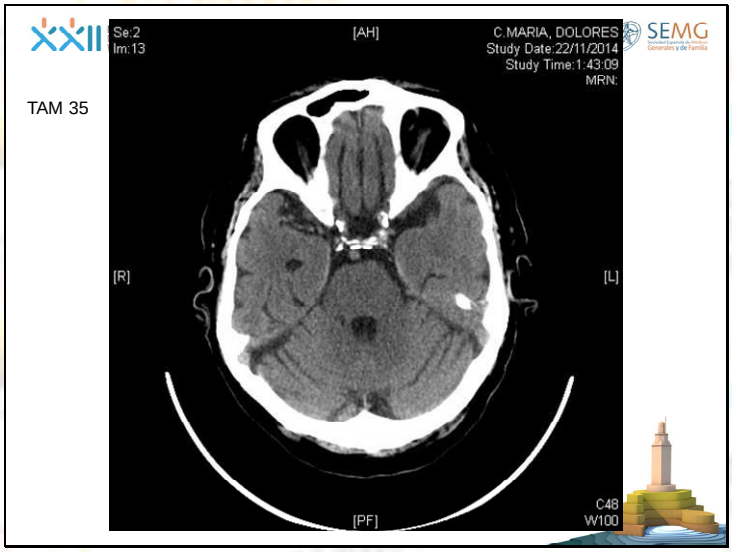
Diapositiva 40



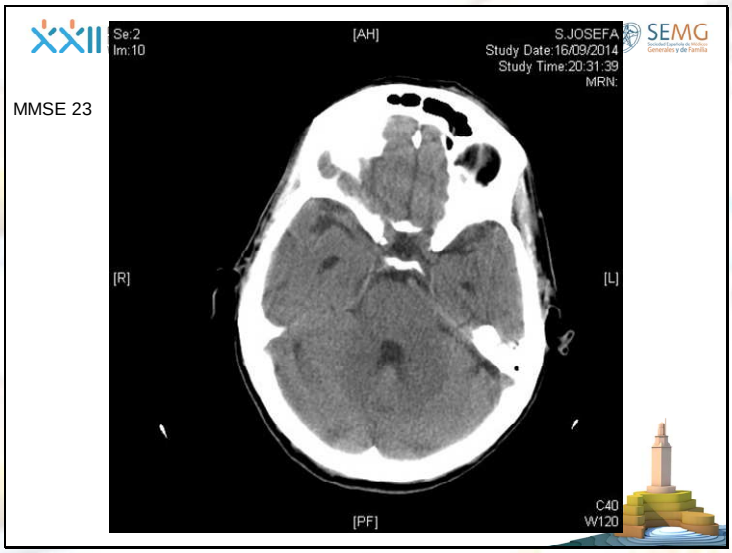
Diapositiva 41



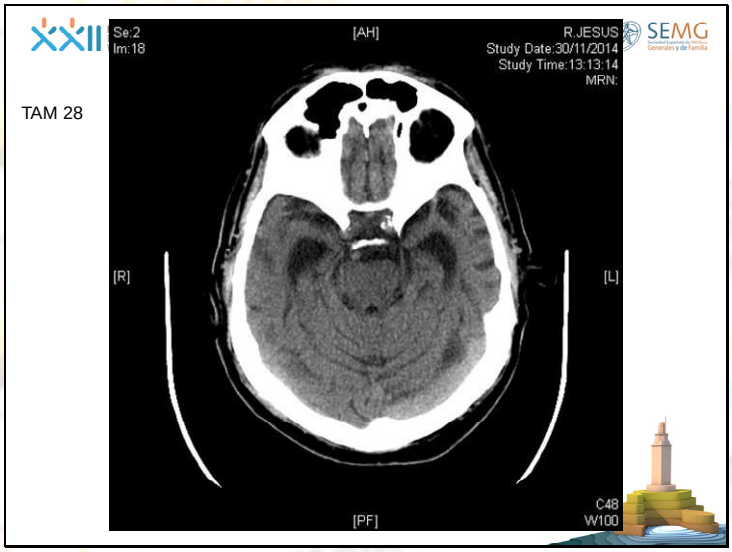
Diapositiva 42



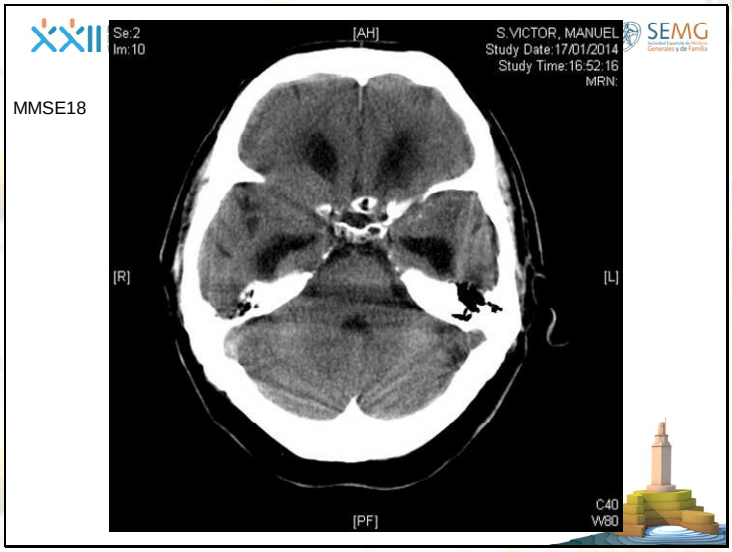
Diapositiva 43



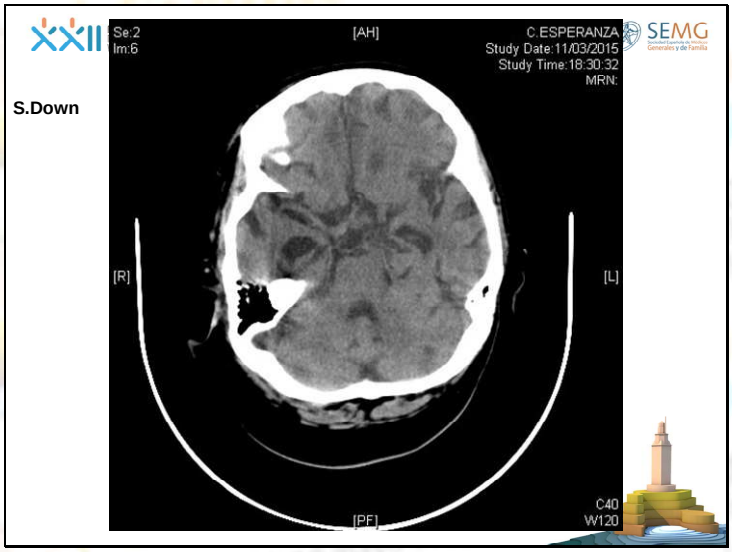
Diapositiva 44



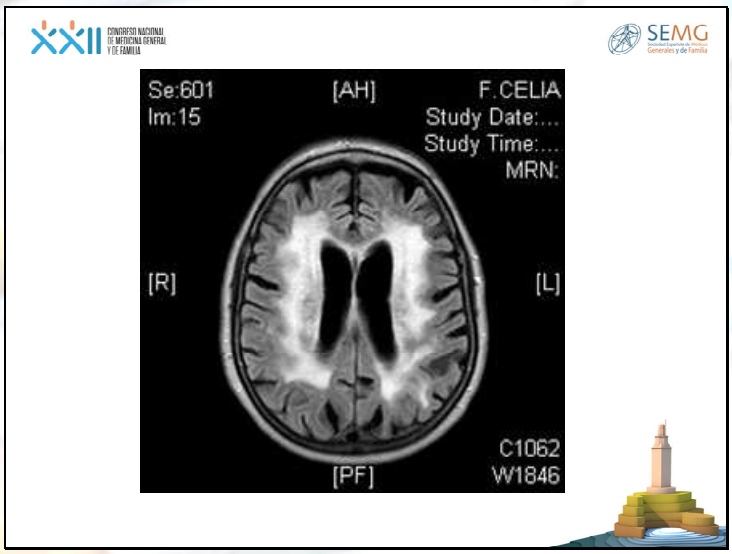
Diapositiva 45



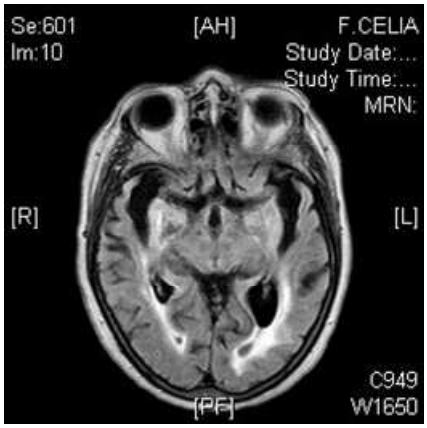
