

23



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EL PACIENTE CON ALZHEIMER EN ODONTOGERIATRÍA

Basurto
Madrigo

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A
IRENE BASURTO MADRIGAL

DIRECTOR DE TESIS: C.D. ROLANDO DE JESUS BUNEDER

MEXICO. D.F.

ENERO DEL 2000.



168622



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

JURADO NUMERO 3

C.D. GUILLERMO ZARZA CADENA

C.D. ROLANDO DE JESUS BUNEDER

C.D. ISABEL ZARZA SALINAS

C.D. NICOLAS PACHECO

C.D. LUIS MIGUEL MENDOZA JOSE

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Por haberme brindado un lugar dentro de la universidad, y por darme el privilegio de poder decir que soy universitaria. *Por mi Raza Hablaré el Espíritu.*

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Por haberme dado una formación académica y profesional.

AL C.D. ROLANDO DE JESUS BUNEDER

Por su tiempo, paciencia y comprensión que tuvo para conmigo, y por haber aceptado dirigir esta tesina.

A MI PAPÁ MARIO BASURTO GONZÁLEZ

Por haberme brindado el apoyo necesario para seguir adelante, por brindarme una educación y haberme hecho una persona de bien.

A MI MAMÁ IRENE MADRIGAL SANCHEZ

Por darme la vida, por ser mi mejor amiga y porque estuvo y sigue estando conmigo en los momentos buenos y malos, por darme todo su apoyo incondicional y por su gran lucha diaria, para sacarme adelante y darme una profesión.

A MI HERMANO MARIO BASURTO MADRIGAL

Por apoyarme y brindarme su ayuda cuando más lo he necesitado.

A MI HERMANA CLAUDIA BASURTO MADRIGAL

Por su cariño, ayuda y desvelos que tuvo junto conmigo, durante toda mi vida de estudiante.

A OSCAR PEREZ LOPEZ

Por su valiosa ayuda brindada para realizar esta tesis, por su compañía, amor y dedicación que me tuvo, y por ser una persona importante en mi vida.

Y a toda la gente que de una u otra forma contribuyó en mi formación académica le doy las gracias.

SABIENDO QUE NO EXISTIRÁ UNA FORMA DE AGRADECER UNA VIDA DE SACRIFICIO Y ESFUERZO, QUIERO QUE SEPAN QUE EL OBJETIVO LOGRADO TAMBIÉN ES DE USTEDES, Y QUE LA FUERZA QUE ME AYUDÓ HA CONSEGUIRLO FUE SU APOYO. CON CARINO Y ADMIRACIÓN IRENE.

INDICE**INTRODUCCIÓN****CAPÍTULO I.****ANTECEDENTES**

1.1 Historia	7
1.2 Definición	10
1.2.3 Demencia	10
1.2.2 Alzheimer	10
1.3 Frecuencia	11
1.4 Epidemiología	11

CAPÍTULO II**ETIOLOGÍA Y MANIFESTACIONES CLINICAS**

2.1 Causas	13
2.2 Curso clínico de la Enfermedad de Alzheimer	13

CAPÍTULO III**DIAGNÓSTICO**

3.1 Precoz y Temprano	21
3.2 Deterioro Cognitivo	22
3.3 Diagnóstico de Sospecha	24
3.4 Confirmación de la Enfermedad	25
3.5 Anexos	28
I. Test de Pfeiffer.	
II. Test del Informador (IQCODE)	
III. Escala de depresión de yesavage (versión reducida)	
IV. Miniexámen Cognitivo de Lobo	
V. Criterios de Diagnóstico del DSM-IV para la demencia tipo Alzheimer.	
VI. Escala de deterioro Global (GDS)	

- VII. Criterios de "Demencia con cuerpos de Lewy"
- VIII. Rasgos clínicos Diagnósticos de la Demencia Frontotemporal.
- IX. Criterios Diagnósticos NINCDS-AIREN de Probabilidad de Demencia Vascular
- X. Relación de Fármacos Citados en la Guía.

CAPÍTULO IV

TRATAMIENTO

4.1 Anticolinesterásicos.....	45
4.2 No – anticolinesterásicos.....	49
4.3 Tratamientos conductuales.....	52
4.3.1 Farmacológico.....	54
4.4 Cuidados paliativos.....	61

CAPITULO V

ATENCION ODONTOLOGICA

5.1 Comunicación Odontólogo – Paciente.....	65
5.2 Manejo Odontológico.....	66
5.3 Aspectos éticos y legales.....	69

CONCLUSIONES	78
--------------------	----

GLOSARIO	79
----------------	----

FUENTES DE CONSULTA UTILIZADAS.....	81
-------------------------------------	----

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende mostrar los aspectos clínico-evolutivos de la Demencia Degenerativa tipo Alzheimer, por lo tanto sabremos que la Demencia de Alzheimer es un desorden cruel y que a medida que avanza hay muy poca o ninguna esperanza de recuperar la memoria. No hay un orden, ni tiempo preciso en cuanto a los hechos que aquí se presentan, pero de cierta forma este es un pequeño resumen de lo que el paciente vive o que tarde o temprano enfrentará.

En años recientes, los desordenes cerebrales de la vejez han llegado a ser tragedias personales en millones de vidas en todo el mundo. Tanto la víctima como la familia sufren con la inexorable disolución del sí mismo. La pérdida de la vista, oído, de un brazo o de una pierna desafía a la persona que los sufre a enfrentarse con cambios significativos, sin embargo, la víctima de la enfermedad de Alzheimer eventualmente debe llegar a condiciones de un prospecto más amenazante, la pérdida completa de sí mismo y para la familia de acuerdo a su experiencia "la muerte de la mente es la peor muerte imaginable".

No obstante mucho se puede hacer por los pacientes y su familia para aligerar la carga de la enfermedad de Alzheimer y los desordenes relacionados con ella.

Esta tesina está dirigida a: todo aquél Cirujano Dentista que esté dispuesto a tomar un papel activo en el tratamiento de estos pacientes, ya que existen recursos y estrategias terapéuticas para aliviar muchas de las necesidades del enfermo y enfrentar los cambios en su vida que sin ayuda, a menudo lleva innescesariamente a los límites de un cansancio físico y mental.

Después de que el diagnóstico es hecho una persona puede vivir 5,10,15 ó más y estos son largos años humanos por lo tanto es importante fijar metas realistas, hacer planes en conjunto, encontrar más ayuda profesional apropiada y prepararse para los cambios que el futuro traerá.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

HISTORIA

Las primeras indicaciones de deficiencias senil se encuentra en las leyes de Solón en relación a las leyes sobre la herencia.

Alrededor del año 500 A.C. el legislador griego revisó la práctica común de dividir la herencia dentro de la familia y dar la oportunidad para incluir herederos extrafamiliares. Sin embargo, Sólon calificó éste nuevo privilegio agregando: "a condición de que su juicio no esté influenciado por dolor físico, violencia, drogas, vejez o influencia de mujer.....".

Platón, en la República, señala que, el gobierno es dirigido por los ancianos a causa de su gran experiencia y probada lealtad. Sin embargo, también reconocía la demencia senil cuando admitía que "la realización de ciertos crímenes (sacrilegio, traición, alevosía) es excusable en un estado de locura, o cuando está afectada por enfermedad o bajo la influencia de una vejez extrema o en un arranque infantil".

Si bien Hipócrates reconocía en el anciano una conducta incompetente no la incluyó en los desórdenes mentales lo cual probablemente significa que la demencia senil era considerada como una parte rutinaria del proceso de envejecimiento. 200 años después en Roma, Galeno alcanzó el ápice de la medicina griega especialmente con su descripción de la circulación pulmonar. Galeno también agregó "MOROSIS" (Demencia) a la lista de enfermedades mentales e incluía a la vejez como una de las situaciones en que ocurría. Morosis la definió como alguien en quien el conocimiento de las letras y otras artes son completamente olvidadas, a tal punto que ni siquiera pueden recordar sus propios nombres... Aún ahora es visto que a causa de una debilidad extrema en la vejez, algunos son afectados por síntomas similares.

El galenismo emigró al mundo árabe donde su idea fue preservada por algunos médicos como el eminente Maimónides quien describió así a la demencia

"algunas veces la confusión mental y el olvido ocurre meramente de la senilidad o de una debilidad extrema".

MEDICINA MEDIEVAL

Para el año 1420 Roger Bacon, connotado monje más conocido por sus escritos científicos que por sus escritos médicos, aparentemente en sus primeros años de juventud, estudió Medicina en París y desarrollando una tesis acerca de la prolongación de la vida, la investigación incluyó a los maestros árabes del galenismo : Avicenna, Rhazes, y Haly Regalis. Sus escritos incluyen lo siguiente:

- En la parte posterior (del cerebro) ocurre el olvido y lo tocante a la memoria de la cuál Haly Regalis menciona en su primer tratado teórico diciendo que la vejez es el hogar del olvido.
- Un daño a la facultad de razonar se dá en la parte media del cerebro.
- La memoria no está necesariamente impedida. Un daño a la imaginación ocurre en la parte interior del cerebro. La memoria y el juicio están afectados.

Obviamente Bacon estaba parafraseando el Galenismo Arabe, pero el hecho importante es que nadie en Europa había dicho o escrito algo similar en 1000 años y no lo haría durante los siguientes 600 años.

LA REVOLUCIÓN MENTAL.

Entre 1793 y 1813 el reconocimiento clínico de demencia senil se desarrolló tan rápidamente que nada básico ha sido agregado desde entonces.

En 1797 Pinel quitó los grilletes de los presos en Bicetre y algunos eran dementes seniles. Pinel inventó el término "demencia" para indicar la condición en la cuál "no hay juicio ya sea cierto o falso. Las ideas parecen estar aisladas y salidas unas tras otras sin ninguna conexión, la facultad de asociación fue destruida". No obstante, fue Esquirol, quién trabajando con Pinel realmente definió a la demencia

senil. "La demencia senil se establece lentamente. Comienza con debilidad de la memoria particularmente de las impresiones recientes. Las sensaciones son debilidad, la atención al principio cansada a la larga llega a ser imposible, la voluntad es incierta y sin impulsos, los movimientos son lentos e imprácticos".

Después de grandes estudios de factores físicos, psicológicos y morales en el tratamiento de desórdenes mentales, Esquirol diferenció tres tipos de demencia-aguda, crónica y senil. La demencia aguda puede ser ocasionada por fiebre o hemorragia, la demencia crónica por embriaguez, masturbación, epilepsia o manía y la demencia senil por edad avanzada.

Esta descripción hecha por Esquirol en 1838 completó esencialmente la caracterización clínica que en menos de 40 años se definió más que en 2000 años.

Fue también alrededor de ésta fecha, en 1837 que el psiquiatra inglés James Pichard, describió cuatro etapas en el progreso de la demencia:

- 1) Deterioro en la memoria reciente.
- 2) Pérdida de razonamiento.
- 3) Incomprensión.
- 4) Pérdida de acción instintiva.

Lo que no podemos perder de vista es que hasta ahora en el siglo XX, a menudo, al referirse a demencia no se distinguía entre desórdenes "orgánicos" y "funcionales" y el uso del término "Demencia Precoz" para describir esquizofrenia ilustra éste punto.

Ya en 1906 el médico alemán Alois Alzheimer, describió una enfermedad con unas características específicas de logros clínicos y neuropatológicos. Su paciente una mujer de 51 años murió después de una pérdida gradual de la memoria, desorientación y demencia progresiva severa. La autopsia que realizó después, reveló dos características: marañas de fibras nerviosas en el cerebro y placas formadas de células nerviosas degeneradas. Identificó la aparición de la enfermedad en una forma presenil, sin embargo la identificó con los mismos síntomas que se encuentran en las personas ancianas como consecuencia del envejecimiento. Ya para 1970 y a la fecha los neurólogos están de acuerdo que la demencia que se da en el anciano es la misma o muy similar la condición presenil y comúnmente, la enfermedad de Alzheimer se llegó a utilizar para identificar la demencia senil y pre- senil de etiología desconocida. (4)

DEFINICIÓN DE DEMENCIA

El término demencia implica deterioro gradual de las capacidades intelectivas, consecutivo a las diversas situaciones capaces de afectar al cerebro en el transcurso de la vida.(13)

DEFINICIÓN DE ALZHEIMER

El Alzheimer (pronunciado Alz- jai- mer) es una enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro la cual provoca un deterioro en la memoria, el pensamiento y la conducta de la persona. La enfermedad de Alzheimer produce una disminución de las funciones intelectuales, lo suficientemente grave como para interferir con la capacidad del individuo para realizar actividades de la vida diaria. La enfermedad es irreversible y hasta el momento no se conoce cura alguna. Se sabe que ésta va destruyendo poco a poco las neuronas del cerebro, el paso de información entre las células y por ende, el contacto con el mundo. (14)

FRECUENCIA

La enfermedad de Alzheimer da a todos por igual, sin distinguir nacionalidad, raza, grupo étnico, o nivel social. Puede afectar tanto a hombres como a mujeres, aunque generalmente se da más en el caso de éstas últimas. Por lo general la enfermedad se presenta por arriba de los 65 a 70 años, pero hay casos en nuestro medio de personas menores de 50 años, incluso más jóvenes por debajo de los 40 años, a los que ya se les ha diagnosticado Alzheimer.(14)

EPIDEMIOLOGÍA

La enfermedad de Alzheimer es dentro las enfermedades demenciales, en gente arriba de los 65 años la cuarta causa principal de muerte en nuestro país después de enfermedades del corazón, cáncer y diabétes. Se estima que en México el número de casos de alzheimer sea del orden de los 430 mil. El número de casos en 1999 pudiera llegar a 20 mil personas, la relación de casos de esta enfermedad es de 65 % mujeres contra el 35 % de hombres.(14)

CAPÍTULO II

ETIOLOGÍA Y MANIFESTACIONES
CLINICAS

CAUSAS

La causa es desconocida, sin embargo, los últimos estudios de científicos, médicos e investigadores indican que cada vez hay más evidencias de que se trata de una enfermedad de origen multifactorial, aunque cada vez se está insistiendo más en un componente de carácter genético. Los investigadores han encontrado hasta el momento que algunos genes, que de un modo u otro son los causantes de la enfermedad.

Sin embargo además del componente genético, no hay que pasar por alto otros factores como son los virus, agentes tóxicos o ambientales, mentales, campos electromagnéticos, respuestas inflamatorias o golpes en la cabeza, los cuales pudieran provocar en forma conjunta o aislada una disfunción en el sistema general del organismo y del comportamiento de la persona.

Además por experiencia se sabe que existen otros factores que de cierto modo pudieran incidir en un surgimiento más temprano de la enfermedad. Estos factores desencadenantes pudieran ser:

- Pérdida del esposo (a), hijo (a) o un familiar cercano.
- Cambio de residencia.
- Accidente de automóvil, a pesar de no haber sufrido lesiones.
- Algún tipo de operación quirúrgica o anestesia.
- Haber sufrido alguna caída o golpe en la cabeza.
- Haberse jubilado, retirado o haber sido despedido en el trabajo.
- Haber sido atacado o asaltado.
- Tensión o stress emocional.

CURSO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

El curso de la enfermedad de Alzheimer varía de una persona a otra. Hablar de una clasificación en etapas es solamente con el fin de ubicarnos un poco más en cuanto al desarrollo de la misma. En realidad no hay un orden ni tiempo

preciso en cuanto a que tanto dura cada una de las etapas, ni en que preciso momento se pasa de una etapa a otra. El tiempo de vida es también difícil de predecir, ya que esto depende de muchos factores, entre ellos el grado de deterioro que se tenga así como el cuidado que se proporcione al enfermo.(14)

El cuadro clínico se instala de manera más bien sutil e insidiosa y, característicamente, con alteraciones mnésicas.(13)

PRIMERA ETAPA

Esta primera etapa tiene una duración aproximada de 2 a 5 años y en ella se observa un paulatino deterioro en la memoria. La persona olvida eventos recientes no importa que hayan pasado 10,15 ó 20 minutos de un hecho determinado.

Esta situación si bien es posible de observar en prácticamente cualquier persona, más aún entre ancianos de donde el uso popular del "estar chocheando", no siempre justificado o en quienes sufren cualquier otro padecimiento demenciante, adquiere un significado porque aparece a una edad en la que no se le esperaría encontrar, o porque al parecer de momento, el individuo no registra el hecho, y cuando lo hace, busca minimizarlo por cualquier medio, por inverosímil que parezca y porque la problemática tiende a evolucionar con cierta rapidez y a condicionar que la persona decaiga en su capacidad de relación personal, productividad laboral y suficiencia de vida, mucho antes de lo que esto suele ocurrir.(13)

El paciente no puede recordar que ya comió u olvidar la conversación que tuvo con su hijo minutos antes. Asimismo, la percepción espacial se ve disminuida, lo mismo que la memoria en cuanto al tiempo y espacio se ve afectada.(14)

En la persona empieza a surgir una típica desorientación espacial, no reconociendo bien el lugar donde está. Así, es muy común que la persona no recuerde como llegar a las tiendas que siempre ha frecuentado, saber dónde está el banco al que siempre ha ido, qué dirección tomar para ir a la iglesia a la que asiste todos los domingos, o bien, qué camino tomar para regresar y llegar de vuelta a casa. Otros ejemplos son el no recordar la fecha, ni el día, ni el mes en que vive, no saber la hora que es o creer que, aunque es de mañana, para él ya es de noche o viceversa.(14)

Del mismo modo surgen otros detalles como son una disminución en la concentración y una fatiga cada vez más notoria. Se presentan cambios de humor y síntomas de depresión con apatía, pérdida de iniciativa y falta de interés. Junto a ello, a la persona se le comienza a notar inquieta, demostrando agitación y ansiedad. En estos últimos síntomas, es muy común que ocurran al atardecer o durante la noche, lo cual es un problema para quienes cuidan de ellos. Y aunque no se sabe con exactitud el porqué de esto (la inquietud o agitación nocturna), lo que sí puede ayudar a calmar al paciente y reducir dicha ansiedad son, en cierta forma, los medicamentos.(14)

Por otra parte, el lenguaje, las habilidades motoras y la percepción son conservadas. El paciente es capaz de mantener una conversación comprende bien y utiliza los aspectos sociales de la comunicación (gestos, entonación, expresión y actitudes) en forma aún dentro de lo normal.(14)