Diapositiva 46



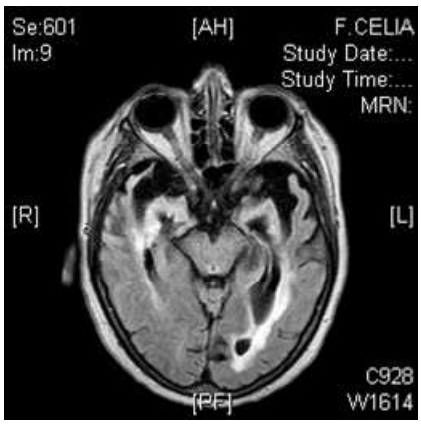
Diapositiva 47



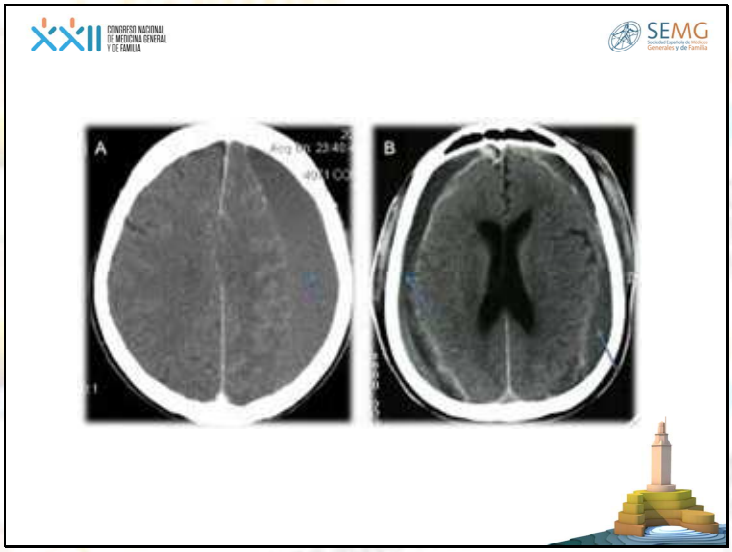
Diapositiva 48



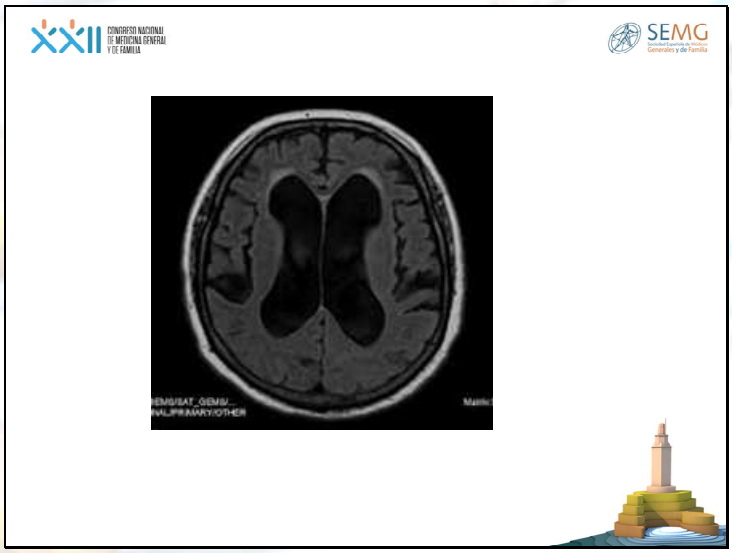
Diapositiva 49



Diapositiva 50



Diapositiva 51

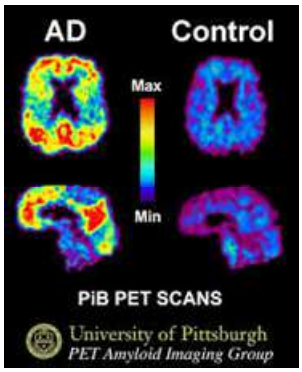


Diapositiva 52

¿Cuál es la técnica de neuroimagen funcional de elección para el diagnóstico de la demencia y sus diferentes tipos?

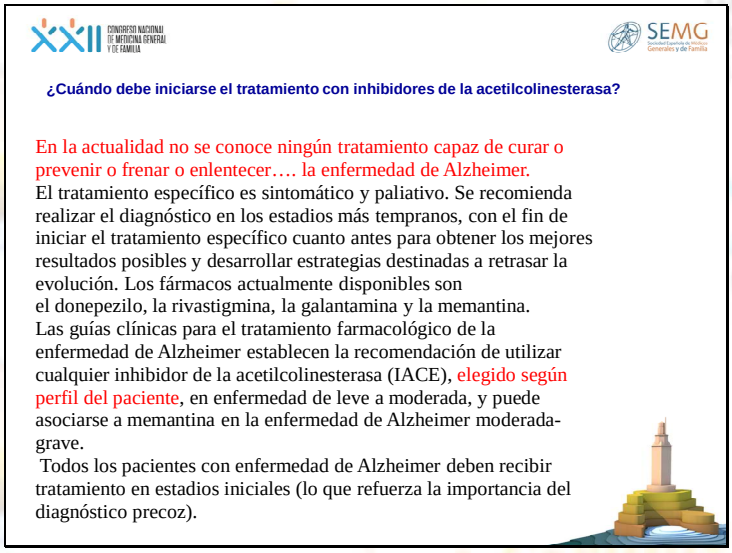
Las técnicas de neuroimagen son capaces de detectar cambios en el cerebro de las personas con enfermedad de Alzheimer, pero también en sujetos sanos o en personas que aún no han desarrollado la enfermedad. Estos cambios están en relación con los depósitos de péptido betaamiloide que ocurren en la enfermedad. Los criterios de investigación propuestos por Dubois *et al.* para la enfermedad de Alzheimer en 2007 incluyen un patrón específico de hipoactividad (hipometabolismo bilateral de la glucosa en regiones temporoparietales en neuroimagen funcional con PET), lo que junto a la atrofia de la región hipocámpica en neuroimagen estructural constituye un marcador de la fisiopatología de la enfermedad.
La Guía de práctica clínica del SNS de enfermedad de Alzheimer y otras demencias recomienda (con un grado de recomendación B) que la SPECT y la PET se pueden emplear como complemento a la neuroimagen estructural para apoyar el diagnóstico o para ayudar a diferenciar entre diferentes tipos de demencia cuando el diagnóstico es incierto. No se recomienda su uso rutinario ni como herramienta única de diagnóstico.

Diapositiva 53



Diapositiva 54

Diapositiva 55



Diapositiva 56

¿Cuál es la eficacia de los inhibidores de la acetilcolinesterasa? ¿En qué aspectos de la enfermedad son más útiles? ¿Hay diferencias entre ellos?

Todos los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) comparten mecanismo de acción, mejorando la transmisión colinérgica al inhibir la acetilcolinesterasa. No muestran diferencias entre ellos respecto a perfiles de eficacia y seguridad. Con sólo leves diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas, la intolerancia o falta de respuesta a uno no implica que otro no sea eficaz o bien tolerado. El donepezilo se administra en 1 toma al día; la rivastigmina y la galantamina en 2 (la rivastigmina dispone además de parches: 1/24 h) y la galantamina de una presentación de liberación prolongada: 1/24h). El donepezilo y la galantamina tienen alta selectividad por la acetilcolinesterasa, con muy poca actividad a nivel periférico (sobre la butirilcolinesterasa). La rivastigmina inhibe ambas enzimas. El donepezilo y la rivastigmina son antagonistas no competitivos de la colinesterasa, mientras que la galantamina es antagonista competitivo y modula al receptor nicotínico de acetilcolina.

Diapositiva 57

Ensayos clínicos han demostrado que los IACE proporcionan beneficio modesto pero significativo en esfera cognitiva, funcional y conductual. Los objetivos terapéuticos son la mejoría o estabilización en estas áreas. El retraso en la progresión de síntomas es coste-efectivo.

Hay pocos estudios que comparen la eficacia entre los tres IACE; un metaanálisis de 33 ensayos clínicos (sólo 6 comparaban directamente un fármaco con otro) concluyó que no existen diferencias significativas en cuanto a eficacia.

Diapositiva 58

¿Cuál es la eficacia de la memantina? ¿En qué aspectos de la enfermedad es más útil?

La memantina es un antagonista glutamatérgico no competitivo de moderada-baja afinidad del receptor NMDA; bloquea la activación tónica del receptor por concentraciones excesivas de glutamato pero preserva la actividad fisiológica del receptor. En nuestro país, la memantina está aprobada para el tratamiento de enfermedad de Alzheimer moderada grave. Ensayos clínicos aleatorizados muestran beneficio en los aspectos cognitivo, conductual y funcional. El beneficio socioeconómico de la memantina también se ha analizado. La mejoría funcional y de aspectos conductuales beneficia a familia y cuidador. Retrasa la transición al estado de dependencia y reduce la institucionalización del enfermo. La memantina no dispone de indicación en ficha técnica para enfermedad de Alzheimer leve, si bien podría emplearse en caso de contraindicación a los inhibidores de la acetilcolinesterasa o asociada a éstos en pacientes que presenten una rápida progresión de la enfermedad (pérdida >6 puntos/año en el MMSE).

Diapositiva 59

¿Cuáles son los criterios que deben usarse para sustituir un tratamiento con inhibidor de la acetilcolinesterasa por otro o por memantina?