SEGUNDA ETAPA

En esta segunda etapa, todos los aspectos de la memoria empiezan progresivamente a fallar. Este estadio tiene una duración aproximada de 2 a 10 años, durante la cual se produce aparición de síntomas más preocupantes o que llaman más la atención. Comienzan a surgir problemas de disfasia, apraxia y agnosia.(14)

POR AFASIA se entiende dificultad en el lenguaje. De manera concomitante el lenguaje decae: primero se empieza a no encontrar la palabra o la expresión decaídas, después aparecen frases inconexas, pararrespuestas, en el mejor de los casos, palabras substitutas y luego las inventadas o sin sentido, fenómeno que conlleva a un mutismo obstinado, a veces inquebrantable, la distancia y el aislamiento. Por momentos se incurre en soliloquios perseverantes con expresiones que si bien al principio parecen razonadas, pronto se convierten en palabras aisladas que se repiten ante cualquier intento de comunicación verbal, y que sin duda, han de terminar en "borucas" ininteligibles y la total incomunicación. Al paciente le cuesta trabajo hablar, batallando para expresarse y darse a entender. Dice unas palabras por otras, un "vaso" puede ser para él o ella una servilleta, o tal vez ese andar inquieto y preguntar por la puerta para poder salir significa "quiero ir al baño" (y que de este modo salga esta carga o presión que tenga dentro). (13,14)

LA APRAXIA se refiere a las dificultades que presenta el paciente para llevar a cabo funciones aprendidas. La persona no puede ni sabe como vestirse, siendo muy común que se ponga dos o tres calcetines en un mismo pie, o tal vez trate de colocarse la camiseta arriba de la camisa. En el caso de las mujeres, sucede lo mismo, no entiende como colocarse las medias, ni la blusa y la falda se la puede poner al revés. Durante los alimentos, las personas con este mal, no saben utilizar los cubiertos, haciendo uso del tenedor, el cuchillo y la cuchara en forma indistinta. (14)

LA AGNOSIA consiste en una pérdida de la capacidad para poder reconocer a las personas con las que convive. Y aunque esta pérdida no es total, pues de cierto modo aún reconoce ambientes familiares y conserva la orientación personal (sabe su nombre, edad, lugar de nacimiento), sus desaciertos son cada vez más frecuentes. (13)

El paciente registra los errores, incluso tiende a bagatelizarlos, aunque también se puede inquietar y en función de que todavía conserva ciertas percepciones de sí mismo y del mundo, llega a tener noción de que algo está sucediendo con él, con su cuerpo y aunque no sepa qué, ni cómo, siente algo. Sin embargo, debido a los roles que para elaborar juicios y realizar la autocrítica juegan las zonas del cerebro que se van destruyendo, las capacidades de asociación e integración intelectivas se resquebrajan hasta llegar a su completa desarticulación. Por otra parte el paciente se torna descuidado en su higiene personal. Ya no se arregla como antes, la pulcritud que todos admiraban, se le nota sucio y descuidado, les da por no quererse bañar o decir que ya lo hicieron, enojándose cuando se les recrimina.(13,14)

Aparecen unos rasgos de tipo psicótico. Imagina que ve gente la cual no existe, escucha ruidos que nadie oye o piensa y cree firmemente que alguien va a llegar por él. Empieza a preguntar por personas que ya murieron (su papá, su mamá, su hermano) y todas esas imágenes que pasan por su mente, realmente le inquietan. Asimismo la represión de emociones, aunadas a una apatía cada vez mayor, empiezan a hacerse cada vez más evidentes.(13,14)

La dependencia con respecto a un cuidador es cada vez mayor. Las aficiones que tenía, las actividades sociales, de ocio y de recreo pierden totalmente su valor, mostrándose aburrido, flojo, apático o somnoliento. La persona empieza a esculcar cajones, ordena la ropa o los papeles varias veces al día, su mirada cambia y sus ojos parecen ser dos faros que se mueven, muchas veces, en sentidos contrapuestos.(14)

La expresión gesticular, de la presencia o alerta mental, sufre con el deterioro y refleja el proceso degenerativo cerebral. El paciente adquiere una mirada cada vez más sugestiva del desvalimiento, que sin él darse cuenta, va progresando, una imagen del vacío creciente en su cerebro y las extrañeza ante lo

que sucede. Pasando el tiempo, la situación pierde significado para él y el enfermo pervive sin darse cuenta de lo que ocurre alrededor suyo (13)

La capacidad auditiva plantea, sobre todo en las épocas tempranas, otra incógnita, pues por las actitudes que se van asumiendo parecería que la persona no oyerá. Sin embargo, lo cierto es que la persona no escucha, poco a poco pierde la actitud para codificar los sonidos que capta. Una valoración audimétrica permite demostrar que los estímulos sonoros sí generan la respuesta específica en el órgano receptor, pero, en virtud de las características funcionales de las áreas cerebrales que se van dañando, aquellos no alcanzan los sitios de integración y su significado se pierde. Así el enfermo queda cada vez más incomunicado, más alejado de su entorno y, a la vez, más dependiente.(13)

En esta etapa, resulta obvio que la capacidad para el pensamiento abstracto y la habilidad para llevar a cabo las operaciones de cálculo desaparecen por completo. No pueden realizar las más sencillas operaciones, aunque sí, tal vez, recitar de memoria las tablas de multiplicar. (14)

La movilidad corporal sufre limitaciones progresivas en todos los segmentos. En el tronco y las extremidades comienzan a mandar los músculos flexores, al tiempo en que en todos surge una rigidez que va en aumento. En consecuencia cuando está parado, el individuo se mantiene encorvado, con la cabeza discretamente inclinada hacia delante, los brazos un tanto doblados hacia el abdomen y las piernas medio flexionadas. Al comenzar a moverse, la marcha se caracteriza por una creciente inseguridad, pasos cortos, torpes y con la base de sustentación cada vez más amplia pero distinta de la festinante del Parkinsónico o la dispráctica del hidrocefálico.(13)

TERCERA ETAPA

En esta tercera y última etapa, se presenta una amplia y marcada afectación de todas y cada una de las facultades intelectuales. Los síntomas

cerebrales se agravan, acentuándose la rigidez muscular así como la resistencia al cambio postural. Pueden aparecer temblores y hasta crisis epilépticas. La exploración neurológica demuestra persistencia, simetría y viveza de los reflejos osteotendinosos y de la fuerza, mientras que el tono muscular aumenta. Pero en todo caso, la disfunción motora es también reflejo de una situación definitiva que avanza sin remedio, un espejo más de la desarticulación intelectual. Con frecuencia, al caminar emite un pujido, una especie de lamento algo que él manifiesta en cada paso, algo que no tiene razón, ni explicación; en consecuencia, mientras todavía puede, avanza a "pujidos".(13,14)

El enfermo con alzheimer no reconoce a sus familiares y llega el momento en que desconoce su propio rostro en el espejo. La personalidad que siempre acompañó a la persona, desaparece por completo.(14)

Los pacientes se muestran profundamente apáticos, perdiendo las capacidades automáticas adquiridas como la de lavarse, vestirse, andar o comer, y presentan una cierta pérdida de respuesta al dolor.(14)

Más adelante, tienen incontinencia urinaria y fecal. En la mayoría de los casos el paciente finaliza encamado, con alimentación asistida. Por lo común, los enfermos con Alzheimer suelen fallecer por neumonía, infección viral u otro tipo de complicación.(14)

CAPÍTULO III

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DE LAS DEMENCIAS

PRECOZ Y TEMPRANO

En la actualidad aún no se dispone de una prueba eficaz para la detección precoz, en etapas subclínicas, de los tipos de demencias más prevalentes y no está claramente demostrado, además, que las intervenciones disponibles hoy en día modifiquen la evolución de la enfermedad a largo plazo.

El diagnóstico temprano, sin embargo, hace referencia al reconocimiento de la enfermedad en las etapas iniciales del periodo sintomático.

Por lo tanto, a la luz de la evidencia actual, debemos asumir que el diagnóstico precoz no es viable ni en las demencias primarias ni en las secundarias irreversibles. Se consideran demencias primarias aquéllas en las que no se consigue establecer un diagnóstico de causalidad tras aplicar los procedimientos clínicos apropiados, y entre ellas se encuentran la enfermedad de Alzheimer.

Las demencias secundarias son aquéllas en las que se establece un diagnóstico de causalidad tras aplicar los procedimientos clínicos apropiados. Éstas pueden subdividirse en reversibles (originadas mayoritariamente por causa endocrina o neurológica) y las irreversibles, entre las que destaca por su frecuencia la demencia vascular.

En las demencias, el diagnóstico temprano favorece la correcta orientación diagnóstica que evita el consumo de recursos sanitarios innecesarios y permite modular la carga emocional de la familia. Las expectativas de los familiares, especialmente de los enfermos con enfermedad de Alzheimer pueden ser adecuadamente orientadas, evitándose el periplo de consultas médicas en busca de respuestas a algo

que está sucediendo y que no es suficientemente explicado por parte de los profesionales sanitarios. Además, el diagnóstico temprano permite instaurar algunos tratamientos que pueden ser eficaces cuanto menor sea el grado de deterioro del paciente.

La detección de marcadores genéticos no puede ser considerada como un procedimiento de diagnóstico precoz, sino como un procedimiento que informa de la susceptibilidad a la enfermedad de Alzheimer, a aplicar exclusivamente en casos concretos y siempre en sujetos sintomáticos. La positividad de este procedimiento no asegura el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. En cualquier caso, las pruebas genéticas han de usarse con extrema precaución siguiendo los criterios establecidos por los comités de expertos. (15)

DETERIORO COGNITIVO

Se entiende por "deterioro cognitivo" la alteración de las facultades intelectuales de la persona entre las que destaca el deterioro de la orientación, de la memoria reciente, del razonamiento, del cálculo, del lenguaje, de la capacidad de realizar tareas complejas, y de la capacidad de programación, entre otras. Se acepta que la alteración de tres o más de las facultades anteriores, u otras funciones intelectuales, durante un periodo superior a los seis meses, constituye el cuadro clínico de deterioro cognitivo sugestivo de demencia. Con el envejecimiento se produce un declive de las funciones intelectuales, especialmente de los mecanismos de procesamiento de la memoria y de la capacidad de respuesta a tareas complejas, que se corresponde con un fenómeno natural y no constituye enfermedad. La situación de deterioro cognitivo engloba, por el contrario, la

afectación de varias funciones cognitivas en un grado superior al esperado para la edad, nivel de salud general y nivel cultural de la persona. El

deterioro cognitivo, por tanto, es una estado clínico que se sitúa en un punto intermedio de un "continuum" que va desde la normalidad cognitiva hasta la pérdida completa de las funciones intelectuales, tal y como ocurre en las fases avanzadas de las demencias. El deterioro cognitivo siempre significa situación de enfermedad.

El diagnóstico temprano es una actividad clínica y por lo tanto se realizará ante la presencia de síntomas sugestivos de deterioro cognitivo en individuos concretos.

En relación al diagnóstico temprano del deterioro cognitivo hay que señalar que los trastornos de la memoria y de la orientación temporo-espacial suelen ser los principales motivos de consulta en las etapas iniciales del deterioro. Sin embargo, los trastornos conductuales y afectivos, secundarios al deterioro cognitivo, suelen ser motivo de consulta en las fases leves o moderadas de la enfermedad, en las que el cuadro de demencia puede ser ya objetivado. Estos trastornos del ánimo y la conducta pueden ir asociados o no a otra sintomatología neurológica según el origen del proceso. Por todo ello, es importante establecer una estrategia diagnóstica que utilice los instrumentos adecuados para confirmar o descartar la presencia de deterioro cognitivo como primer paso en el abordaje de las demencias.(15)

Estrategia diagnóstica para detectar la presencia de deterioro cognitivo en Atención Primaria de Salud.

1. *Realización de una historia clínica y exploración general detallada del paciente. Esto permitirá descartar situaciones relacionadas con otras enfermedades intercurrentes o con efectos secundarios farmacológicos, entre otros, que pueden propiciar la sintomatología que motiva la consulta.*

2. *Entrevista al acompañante, siempre que éste cumpla los requisitos de fiabilidad imprescindibles, para explorar la presencia de deterioro de la conducta y de otras áreas cognitivas del paciente. Para ello es de gran utilidad el empleo de un Test del Informador como el FAQ (Functional Activities Questionnaire)*
3. *Confirmación de la situación de deterioro cognitivo mediante la aplicación de un test específico que explora la función mental, como es el Test de Hodkinson o el de Pfeiffe.*
4. *En relación a la experiencia profesional y a la disponibilidad de tiempo, pueden utilizarse otros instrumentos en la confirmación del deterioro cognitivo como es el Miniexamen Cognoscitivo (MEC) de Lobo.*

La realización de cada uno de los test señalados previamente debe encomendarse a personal adiestrado, cuidando la aplicación sistemática del protocolo al objeto de optimizar la efectividad de los instrumentos y de permitir su evaluación.

Una vez confirmado el deterioro cognitivo, debe desarrollarse el plan para el diagnóstico de presunción de demencia, en el cual es preciso establecer un diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA

La confirmación del deterioro cognitivo sugerente de demencia se realizará en relación a los siguientes criterios:

- *Persistencia del deterioro en un tiempo igual o superior a seis meses.*

- *Alteración de la memoria reciente y a largo plazo, y de una de las siguientes funciones: capacidad de juicio, pensamiento abstracto, lenguaje o cálculo.*
- *Puntuación inferior a la que corresponde a su edad, sexo y nivel sociocultural en los test neuropsicológicos específicos.*

El diagnóstico de sospecha de demencia primaria se establecerá a partir de la confirmación del deterioro cognitivo, de la ausencia de datos semiológicos de trastornos metabólicos, neurológicos y psiquiátricos, y de la normalidad de los parámetros de laboratorio.

Las pruebas complementarias básicas a realizar son: hemograma, VSG, pruebas hepáticas, hormonas tiroideas, vitamina B12, serología luética, función renal, sodio y potasio, y análisis general de orina.

Una vez establecido el diagnóstico de sospecha de demencia, aquellos pacientes que puedan verse beneficiados de una actitud diagnóstica y terapéutica serán remitidos al nivel especializado.

CONFIRMACIÓN DE LA ENFERMEDAD

La confirmación del diagnóstico de enfermedad de Alzheimer se efectúa en el nivel de Atención Especializada (Neurología, Geriátrica, Psiquiatría, Medicina Interna) apoyados por otros profesionales como los neuropsicólogos, según las necesidades.

El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer se establecerá, según las pruebas que se exponen a continuación, estando calificadas cada una de ellas por el nivel de evidencia científica disponible en la actualidad:

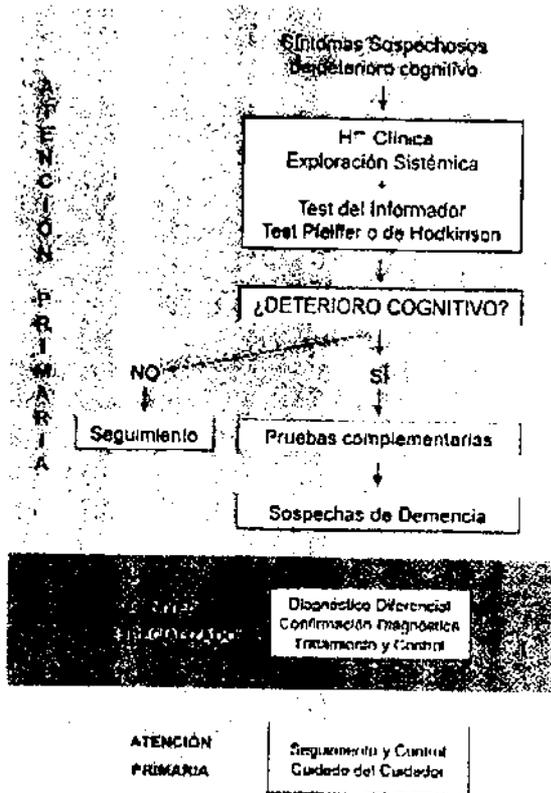
5. *Historia clínica con examen neurológico exhaustivo apoyado con la confirmación de deterioro cognitivo mediante la utilización de instrumentos como el Miniexamen Cognoscitivo (MEC) que es la adaptación de Lobo para la población española.*

6. *Si previamente no han sido realizadas las pruebas complementarias, es apropiado conocer los resultados de las determinaciones siguientes para descartar las causas secundarias de demencias: hemograma, VSG, pruebas hepáticas, pruebas tiroideas, vitamina B12, serología luética, iones, general de orina. Debe realizarse una técnica de imagen cerebral, la cual puede ser la tomografía axial computarizada.*
7. *El diagnóstico se establecerá cuando el paciente cumpla con los criterios del DSM IV y/o CIE -10 y NINCDS-ADRDA, para un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer posible.*

Se consideran pruebas complementarias opcionales, y por tanto prescindibles, para apoyar el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer:

- serología HIV y borreliia
- electroencefalograma
- punción lumbar
- apolipoproteína E4
- resonancia magnética
- arteriografía cerebral
- biopsia cerebral

Estas pruebas deberán ser realizadas en aquellos otros casos en los que la historia clínica y exploración sugieran la presencia de enfermedades distintas a la de Alzheimer que cursan con deterioro cognitivo.



Anexos.

1. Test de Pfeiffer
2. Test del Informador (IQCODE)
3. Escala de presión de yesavage (Version reducida)
4. Miniexamen Cognitivo de Lobo
5. Criterios Diagnosticos del DSM-IV para la Demencia Tipo Alzheimer
6. Criterios Diagnosticos NINCDS/ADRDA de Enfermedad de Alzheimer
7. Escala de deterioro Global (GDS)
8. Criterios de "Demencia con Cuerpos de Lewy"
9. Rasgos Clinicos Diagnosticos de la Demencia Frontotemporal
10. Criterios Diagnosticos NINCDS/AIREN de Probabilidad de Demencia Vascular
11. Relacion de Farmacos Citados en la Guia

Anexo I: TEST DE PFEIFFER

1. ¿Qué día es hoy (día, mes, año)?
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Cómo se llama este lugar o edificio?
4. ¿Cuál es su número de teléfono?
5. ¿Cuál es su dirección?
6. ¿Cuántos años tiene?
7. ¿En qué fecha nació usted? Día __ Mes __ Año __
8. ¿Cómo se llama el rey que tenemos actualmente?
9. ¿Quién gobernaba España antes que el actual rey?
10. ¿Cómo se llama/llamaba su madre?
11. ¿Si a 20 le quitamos 3 quedan..., y si le quitamos 3 ...?