Por intolerancia:
Retirar el fármaco, esperar a la resolución del efecto secundario e introducir escalonadamente el nuevo IACE hasta alcanzar dosis eficaces.
Por ineficacia:
Pacientes no respondedores: pérdida >2 puntos en el MMSE en 6-12 meses.
Pérdida de eficacia: pacientes que responden durante unos meses y posteriormente empeoran de manera significativa. En estos casos, la sustitución por otro IACE puede hacerse con un escalado rápido (2 semanas).
Si la pérdida de eficacia ocurre tras 12-18 meses, se entiende como la evolución natural del proceso.

Diapositiva 60

Alrededor de 1/3 de los pacientes no responden al tratamiento y tanto los IACE como la memantina pierden su efecto con el tiempo.

No se deben administrar dos IACE simultáneamente. En primer lugar, se recomienda probar un inhibidor de la colinesterasa y, si es ineficaz o produce efectos secundarios intolerables, se cambia a otro.

En pacientes que muestren poca o ninguna mejoría con un IACE en monoterapia, se puede asociar memantina. En pacientes con enfermedad de Alzheimer moderada-grave se puede utilizar terapia combinada IACE-memantina.

Diapositiva 61

¿Ofrece la terapia combinada con un inhibidor de la acetilcolinesterasa y memantina beneficios con respecto a la monoterapia? ¿En qué situaciones?

Las guías clínicas para el tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer establecen la recomendación de utilizar memantina sola o combinada con un inhibidor de la acetilcolinesterasa (IACE) en la enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.
En un ensayo clínico realizado en pacientes con enfermedad de Alzheimer moderadamente grave o grave que recibían donepezilo, se añadió memantina durante 4 semanas a la mitad de los pacientes. La combinación de memantina y donepezilo se asoció con una mejoría significativa de la función cognitiva, menor deterioro de actividades de la vida diaria y mejoría en estado clínico global, respecto al grupo de los tratados sólo con donepezilo.
La terapia combinada es segura y bien tolerada. La combinación de IACE y memantina en estos estadios es beneficiosa y superior al tratamiento solo con IACE.

Diapositiva 62

¿Hasta cuándo se debe mantener el tratamiento con inhibidores de acetilcolinesterasa y/o memantina? ¿Cuáles serían los criterios de retirada?

1. La eficacia del tratamiento específico ha de evaluarse cada 6 meses,
2. La retirada debe plantearse tras una valoración individualizada.
3. Siempre que sea posible, debe consensuarse con familiares.
4. Situaciones en que se puede valorar la retirada el tratamiento:
   - Cuando el paciente se encuentre en fase terminal GDS 7
   - En caso de rechazo a la toma de fármacos.
   - Falta de cumplimiento terapéutico.
   - Falta de respuesta al fármaco o bien si no se objetiva beneficio.
   - Efectos secundarios severos o intolerables (diarreas, náuseas, vómitos, anorexia o pérdida de peso, síncope no explicado, etc.).
   - Presencia de comorbilidad severa
5. No se debería considerar la retirada:
   - Basándose únicamente en puntuaciones MMSE.
   - Sólo porque el paciente esté institucionalizado.
   - Por criterio de edad.
   - Por criterios economicistas.

Diapositiva 63

¿Cuáles son los efectos secundarios de los inhibidores de la acetilcolinesterasa y de la memantina?

LOS EFECTOS ADVERSOS más comunes de los inhibidores de la acetilcolinesterasa son gastrointestinales, como náuseas, vómitos y diarrea. Otros menos frecuentes son dolor abdominal, anorexia, pérdida de peso, trastornos del sueño, calambres musculares, incontinencia urinaria, **bradicardia** y síncope. Los efectos adversos suelen ser leves, transitorios y dosis-dependientes. Para prevenir su aparición o minimizarlos se aconsejan dosis ascendentes progresivas.

INTERACCIONES: Los inhibidores de la acetilcolinesterasa incrementan la acción miorrelajante de succinilcolina durante la anestesia, por lo que se recomienda suspenderlos antes de la cirugía. Pueden aumentar la bradicardia producida por fármacos como betabloqueantes, diltiazem, verapamilo... Pueden aumentar la secreción gástrica y potenciar alteraciones gastrointestinales en pacientes que reciben antiinflamatorios no esteroideos.

Diapositiva 64

INTERACCIONES:
Los inhibidores centrales de la acetilcolinesterasa pueden aumentar el riesgo de producir efectos extrapiramidales de los antipsicóticos.

El donepezilo es un sustrato de CYP2D6 y CYP3A4, por lo que inhibidores de la CYP3A4 como el itroconazol y la eritromicina, e inhibidores de la CYP2D6 como la fluoxetina podrían inhibir su metabolismo, mientras que inductores enzimáticos como la rifampicina, la fenitoína, la carbamazepina y el alcohol pueden reducir los niveles de donepezilo.

La memantina puede aumentar los efectos de la levodopa, de los agonistas dopaminérgicos, de los anticolinérgicos y las hidroclorotiazidas, reducir los efectos de barbitúricos y neurolépticos y modificar los de antiespásticos como el dantroleno o el baclofén. No debe asociarse a la fenitoína. Interacciona con la cimetidina, la ranitidina, la procainamida, la quinina y la nicotina.

Diapositiva 65

¿Qué tratamiento se puede utilizar en caso de pacientes con problemas de deglución?

La disfagia es frecuente en la demencia avanzada. Además de la disfagia propiamente dicha, debe tenerse encuenta también la dificultad para la ingesta oral debida a apraxia de la deglución-masticación o el rechazo del alimento.
Pueden emplearse medidas generales destinadas a favorecer la deglución, como una hidratación correcta, dieta blanda adaptada a las preferencias del paciente y uso de espesantes.
Uno de los aspectos relacionados con el incumplimiento del tratamiento anti-Alzheimer es la dificultad para tragar formas sólidas. Muchos pacientes presentan disfagia y algunos requieren alimentación por sonda o PEG. En pacientes con problemas para deglutir son útiles las formas bucodispersables (donepezilo) y las soluciones orales (de galantamina y rivastigmina), además de los parches transdérmicos (rivastigmina). Otra opción es triturar las formas sólidas siguiendo guias para fármacos que se puedan triturar y mezclarlas con agua o soluciones almibaradas que puedan facilitar la deglución.