Más de cuatro errores sugieren sospecha de deterioro cognitivo.

Anexo II: Test del Informador (IQCODE)

TEST DEL INFORMADOR (IQCODE)

Trate de recordar cómo era su familiar hace 10 años y compárelo con su situación actual. Señale los cambios que haya observado en él, puntuándolo como se indica al final según su capacidad para:

1. Recordar los nombres de las personas más íntimas (parientes/amigos)
2. Recordar cosas sucedidas en los dos últimos meses (noticias, sucesos familiares)
3. Recordar lo que se habló en una conversación mantenida unos días antes
4. Mantener una conversación sin olvidar lo que se hizo pocos minutos antes, o sin detenerse en medio de una frase, o sin olvidar lo que quería decir
5. Recordar la fecha en que vive
6. Conocer el sitio de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas
7. Saber dónde se encuentra una cosa que dejó descolocada
8. Aprender a manejar un aparato nuevo (lavadora, secador, tocadiscos, coche)
9. Recordar cosas sucedidas recientemente
10. Aprender cosas nuevas en general
11. Comprender el significado de palabras poco corrientes (prensa, TV, etc.)
12. Entender artículos de periódicos o revistas en los que esté interesado
13. Seguir una historia en un libro, el cine, la radio o la televisión

14. Tomar decisiones en cuestiones cotidianas (elegir vestido o comida) o de más trascendencia (vacaciones, inversiones, compras, etc.)
15. Manejar los asuntos financieros (pensión, bancos, impuestos, rentas, etc.)
16. Resolver problemas aritméticos (tiempos, cantidades, distancias)
17. ¿Cree que su inteligencia ha cambiado algo durante los últimos cinco años?

Puntuación total

PUNTUACIÓN:

- Ha mejorado mucho 1
- Ha mejorado poco 2
- Apenas ha cambiado 3
- Ha empeorado un poco 4
- Ha empeorado mucho 5

INFORMADOR:

- Fiable
- Dudoso
- No fiable

Anexo III: Escala de Depresión de Yesavage (Versión Reducida)

	SI	NO
1) ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2) ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3) ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4) ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5) ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6) ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7) ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8) ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9) ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10) ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11) ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12) ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13) ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14) ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15) ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

PUNTUACIÓN TOTAL

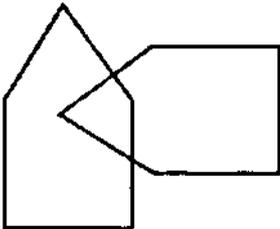
Interpretación: 0 a 5 Normal

6 a 9 Depresión leve

≥ a 10 Depresión establecida

Anexo IV: Miniexamen Cognitivo de Lobo

Orientación	Puntos
Dígame el día, fecha, mes, estación, año.	5
Dígame el hospital (o el lugar), planta, ciudad, provincia, nación.	5
Fijación	
Decir al paciente que vamos a explorar su memoria. Repita estas 3 palabras: peseta-caballo-manzana (repetirlas hasta que las aprenda con un límite de 6 veces).	3
Concentración y cálculo	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿cuántas van quedando? 30 (5 restas y 1 punto por cada respuesta correcta).	5
Repita estos números 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda y anotar número de intentos). Ahora repetir hacia atrás.	3
Memoria de evocación	
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	3
Lenguaje y construcción	
Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?, repetir con un reloj.	2
Repita esta frase: "En un trigal había 5 perros".	1

	Puntos
<p>Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿qué son un perro y un gato? ¿qué son el rojo y el verde?</p>	2
<p>Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa (1 punto por cada acción correcta).</p>	3
<p>Lea esto y haga lo que le dice la nota: (cierre los ojos).</p>	1
<p>Escriba una frase: debe ser escrita espontáneamente, contener un sujeto y predicado y tener sentido. No es preciso una gramática correcta.</p>	1
<p>Copie este dibujo:</p> 	1
<p>deben estar representados los 10 ángulos, y los 2 pentágonos deber hacer intersección.</p>	1
<p>Puntuación máxima 35 Puntuación < 24 deterioro</p>	35

Anexo V: Criterios Diagnósticos del DSM-IV para la demencia tipo Alzheimer

- A. El desarrollo de múltiples déficits cognitivos manifestados a la vez por:
1. Alteración de la memoria (capacidad alterada en aprender nueva información o recordar información previamente aprendida).
 2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - a. afasia (alteración del lenguaje)
 - b. apraxia (alteración de la capacidad de realizar actividades motoras a pesar de una función motora intacta)
 - c. agnosia (fallo en el reconocimiento o identificar objetos a pesar de una función sensorial intacta)
 - d. alteración en la función ejecutiva (por ejemplo, planificar, organizar, secuencias, abstraer).
 3. Los déficits cognitivos están presentes en ausencia de estado confusional.
- B. Los defectos cognitivos de los criterios A1 y A2 causan una alteración significativa en el funcionamiento social o laboral, y representan una disminución significativa respecto al nivel previo de funcionamiento.
- C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y una disminución cognitiva continuada.
- D. Los defectos cognitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes:
1. otras condiciones del sistema nervioso central que causan déficits progresivos en la memoria y la cognición (por ejemplo, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia a presión normal, tumor cerebral)
 2. condiciones sistémicas que se conocen como causa de demencia (por ejemplo, hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12 o ácido fólico, deficiencia de niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por HIV)

3. condiciones inducidas por sustancias
 4. otras alteraciones instrumentales
- E. Los déficits no acontecen exclusivamente durante el curso de un delirium.
- F. La alteración no es mejor explicada por otra alteración incluida en el Eje I (por ejemplo, alteración depresiva mayor, esquizofrenia).

Anexo VI: Criterios Diagnósticos NINCDS/ADRDA de Enfermedad de Alzheimer

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PROBABLE

1. Los criterios para el diagnóstico clínico de "enfermedad de Alzheimer probable" incluyen:
 - Demencia establecida por examen clínico y documentada por el minimal test, la escala de demencia de Blessed (exactamente el test de Demencia) u otra exploración similar, y confirmada por tests neuropsicológicos.
 - Defectos en dos o más áreas de la cognición.
 - Empeoramiento progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas.
 - Ausencia de alteraciones de la conciencia.
 - Inicio entre los 40 y los 90 años de edad, más frecuentemente después de los 65.
 2. El diagnóstico de "enfermedad de Alzheimer probable" está apoyado por:
 - Deterioro progresivo de funciones cognitivas específicas tales como el lenguaje (afasia), habilidades motoras (apraxia) y percepción (agnosia).
 - Alteraciones en las actividades de la vida diaria y patrones alterados de comportamiento. Historia familiar de trastornos similares, particularmente si están confirmados neuropatológicamente.
- Resultados de laboratorio:
- Punción lumbar normal mediante técnicas estándar.

- Patrón normal o cambios no específicos en el EEG, tales como un incremento de la actividad de ondas lentas.
 - Evidencia de atrofia cerebral en la TAC, con progresión documentada en observaciones seriadas.
3. Otros rasgos clínicos consistentes con el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable, tras la exclusión de causas de demencia diferentes de la enfermedad de Alzheimer, incluyen:
- Mesetas en el curso de la evolución de la enfermedad.
 - Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, ideas delirantes, alucinaciones, accesos verbales catastróficos, emocionales o físicos, alteraciones sexuales y pérdida de peso.
 - Otras alteraciones neurológicas.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER POSIBLE

1. 1) Síndrome de demencia en ausencia de otras enfermedades neurológicas, psiquiátricas o sistémicas que puedan causar una demencia, con variaciones en el inicio, la presentación o el curso.
2. 2) Síndrome de demencia en presencia de otra enfermedad sistémica o neurológica potencialmente causante de demencia, la cual no sea considerada como la causa de la misma.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DEFINITIVA

1. 1) Cumplir los criterios de enfermedad probable.
2. 2) Evidencias histopatológicas obtenidas por biopsia o necropsia.