Diapositiva 66

¿Cuál es el papel de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer?

En fases iniciales, el paciente puede beneficiarse de ejercicios de rehabilitación cognitiva, como ocurre en los talleres de memoria. En fases moderadas un recurso útil pueden ser los centros de día, que proporcionan estimulación cognitiva que retrasa la pérdida de capacidad funcional del paciente y reducen la carga del cuidador.
Es importante mantener la actividad física y corregir los déficits sensitivos (visuales, auditivos…).
Los programas de intervención cognitiva son eficaces en enfermedad de Alzheimer leve-moderada para mantener la función cognitiva, la funcionalidad y la calidad de vida, si bien la magnitud del efecto no está bien establecida.
No hay evidencia acerca de si una intervención es más eficaz que otra, si bien las que requieren un procesamiento general parecen tener mayor beneficio global que las que realizan entrenamiento cognitivo de funciones concretas.

Diapositiva 67

¿Cuáles son los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia más frecuentes en cada momento de la evolución de la enfermedad de Alzheimer?
¿Tienen relación con el deterioro cognitivo?

Los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD) son síntomas complejos, de etiología multifactorial (factores biológicos: genéticos, neuroquímicos; psicológicos, sociales y ambientales) influenciados por la personalidad previa y la interacción con el medio ambiente.
Hay mucha variabilidad en la forma de presentación y en el momento evolutivo de la enfermedad de Alzheimer en que aparecen.

Podemos agrupar los SCPD en tres grupos principales:
- Trastornos del estado de ánimo (ansiedad, depresión, apatía).
- Agitación (agresividad, irritabilidad, inquietud, gritos y deambulación).
- Síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios).

Diapositiva 68

XXII CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA — SEMG Sociedad Española de Medicina General y de Familia

¿Agitación psicomotriz: ¿de qué estamos hablando?

Forma parte de los sintomas psicologicos y conductuales de la demencia, y se estima que se presenta en el 60% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer en algun momento evolutivo de la misma. Correlaciona con deterioro cognitivo mas rapido, mayor sobrecarga del cuidador, riesgo aumentado de institucionalizacion, mayor consumo de recursos sociosanitarios y peor calidad de vida.

Comportamientos agitados:

Conductas físicamente agresivas	Golpear, empujar, agarrar, etc.
Conductas físicamente no agresivas	Inquietud, gesticulacion repetitiva, etc.
Conductas verbalmente agresivas	Amenazas, insultos, gritos, etc.
Conductas verbales no agresivas	Negativismo, reiteraciones, intrusividad, etc.

Diapositiva 69

XXII CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA — SEMG Sociedad Española de Medicina General y de Familia

¿Agitación psicomotriz: ¿de qué estamos hablando?

EVALUACIÓN

- Identificacion del sintoma: intensidad, duracion, antecedentes-consecuencias, impacto en el paciente y entorno,etc.

- Identificacion del *cluster* o esfera primaria: los trastornos conductuales pueden derivar de sindromes psicologicos,y asi la agitacion puede ser secundaria al sindrome psicotico (delirios, alucinaciones, falsos reconocimientos) o al sindrome afectivo (depresion agitada). Es importante esta agrupacion de sintomas porque condicionara el abordaje farmacologico, que en estos casos si esta indicado (neurolepticos atipicos o antidepresivos ISRS).

- Evaluacion del grado de satisfaccion de las necesidades basicas del paciente, no solo fisicas (alimentacion, evacuacion, ejercicio, etc.), sino tambien psicologicas y relacionales (comunicacion, afectividad, etc.).

- Evaluacion de causas fisicas, con especial enfasis en dolor, estrenimiento e impactacion fecal, inmovilismo, etc.

- Historia farmacologica: acatisia por efectos extrapiramidales secundarios a farmacos, *delirium* por efectos anticolinergicos centrales, farmacos y sustancias estimulantes del SNC, efectos paradojicos de sedantes de SNC, etc.

Diapositiva 70

Los SCPD son importantes por su frecuencia (prácticamente todos los pacientes con enfermedad de Alzheimer los presentarán en algún momento de la evolución), pueden ser motivo de asistencia urgente, afectan a la calidad de vida del paciente y aumentan el estrés del cuidador.

Los SCPD pueden aparecer en cualquier fase de la enfermedad. En ocasiones, es la aparición de los SCPD lo que alerta a la familia y le inducen a consultar al equipo de Atención Primaria. Ante el hallazgo de uno de estos síntomas, es necesario explorar la existencia de otros SCPD que pueden haber pasado desapercibidos al ser de intensidad leve.

En algunas demencias constituyen parte de los criterios diagnósticos (alucinaciones visuales en la demencia con cuerpos de Lewy, desinhibición en la degeneración lobar frontotemporal). En la fase de demencia leve a moderada, paralelamente al deterioro de las actividades instrumentales de la vida diaria, aparecen trastornos del sueño y conductas de desinhibición alimentaria y sexual. En fases más avanzadas pueden aparecer en la enfermedad de Alzheimer delirios, alucinaciones y agitación.

Diapositiva 71

¿Cuál es el mejor tratamiento para la agitación en un paciente con enfermedad de Alzheimer?

La agitación es, junto con los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, etc.), uno de los síntomas más frecuentes en las demencias y con frecuencia origina situaciones de crisis. Antes de prescribir un fármaco es necesario evaluar bien la situación. Hay que descartar posibles causas médicas de la agitación, como dolor, infecciones, retención urinaria, estreñimiento, efectos secundarios de fármacos… También pueden existir otras causas, como cambios de domicilio, cambios en el entorno o en los cuidadores, situaciones de hiperestimulación, ante las que el paciente con recursos cognitivos limitados responde con agitación o agresividad. Si es posible identificar una situación concreta en que se produzcan los síntomas (vestido, baño, comida, paseo), muchas veces es posible evitarla con sencillos cambios o minimizar la frustración que supone para el paciente.

Diapositiva 72

Los fármacos antipsicóticos son los únicos con eficacia demostrada en los síntomas psicóticos de la demencia, y también son útiles en situaciones de agitación y problemas de conducta. No hay grandes diferencias entre ellos en cuanto a eficacia, pero sí en cuanto a efectos secundarios (síntomas extrapiramidales, sedación).
Los antipsicóticos atípicos o de segunda generación son los fármacos de elección en caso de resultar necesarios. El único que cuenta con la indicación autorizada en ficha técnica es la risperidona, generalmente a dosis entre 0,5 y 2 mg/día. Hay que recordar que en los mayores de 75 años es necesario el visado de inspección para su prescripción, indicando en el informe el diagnóstico (síntomas conductuales y psicológicos de la demencia con agitación, que no responden a medidas no farmacológicas). La quetiapina es bien tolerada y produce pocos efectos extrapiramidales. La dosis varían entre 50 y 300 mg, y debido a su perfil sedante es conveniente empezar por la noche y ajustar lentamente la dosis.

Diapositiva 73

¿Cuál es el mejor tratamiento para la depresión en un paciente con enfermedad de Alzheimer?

La depresión forma parte del cuadro de la enfermedad de Alzheimer y también del diagnóstico diferencial. Puede ser un síntoma de aparición precoz en la demencia y ambas condiciones pueden coexistir. La depresión se halla presente en el 38-49,6% de las personas con enfermedad de Alzheimer. Puede provocar, por sí misma deterioro cognitivo similar al de fase inicial de la enfermedad, lo que dificulta el diagnóstico diferencial, para el que puede llegar a ser preciso un tratamiento con antidepresivos.
Las medidas generales incluyen la identificación de factores desencadenantes (ingresos, fallecimientos, pérdidas, etc.) y modificar el ambiente buscando actividades y recuerdo de situaciones satisfactorias para el paciente.
En general, las terapias no farmacológicas (reminiscencia, musicoterapia, ejercicio) son útiles para la depresión.
Los antidepresivos son útiles y suelen precisarse tratamientos más cortos que en pacientes sin demencia.

Diapositiva 74

No hay interacciones significativas entre los antidepresivos y los inhibidores de la colinesterasa o memantina, lo que permite una prescripción combinada con buen margen de seguridad. De hecho, se recomienda el tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa en pacientes con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada para el manejo de las manifestaciones conductuales (apatía, ansiedad y depresión).

Los antidepresivos más recomendables son la sertralina, el citalopram y el escitalopram, a las dosis habituales. No se recomiendan los antidepresivos tricíclicos por sus efectos adversos y por empeorar la función cognitiva.

Diapositiva 75

¿Cuál es el mejor tratamiento para la apatía en un paciente con enfermedad de Alzheimer?

La apatía es el síntoma conductual y psicológico de la demencia más frecuente en la enfermedad de Alzheimer.
Las medidas generales para su manejo incluyen la estimulación y la participación en actividades; estimular el movimiento, la conversación, la imitación, participar en actividades en grupo.
También es importante valorar en la situación del enfermo si la reducción del interés y la actividad no se debe a una reacción personal ante determinados cambios en el entorno o de los cuidadores, y en principio es una conducta que hay que respetar. Como en todos los SCPD, es importante explicar al cuidador en qué consiste el síntoma y su significado en la evolución de la enfermedad de Alzheimer. El tratamiento sintomático específico de la enfermedad de Alzheimer con fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa reduce la aparición de apatía. En pacientes con apatía importante pueden utilizarse otros medicamentos, como el metilfenidato o el bupropión.

Diapositiva 76

¿Qué precauciones hay que tener al prescribir un neuroléptico a un paciente con enfermedad de Alzheimer?

Los fármacos neurolépticos o antipsicóticos son los únicos fármacos que han demostrado eficacia en el control de los síntomas psicóticos de las demencias. También se utilizan para el control de la agitación y de otras alteraciones conductuales. No existen diferencias significativas en cuanto a la eficacia de unos sobre otros, pero sí hay diferencia en cuanto al perfil de efectos secundarios.
Todos los psicofármacos deben ser usados con precaución en los pacientes con demencia. Se usarán a bajas dosis de inicio, con pequeños aumentos progresivos e intervalos largos entre cada aumento, y a las mínimas dosis que puedan ser eficaces, con el fin de minimizar los efectos secundarios más habituales: sedación excesiva, empeoramiento de la cognición, parkinsonismo, riesgo de caídas y apnea del sueño.

Diapositiva 77

¿Qué se puede hacer para ayudar a la familia de un paciente con síntomas conductuales y psicológicos de la demencia?

Baño
Hacer un "baño seguro". Antideslizante. Agua a temperatura adecuada. Lavar la cabeza al final. Dejar participar al paciente y dar refuerzo positivo.
Vestido
Preparar la ropa evitando tener que elegir. Ayudar con indicaciones. Ropa amplia y fácil de abrir y cerrar (velcro, cremalleras). Dar refuerzo positivo cuando corresponda.
Comida
Mantener un horario de comidas y evitar distracciones a la hora de comer. Temperatura adecuada. Respetar las preferencias del paciente. Utilizar alimentos que se puedan comer sin cubiertos.
Vagabundeo
Hacer ejercicio físico a diario. Mantener libres de obstáculos los lugares por los que camina el paciente. Poner timbres para avisar de que se abre la puerta o sale el paciente. Medallas o brazaletes identificativos.
Incontinencia
Ir al servicio de forma programada cada cierto tiempo.
Estar atento a señales no verbales (encogerse, inquietud).
Ropa fácil de abrir y baños sin obstáculos. Poner carteles o señales en las puertas.