Anexo VII: Escala de Deterioro Global (GDS)

ESTADIO	FASE CLÍNICA	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
1) Ausencia de déficit cognoscitivo	normal	No hay deterioro cognoscitivo, subjetivo ni objetivo.
2) Déficit cognoscitivo muy leve	AMAE	Quejas de pérdida de memoria fundamentalmente en ubicación de objetos, nombres familiares, citas... No se objetiva el déficit en la entrevista clínica ni en su medio sociolaboral
3) Déficit cognoscitivo leve	confusional precoz	Manifestación temprana en más de un área: <ul style="list-style-type: none"> • desorientación espacial • evidencia de bajo rendimiento laboral • los familiares detectan su dificultad para recordar nombres • olvida la ubicación de objetos de valor • el déficit de concentración es evidente para el clínico • ansiedad leve o moderada • se inicia la negación como mecanismo de defensa.
4) Déficit cognoscitivo moderado	demencia leve	Déficits manifiestos: <ul style="list-style-type: none"> • olvido de hechos cotidianos o recientes • puede presentar déficit en la memoria de su historia personal • dificultad de concentración evidente en operaciones de resta • incapacidad para planificar viajes, vida sociolaboral o realizar tareas complejas • embotamiento o labilidad afectiva • mecanismo de negación domina el cuadro • conserva la orientación en tiempo y persona, el reconocimiento de rostros y personas familiares y la capacidad de viajar a lugares conocidos
5) Déficit cognoscitivo moderadamente grave	demencia moderada	<ul style="list-style-type: none"> • necesita asistencia en determinadas tareas (no necesita ayuda para el aseo y comida pero sí para seleccionar sus ropas) • es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana • con frecuencia está desorientado temporo-espacialmente • presenta dificultad para contar en orden inverso desde 40, de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 • es capaz de retener su nombre y los de su cónyuge e hijos.

ESTADIO	FASE CLÍNICA	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
<p>6) Déficit cognoscitivo grave</p>	<p>demenia moderadamente grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • olvida el nombre del cónyuge y los sucesos recientes • retiene algunos datos del pasado • hay desorientación temporo-espacial • tiene dificultad para contar de 10 en 10 en orden directo o inverso • puede necesitar asistencia en actividades de la vida diaria y presentar incontinencia • recuerda su nombre y distingue a los familiares de los desconocidos • hay trastornos del ritmo diurno • presenta cambios en la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva) <p>6.a) Requiere asistencia para vestirse 6.b) Requiere asistencia para bañarse adecuadamente 6.c) Requiere asistencia para las acciones mecánicas del aseo personal 6.d) Incontinencia urinaria 6.e) Incontinencia fecal</p>
<p>7) Déficit cognoscitivo muy grave</p>	<p>demenia grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • pérdida total de las capacidades verbales (el lenguaje puede quedar reducido a gritos, gruñidos...) • incontinencia urinaria • necesidad de asistencia en el aseo personal • pérdida de las funciones psicomotoras • con frecuencia se observan signos neurológicos <p>7.a) Capaces de decir sólo media docena de palabras inteligibles 7.b) Vocabulario inteligible limitado a una sola palabra 7.c) Pérdida de la habilidad deambulatoria 7.d) Pérdida de la habilidad para levantarse del asiento 7.e) Pérdida de la habilidad para sonreír 7.f) Pérdida de la habilidad de mantener la cabeza erguida</p>

Anexo VIII: Criterios de "Demencia con cuerpos de Lewy"

1. El rasgo central es el deterioro cognitivo progresivo de suficiente magnitud como para interferir con la función social o laboral normal. En las fases iniciales puede no haber un trastorno de memoria notable y persistente pero generalmente es evidente al progresar. Pueden ser especialmente acusados los defectos atencionales, fronto-subcorticales y visoespaciales.
2. Dos de los siguientes rasgos primarios son necesarios para el diagnóstico de probable DCL y uno para el de posible DCL.
 - a. Fluctuaciones cognitivas con variaciones notables en atención y alerta.
 - b. Alucinaciones visuales recurrentes, típicamente bien estructuradas y detalladas.
 - c. Rasgos motores espontáneos de parkinsonismo.
3. 3) Rasgos que apoyan el diagnóstico
 - a. Caídas repetidas.
 - b. Síncope.
 - c. Pérdida de conciencia transitoria.
 - d. Sensibilidad a los neurolépticos.
 - e. Delirios sistematizados.
 - f. Alucinaciones en otras modalidades.
4. 4) El diagnóstico de DCL es menos probable en presencia de:
 - a. Enfermedad cerebrovascular manifiesta como signos neurológicos locales o hallazgos de neuroimagen.
 - b. Evidencia en el examen físico o complementario de otra enfermedad general o cerebral capaz de explicar el cuadro clínico.

Anexo IX: Rasgos clínicos Diagnósticos de la Demencia Frontotemporal

RASGOS DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES:

- Inicio insidioso y progresión lenta.
- Pérdida temprana de la higiene y cuidado personal.

- Pérdida temprana del trato social y del respeto a las normas.
- Signos tempranos de desinhibición: sexualidad incontrolada, conductas violentas, bromas inapropiadas, vagabundeo continuo.
- Rigidez y falta de flexibilidad mental.
- Hiperoralidad: cambios dietéticos, exceso de ingesta, manías alimentarias, exceso de tabaco o alcohol, exploración oral de los objetos.
- Conductas estereotipadas y repetitivas: vagabundeo, manierismos, rituales.
- Distractibilidad, impulsividad e inconstancia.
- Pérdida temprana de la capacidad para comprenderse a sí mismo.

SÍNTOMAS AFECTIVOS:

- Depresión, ansiedad, sentimentalismo excesivo.
- Ideas fijas o de suicidio, delirios.

Anexo X: Criterios Diagnósticos NINCDS-AIREN de Probabilidad de Demencia Vascular

1. Demencias:

- Deterioro de la memoria.
- Deterioro de la memoria en más de dos áreas cognitivas:
 - Orientación.
 - Atención.
 - Lenguaje.
 - Funciones visuales y espaciales.
 - Funciones de ejecución, control motor y praxis.
- Demencias acordes con criterios NINDS-AIREN.

2. Enfermedad cerebrovascular:

- Signos focales en exámenes neurológicos (hemiparesia, debilidad facial inferior, signo de babinski, déficits sensoriales, hemianopsia y disartria).
- Evidencia de enfermedad cerebrovascular relevante por diagnóstico de imagen (TAC o RNM):

- Infartos de grandes vasos.
 - Infartos simples de localización estratégica.
 - Infartos múltiples de los ganglios basales y de la sustancia blanca.
 - Lesiones extensas de la sustancia blanca periventricular.
3. Relaciones entre los desórdenes anteriores manifestados o inferidos por la presencia de al menos uno de los siguientes:
- Manifestación de la demencia en un plazo inferior a tres meses después de ACV.
 - Deterioro brusco de las funciones cognitivas.
 - Variación, progresión del deterioro cognitivo.
4. Características clínicas compatibles con el diagnóstico de una probable demencia vascular:
- Presencia temprana de alteración en el modo de andar.
 - Historial de inestabilidad o caídas frecuentes sin causa aparente.
 - Incontinencia urinaria temprana.
 - Parálisis pseudobulbar.
 - Cambios de la personalidad y del estado de ánimo.
5. Características que hacen que el diagnóstico de demencia vascular sea incierto:
- Comienzo temprano de déficit de la memoria. Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas, en ausencia de signos neurológicos focales y lesiones cerebrovasculares detectados por TAC o RNM.

Anexo XI: Relación de Fármacos citados en la Guía

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL
Amitriptilina*	TRYPTIZOL
Cinarizina*	CINARIZINA RATIOPHARM
	STUGERON
Citalopram	PRISDAL
	SEROPRAM
Citicolina	NUMATOL
	SAURAN
	SOMAZINA
Clometiazol	DISTRANEURINE
Clomipramina*	ANAFRANIL
Donepezilo	ARICEPT
Flunarizina*	FLURPAX
	SIBELIUM
Fluoxetina	ADOFEN
	PROZAC
	RENEURON
Fluvoxamina	DUMIROX
Haloperidol	HALOPERIDOL
Imipramina*	TOFRANIL
Levomepromazina	SINOGAN
Lorazepam	IDALPREM
	ORFIDAL
Maprotilina	LUDIOMIL
Metrifonato**	MEMOBAY
Mianserina	LANTANON

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL
Nimodipino	ADMON
	BRAINAL
	CALNIT
	KENESIL
	MODUS
	NIMOTOP
	REMENTAL
Olanzapina	ZYPREXA
Oxazepam	ADUMBRAN
	APLAKIL
Paroxetina	CASBOL
	FROSINOR
	MOTIVAN
	SEROXAT
Piracetam	CICLOFALINA
	GENOGRIS
	NOOTROPIL
Risperidona	RISPERDAL
Rivastigmina**	EXELON
Selegilina	PLURIMEN
Tacrina	COGNEX
Tioridazina	MELERIL
Tocoferol (Vit. E)	AUXINA E
Trazodona	DEPRAX
Zolpidem	CEDROL
	DALPARAN
	STILNOX
Zopiclona	DATOLAN
	LIMOVAN
	SIATEN

* No recomendado por la Guía

** No comercializado aún en España

CAPÍTULO IV

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO

En la situación actual de los conocimientos científicos, difícilmente puede hablarse de tratamiento etiopatogénico de la enfermedad de Alzheimer, debido al desconocimiento existente sobre su etiología. Por tal motivo, debe considerarse que no existe, por ahora, tratamiento etiopatogénico de la enfermedad, aunque existen fármacos que, actuando sobre diversos factores relacionados con el proceso patológico, consiguen retrasar levemente el deterioro cognitivo del enfermo. Estas acciones terapéuticas están encaminadas a sustentar, durante un período limitado de tiempo, el estado neuropsicológico y funcional del paciente con demencia.