Diapositiva 78

Hay que valorar cuidadosamente con los familiares en qué momento del día aparecen los síntomas, en qué situaciones, y analizar qué ocurre antes y también qué ocurre después. De esta forma podemos identificar desencadenantes de las conductas problemáticas, o también formas de responder a las mismas que refuerzan esa conducta, y en función de ello hacer las modificaciones convenientes.
Otro aspecto importante es enseñar a los cuidadores a utilizar un estilo de comunicación que resulte terapéutico. Discutir con un paciente con deterioro cognitivo, o tratar de convencerle de que no tiene razón sólo conduce a aumentar la tensión y hacer más fácil la repetición de los síntomas. Una comunicación clara y directa, que ayude al paciente a orientarse en lugar de plantearle desafíos, va a ser de gran ayuda (por ejemplo, hablar en un tono pausado, frente a la persona, no plantearle preguntas, explicarle lo que se va a hacer en cada momento, etc.).También es fundamental asegurarse de que las condiciones ambientales son adecuadas: luz suficiente para ver y orientarse, ausencia de ruidos que distraigan o que impidan escuchar, utilizar gafas o audífonos si se precisan, evitar cambiar muebles y objetos de lugar, mantener unas rutinas diarias haciendo las mismas actividades en el mismo orden.

Diapositiva 79

¿Cómo deben actuar los profesionales de Atención Primaria ante el maltrato en la enfermedad de Alzheimer?

Según la Declaración de Toronto (2002), por maltrato al anciano se entiende una acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que le causa daño o angustia y que se da en cualquier relación en la que hay una expectativa de confianza. Detectar el maltrato es muchas veces difícil, debido al aislamiento social que sufren estas personas, su negación o incapacidad de comunicarlo, la escasa concienciación de los profesionales y la discriminación que habitualmente sufre este colectivo.
La persona responsable de maltrato suele ser un familiar que ejerce de cuidador, con síntomas de ansiedad, depresión y excesivo estrés derivado de la carga de cuidar, agravado por las características de la persona cuidada. La Escala de Detección del Maltrato por parte del Cuidador Caregiver Abuse Screen es un instrumento que nos permite sospechar la presencia de maltrato. Es un instrumento sensible y específico que pude utilizarse como cribaje, pero debe complementarse con una valoración más precisa.

Diapositiva 80

La existencia de una historia clínica y una exploraciónfísica, neurológica, cognitiva y conductual es fundamental para el diagnóstico del maltrato en las personas afectas de demencia.
En cuanto a la comunicación con la persona afectada, es muy importante que se realice en unas condiciones preestablecidas de tranquilidad, comodidad e intimidad, garantizando la confidencialidad y utilizando un lenguaje claro y sencillo, promoviendo la confianza y facilitando la verbalización de problemas y actitudes. Es aconsejable interrogar al paciente solo y con el cuidador, y observar todos aquellos signos y síntomas que nos den pistas para detectar maltrato, entre ellos la inquietud, el miedo, la pasibilidad, la expresión facial, ansiedad, depresión, etc., incidiendo directamente en los factores de riesgo.
El examen físico ha de ser extremadamente cuidadoso buscando lesiones o hematomas, valorando el estado de la piel y la posible presencia de desnutrición sin causa que lo justifique .El médico de Atención Primaria, junto con el resto de los profesionales que atienden a los pacientes con demencia, debe preservar los derechos fundamentales de estas personas e informar respetando su derecho a la confidencialidad; si existe sospecha cierta de maltrato tiene la obligación ética y legal de proteger a la víctima y activar los recursos judiciales existentes.

Diapositiva 81

¿Cuándo se le debe plantear a una persona con enfermedad de Alzheimer la realización del documento de voluntades anticipadas?

En el caso de una persona a la que se le diagnostica de demencia, la recomendación para elaborar las voluntades anticipadas debería acompañar al diagnóstico.
Es decir, que ambos actos deberían ser consecutivos en el tiempo y lo más próximos posible al diagnóstico, con tal de poderse garantizar el máximo de integridad posible.
La Ley no concreta el contenido del documento de voluntades anticipadas, en el que pueden anotarse todas aquellas indicaciones que se consideren de interés por parte de la persona que lo otorga. Aquellos aspectos del documento de instrucciones previas que no estén permitidos por la Ley, o bien que estén expresamente prohibidos, no serán tenidos en consideración. Ello no supondrá la pérdida de validez del resto de indicaciones que contenga y que no resulten contrarias a las normas.

Diapositiva 82

El documento de voluntades anticipadas debe registrarse en cada comunidad autónoma, normalmente en la Consejería de Sanidad, y ha de incorporarse a la historia clínica del paciente.
Sería aconsejable que se incorporara telemáticamente a la tarjeta sanitaria.
Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.
El Registro Nacional de instrucciones previas o voluntades anticipadas creado por el Ministerio de Sanidad y Consumo asegura la eficacia en todo el territorio nacional de las voluntades anticipadas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con dispuesto en la legislación.

Diapositiva 83

¿Cómo se puede iniciar desde un equipo de Atención Primaria un proceso legal de incapacitación de un enfermo de Alzheimer?

En la demencia, la capacidad de decisión esta disminuida. Esto plantea problemas específicos que la familia y la sociedad deben solucionar. En la enfermedad de Alzheimer, ya en su inicio o a lo largo de la evolución, los pacientes pierden la conciencia de enfermedad y el deterioro cognitivo y conductual condiciona la toma de decisiones inadecuadas que pueden perjudicarles a sí mismos y también a otras personas. Pocas personas, aun hoy en día, han expresado sus voluntades anticipadas.
En la demencia, la capacidad puede variar de acuerdo con las fluctuaciones que se experimentan, pudiendo existir periodos intermitentes de lucidez. La capacidad de tomar decisiones debe ser analizada con mucho cuidado, con una valoración completa de las capacidades cognitivas que intervienen en la misma. Ante situaciones de riesgo elevado, deberán extremarse las medidas de control y protección y se procederá a iniciar el proceso de incapacitación. Este proceso debe iniciarse: a) si hay demencia; b) si la clínica es persistente y c) sí ésta impide el autogobierno (capacidad para resolver los propios asuntos, la capacidad de atender las capacidades básicas y alcanzar los objetivos o cumplir los deseos).

Diapositiva 84

XXII CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA — SEMG Sociedad Española de Medicina General y de Familia

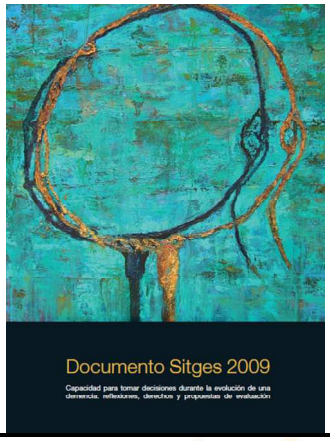
¿Cómo puede valorarse la competencia de un paciente con enfermedad de Alzheimer?

Los médicos establecemos la competencia o capacidad a diario por una mezcla de experiencia, intuición y sentido común.
En las demencias, las situaciones más comunes son las decisiones sobre tratamientos o pruebas diagnósticas y las que tienen interés económico o contractual. Pero pueden incluirse muchas más, de modo que la aceptación o rechazo de ingreso en residencia, la capacidad de conducir o la de votar han sido tratadas en la bibliografía. En concreto, la capacidad de votar en enfermos con enfermedad de Alzheimer fue cuestionada en las elecciones presidenciales norteamericanas del año 2000.
La capacidad se relaciona directamente con el nivel de deterioro cognitivo. No obstante, baterías específicas o exámenes como MMSE tienen muy escaso valor predictivo. Las funciones corticales que mejor predicen la incapacidad son el lenguaje y, sobre todo, las funciones ejecutivas. Éstas explican la incapacidad de muchos casos de Alzheimer y Parkinson.

Diapositiva 85

XXII CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA — SEMG Sociedad Española de Medicina General y de Familia

¿Cómo puede valorarse la competencia de un paciente con enfermedad de Alzheimer?



Diapositiva 86

Cuando a una persona con demencia, evaluada convenientemente, se le reconoce un riesgo significativo para conducir, su médico tiene la obligación de informar al propio afectado y a su familia cuidadora.

Las personas con demencia, sobre todo si presentan agitación, agresividad, violencia, delirio y alucinaciones, pueden hacer mal uso de las armas y con ello provocar acciones peligrosas para ellos o para terceros.

Es importante que la familia cuidadora y los profesionales valoren estas circunstancias y establezcan las medidas de protección más adecuadas.

Diapositiva 87

¿Cómo puede detectarse que un paciente presenta una demencia en fase terminal, y cómo hay que actuar?

Los criterios que definen la fase terminal de la demencia están recogidos en la Escala de Deterioro Global (GDS), correspondiendo a un grado GDS de 7:

- Deterioro cognitivo severo medido por escalas de evaluación cognitiva (MMSE menor de 6, SIB)
- Dependencia para las actividades de la vida diaria (FAST 7c en adelante).
- Dificultad para tragar y/o rechazo de la ingesta.
- Incapacidad para comunicarse verbalmente.
- Incapacidad para reconocer a sus cuidadores.
- Incapacidad para realizar una actividad con un propósito determinado.
- Presencia de complicaciones médicas severas.

Diapositiva 88

En estos casos, y sobre todo después de un tiempo variable de evolución, hay que plantearse el beneficio de los tratamientos instaurados, y reafirmarse en el objetivo terapéutico de lograr la mejor calidad de vida para el paciente y su entorno. Esto no significa pasividad ni abandono, sino mantener una actitud expectante, combinando las medidas paliativas con medidas terapéuticas encaminadas a revertir una determinada complicación, y si existe una mala respuesta o un inadecuado control sintomático, cambiar a una actitud exclusivamente paliativa.

Es preciso que desde el momento del diagnóstico se aborde la asistencia del paciente con enfermedad de Alzheimer con un enfoque paliativo, integrando los cuidados paliativos en la asistencia del paciente hasta el final. Esto implica:

1. Preparar la planificación avanzada de decisiones (eventual limitación del esfuerzo terapéutico).
2. Cuidados centrados en el paciente, haciendo énfasis en el bienestar y la calidad de vida.
3. Soporte y apoyo a la familia.

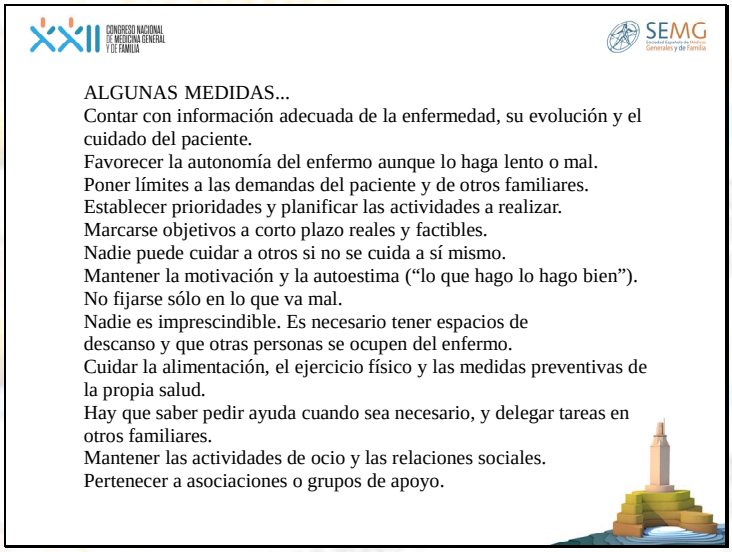
Diapositiva 89

¿Cómo puede valorarse la carga de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer y prevenir que presenten sobrecarga y problemas de salud?

Cuidar a un paciente con demencia es una "actividad de riesgo", y en Atención Primaria debemos ser conscientes de que los destinatarios de nuestra actividad son los enfermos y también sus cuidadores. La detección de la sobrecarga del cuidador es el paso imprescindible para poder intervenir de forma eficaz Los médicos de Atención Primaria pueden valorar el grado de sobrecarga utilizando la información clínica que recogen, las quejas del cuidador,y también la información que no es clínica, como el aspecto del cuidador o su estilo de comunicación.

La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit fue diseñada por este autor para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de pacientes con demencia. Se encuentra validada en nuestro medio, y en Atención Primaria es una escala conocida y aplicada.

Diapositiva 90



Diapositiva 91