Los fármacos que se van a analizar a continuación deben ser considerados como agentes paliativos cuya utilidad y eficacia son muy limitadas. No existiendo, de forma general, evidencia científica de efectividad suficiente para su utilización generalizada.

ANTICOLINESTERÁSICOS:

En términos generales, son fármacos que deben ser aplicados exclusivamente en etapas iniciales, y únicamente en la enfermedad de Alzheimer, ya que los estudios realizados sólo han valorado la utilidad en estas fases y en ese tipo de demencia.

Consideraciones generales sobre el uso de Anticolinesterásicos:

1. Su uso está limitado a pacientes en etapas de inicio de la enfermedad de Alzheimer, y por lo tanto con afectación leve de la enfermedad.
2. Su uso está absolutamente desaconsejado en pacientes con enfermedad de Alzheimer grave.
3. Son fármacos con serios efectos secundarios, cuya asociación con otros fármacos debe ser controlada cuidadosamente.

4. Solamente debe iniciarse el tratamiento si hay un cuidador disponible, fiable y convenientemente adiestrado.
5. Debe ser administrado con precaución en pacientes afectados de epilepsia, asma, úlcera activa y alergias, entre otros.
6. Debe evitarse la administración concomitante de los anticolinesterásicos específicos para la enfermedad de Alzheimer con otros inhibidores de la colinesterasa y con agonistas o antagonistas del sistema colinérgico .
7. Los efectos indeseables que aparecen con mayor frecuencia son: diarrea, calambres musculares, fatiga, náuseas, vómitos e insomnio.

Siendo fármacos de prescripción hospitalaria, tienen que ser prescritos por el especialista y pueden ser controlados y seguidos por un Equipo de Atención Primaria convenientemente adiestrado.

Anticolinesterásicos disponibles para uso clínico:

En España han sido aprobados Tacrina (Cognex®) y más recientemente Donepezilo (Aricept®). Se espera la aprobación en breve de la Rivastigmina (Exelon®) y del Metrifonato (Memobay®).

- Tacrina

Eficacia:

La evidencia científica derivada de los ensayos clínicos realizados con la tacrina muestra una eficacia limitada de la misma en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Los metaanálisis realizados por el grupo Cochrane señalan con intensidad, en este sentido, que la tacrina es un fármaco de utilidad dudosa.

En aquellos casos en los que se decida ensayar el uso de Tacrina, a pesar de la ausencia de evidencia científica de efectividad, se deberán seguir:

- Las indicaciones del Laboratorio para su administración, la cual se hará, preferiblemente, antes de las comidas.

- Controles analíticos para la detección de hepatotoxicidad.
 - El tratamiento debe alcanzar la dosis terapéutica efectiva de 120-160 mg/día. Caso contrario, el tratamiento debe ser suspendido
 - La duración del tratamiento dependerá de la tolerancia del paciente a la dosis terapéutica aunque hasta la actualidad no existen estudios clínicos que hayan demostrado su eficacia superados los doce meses.
 - El paciente deberá ser reevaluado por el especialista responsable de la indicación, para constatar la respuesta al fármaco en un plazo máximo de 6 meses.
- Donepezilo

Eficacia:

Los escasos ensayos clínicos realizados hasta la actualidad parecen indicar que la eficacia del donepezilo es algo superior al de la tacrina. No obstante, no se dispone de estudios comparativos entre los dos fármacos ni ensayos clínicos suficientes que sustenten un metaanálisis sobre la eficacia y efectividad del donepezilo.

A pesar de la evidencia limitada sobre la eficacia de este fármaco, existe una tendencia a la sustitución de la tacrina por el donepezilo, como ensayo terapéutico en la enfermedad de Alzheimer. Ello se produce en base a la existencia de algunas ventajas del donepezilo sobre la anterior. La utilización de éste es menos compleja, el fármaco es mejor tolerado y no se han comunicado riesgos de hepatotoxicidad. No obstante, los efectos secundarios típicamente colinérgicos a nivel gastrointestinal (causantes mayores de la retirada del tratamiento) también están presentes, sobre todo a la dosis de 10 mg/día.

Las recomendaciones generales de uso son:

- El tratamiento se iniciará con dosis de 5 mg/día, administrado por vía oral en una sola toma, preferentemente por las noches inmediatamente antes de acostarse.
- Debe mantenerse la dosis de 5 mg/día al menos durante un mes para poder evaluar las primeras respuestas clínicas al tratamiento.
- Superada positivamente la primera etapa puede aumentarse la dosis hasta 10 mg/día, que es la máxima recomendada.
- No existen estudios clínicos que valoren su eficacia superados los seis meses.
- Tras la interrupción del tratamiento se ha observado una reducción gradual de los efectos beneficiosos del fármaco. No existe evidencia de un efecto rebote tras una interrupción brusca del tratamiento.
- Se puede seguir la misma pauta de dosificación en pacientes con insuficiencia hepática de intensidad leve o moderada o con insuficiencia renal.
- La experiencia clínica actual es muy limitada por lo que no son bien conocidas todas las posibles interacciones del donepezilo con otros fármacos. No obstante, se sabe que la administración concomitante de digoxina y cimetidina no afecta el metabolismo de donepezilo y que, a su vez, ni éste ni ninguno de sus metabolitos inhibe el metabolismo de la teofilina, warfarina, cimetidina o digoxina. Los estudios de interacción "in vitro" demuestran que ketoconazol y quinidina inhiben el metabolismo de donepezilo y que los inductores de enzimas como rifampicina, fenitoina, carbamazepina y alcohol pueden reducir los niveles de donepezilo.

- Rivastigmina

En la actualidad, este fármaco se encuentra en estudios de fase III, por lo que no existen datos suficientes que avalen su eficacia clínica. La información preliminar, procedente de un estudio doble ciego sobre 90 pacientes (Anand et al, 1996), indica que la dosis de 4 mg/día de este fármaco tiene algunos efectos positivos sobre la enfermedad de Alzheimer, con mejoría del rendimiento de los enfermos en el test de ADAS-cog y en la escala CIBI-plus, instrumentos también utilizados en la valoración de las demencias.

- Metrifonato

Al igual que en el caso anterior no se dispone de evidencia científica sobre la eficacia de este fármaco. En la actualidad, el fármaco se encuentra en la fase III de investigación. En un único estudio randomizado doble ciego, el metrifonato mostró mejorías estadísticamente significativas frente a placebo en las escalas ADAS y CIBIC en enfermos con probable enfermedad de Alzheimer.(15)

NO-ANTICOLINESTERÁSICOS:

El siguiente grupo de fármacos se encuentra englobado en el arsenal terapéutico genérico de las demencias, sin que, en ningún caso, se hayan establecido indicaciones específicas, científicamente probadas, de su utilidad en las demencias.

a. Nootropos y neuroprotectores:

Del amplio espectro de agentes que se encuadran en este epígrafe, se pueden destacar por su amplio uso el piracetam y la citicolina. Sin embargo no existen evidencias científicas de eficacia o efectividad para su utilización en la enfermedad de Alzheimer, por lo que no se debe esperar ningún tipo

de beneficio para el enfermo. La utilización de estos fármacos no manifiesta efectos secundarios indeseables. No se han realizado ensayos clínicos en otros tipos de demencia.

b. Calcio-antagonistas:

Los resultados de los ensayos clínicos no son concluyentes respecto a su utilidad en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, hay claras evidencias sobre la toxicidad derivada del uso de la flunarizina y cinnarizina en la enfermedad de Alzheimer, y en ancianos en general, por sus importantes efectos adversos extrapiramidales.

c. Estrógenos:

Los estudios epidemiológicos indican que las mujeres sometidas a tratamiento hormonal sustitutorio con estrógenos presentan menor incidencia de la enfermedad de Alzheimer por lo que se está valorando la acción protectora del estradiol. En el momento actual no existe una evidencia de eficacia que soporte el uso terapéutico del estradiol en la enfermedad de Alzheimer. Tampoco se dispone de información amplia sobre los efectos adversos en tratamientos prolongados.

d. Antiinflamatorios:

Como en el apartado anterior, algunos estudios epidemiológicos parecen indicar un posible papel protector de los agentes antiinflamatorios en la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, su utilidad como agente terapéutico no ha sido ensayada y sus posibles efectos secundarios deben ser cuidadosamente considerados.

e. Antioxidantes:

No existe evidencia sobre la eficacia de estos productos sobre la enfermedad de Alzheimer.

Algunos estudios apuntan hacia una posible utilidad de los antioxidantes en la enfermedad de Alzheimer. No obstante, el escaso número de pacientes incluidos en las series estudiadas limitan las conclusiones de los estudios. Por ello, tanto la Vitamina E como el inhibidor selectivo de la MAO-B (selegilina) requieren de mayor certeza científica para su empleo terapéutico en la enfermedad de Alzheimer.

Contraindicaciones: se deben considerar muy seriamente los efectos hemodinámicos indeseables de la selegilina (hipotensión arterial), sobre todo cuando se asocia a otros fármacos hipotensores/antihipertensivos; L-dopa y agonistas dopaminérgicos; anticolinesterásicos (tacrina y donezepilo), entre otros. **No debe administrarse conjuntamente con antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina, así como inhibidores selectivos y no selectivos de la MAO.**

CONSIDERACIONES FINALES

1. Dado que, en el caso de las demencias, el cuidador es un informador potencial de la bondad y eficacia de un tratamiento, el prescriptor del fármaco deberá informar al cuidador de los beneficios que se esperan de la terapia con el fármaco, indicándole además los posibles efectos colaterales y adversos esperables de la medicación.
2. El médico prescriptor apoyado por un equipo de educación para la salud se encargará de informar al cuidador de cómo actuar frente a los efectos indeseables de la medicación que se vayan presentando.
3. El médico prescriptor será principalmente un médico del nivel especializado que garantice un adecuado manejo de la medicación, y valore los efectos terapéuticos y secundarios, algunos de ellos con importante repercusión sobre la función psicomotriz.

4. Se recomienda una acción de coordinación con los servicios de urgencias a domicilio, equipos de salud mental y médicos de atención primaria, sobre todo en la actuación de crisis agudas.
5. En los casos en los que la evidencia científica no avale el tratamiento farmacológico, el profesional sanitario deberá valorar ante cada enfermo/familiar, la conducta terapéutica a seguir, bien mediante explicación razonada de la situación y aportaciones de medidas alternativas (terapias no farmacológicas), bien mediante el empleo de fármacos carentes de efectos secundarios indeseables. Debería evitarse la polifarmacia.
6. El médico debería informar al enfermo/familiar, al objeto de corregir la información médica adquirida previamente de los diversos medios de comunicación adaptando su recomendación al grado de evidencia científica y al nivel educativo del receptor. (15)

TRATAMIENTOS CONDUCTUALES:FARMACOLÓGICO

Los problemas conductuales que se presentan en la evolución clínica de las demencias constituyen el problema que condiciona el mayor volumen de la demanda de atención por parte de los familiares de los enfermos, siendo responsable, a su vez, de la desestructuración que tiene lugar, en estas circunstancias, en el ambiente familiar.

El tratamiento farmacológico de los trastornos de la conducta que se presentan en la evolución de los síndromes de demencia tiene por objeto:

- *Prevenir y tratar los síntomas y las complicaciones propias de la evolución natural de la enfermedad, así como los problemas intercurrentes.*
- *Prevenir la sobrecarga familiar, mediante la administración de fármacos y a través del apoyo psicológico e información.*

Ante cualquier síntoma que descompense el curso clínico de la demencia, antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento, debe descartarse la existencia de patología orgánica subyacente. Para ello se realizará una adecuada anamnesis y exploración física, además de las pruebas complementarias oportunas que ayuden al diagnóstico etiológico.

Entre las causas más frecuentes que descompensan el curso clínico de la demencia cabe destacar:

- Infecciones respiratorias.
- Infecciones urinarias.
- Estreñimiento e impactación fecal.
- Dolor (fracturas, abdomen agudo, glaucoma, ...).
- Deshidratación.
- Fármacos (incorporación de nuevos fármacos, interacciones, cambio de dosis, privación, ...).

- Descompensación de una patología previa.
- Cambios de las rutinas.
- Estado confusional agudo o delirium.

Los síntomas que requieren tratamiento farmacológico se pueden agrupar en:

- *Trastornos afectivos como la depresión, la ansiedad y más raramente la hipomanía.*
- *Trastornos del pensamiento y de la conducta, ideas delirantes, alucinaciones, agitación, agresividad, vagabundeo.*
- *Trastornos del ritmo vigilia-sueño.*
- *Síndrome confusional agudo o delirium.*

Estos síntomas, sobre todo los trastornos de la conducta, tienen gran importancia en el manejo clínico del paciente demente, pues son una causa importante de

estrés y agotamiento en los cuidadores y familiares y, con frecuencia, determinantes de la institucionalización del paciente.

La aparición de los síntomas guarda relación con la evolución clínico-temporal de la enfermedad. Se distinguen 3 etapas:

1. Fase inicial.
2. Fase de deterioro moderado.
3. Fase avanzada o de deterioro grave.

Los trastornos afectivos predominan en la fase inicial, junto con los síntomas cognitivos típicos de la demencia. En fases más evolucionadas son más frecuentes los trastornos del pensamiento y de la conducta junto con los trastornos del ritmo del sueño, aunque pueden aparecer en cualquier fase de la enfermedad. En la fase de deterioro avanzado predominan los síntomas de deterioro físico, como la inmovilidad, la incontinencia, los trastornos de la alimentación y la desintegración de la personalidad.(15)

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1. Intentar siempre medidas no farmacológicas como primer paso.
2. Iniciar el tratamiento farmacológico cuando sea estrictamente necesario, dirigiendo siempre la selección terapéutica hacia el control de síntomas específicos.
3. Combinar la utilización de los fármacos con la terapia no farmacológica.
4. Utilizar aquellos fármacos más adecuados por su capacidad terapéutica y perfil de efectos secundarios en el anciano.
5. Tener en cuenta la posibilidad de situaciones de polifarmacia y las interacciones que puede producir la introducción del nuevo fármaco.
6. Comenzar siempre con dosis bajas e incrementarias paulatinamente.
7. Evaluar y advertir del momento de interrupción del tratamiento.

8. El médico debe familiarizarse con el manejo de pocos fármacos (2 ó 3 por grupos) seleccionándolos en base a la evidencia de su eficacia.

TRATAMIENTO POR GRUPOS DE SÍNTOMAS

1. *Trastornos psicóticos, agresividad y agitación*

Agitación es un término general que hace referencia a trastornos del comportamiento incluyendo agresión, combatividad, golpes, hiperactividad y desinhibición. La agresividad puede ser física o verbal, dirigida hacia sí mismo o hacia los demás, e incluye movimientos o expresiones verbales que carecen de fin concreto.

Los síntomas psicóticos (paranoia, delirios, alucinaciones) son menos frecuentes que los anteriores pero producen distrés en el enfermo y pueden generar violencia.

Este tipo de trastornos, especialmente los de índole psicótico, no deben ser tratados salvo que sean perturbadores para el paciente o la familia.

Tratamiento:

Los fármacos de elección para el control de los síntomas son los neurolepticos. De entre los de eficacia probada destacan el haloperidol, la tioridazina y la levomepromazina. No hay evidencias de diferencia de eficacia entre los anteriores. La elección del antipsicótico se debe basar en el riesgo de aparición de efectos secundarios y las características del paciente. No está justificado mantener el tratamiento más allá de 4-8 semanas, ya que no está contrastado su uso por periodos mayores.

Los neurolepticos de nueva generación (risperidona, olanzapina) pueden tener un futuro prometedor por carecer prácticamente de efectos extrapiramidales.

2. Trastornos de la afectividad

Depresión

La sospecha de la interconurrencia de un cuadro depresivo se debe tratar siempre, aunque no se cumpla estrictamente con todos los criterios requeridos. Los fármacos de primera elección serán los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina, citaloprán), por su eficacia probada y por la escasez de efectos secundarios en los ancianos. Entre sus ventajas destacan el ingerirse mediante una única toma diaria, matutina especialmente en los que presentan actividad estimulante como la fluoxetina y fluvoxamina. Los síntomas gastrointestinales como las náuseas y el efecto ansiógeno son los efectos secundarios más comunes en el anciano. No se ha demostrado eficacia superior de unos sobre otros.

Los antidepresivos tetracíclicos, como la mianserina y la maprotilina y otros como la trazodona producen además sedación por lo que pueden ser adecuados para situaciones asociadas a ansiedad y trastornos del sueño, pudiendo ser utilizados a dosis única nocturna.

Los antidepresivos tricíclicos clásicos (imipramina, amitriptilina, clomipramina) deben evitarse en el tratamiento antidepresivo de ancianos con demencia por sus efectos secundarios (anticolinérgicos, cardiotoxicos y ortostáticos).

La eficacia de cualquier tratamiento antidepresivo no debe evaluarse antes de 3 ó 4 semanas y se debe reevaluar a los 6 meses de su uso continuado.

Ansiedad

Como síntoma aislado es raro, apareciendo asociado a los cuadros depresivos y de agitación, por lo que, de confirmarse esa situación, deben ser tratados con neurolépticos o antidepresivos.

En aquellos casos en los que aparezca de forma aislada pueden utilizarse benzodiazepinas, preferentemente de vida media corta (lorazepam, oxazepam) y siempre durante un tiempo limitado. Aunque su uso está extendido, los estudios demuestran que las benzodiazepinas pueden provocar deterioro agudo del estado cognitivo, por lo que cuando se considere su utilización, ésta debe hacerse con precaución, a la menor dosis posible y siempre de forma temporal.

3. Trastornos del sueño

El uso de hipnóticos en el tratamiento de los trastornos del sueño debe ser conservador y antes de iniciarlo, se deben hacer las recomendaciones de higiene del sueño que se detallan:

- Ejercicio matutino o a primeras horas de la tarde.
- Limitar las horas de sueño diurno.
- Evitar las bebidas estimulantes (café, alcohol, ...).
- Evitar cenas copiosas y tardías.
- Usar ropa y cama confortables.
- Horario fijo de acostarse.
- Luz leve en la habitación.
- Favorecer la exposición al sol a lo largo del día.
- Evitar fármacos que puedan alterar el sueño (por ejemplo, diuréticos en dosis nocturnas).

El tratamiento farmacológico se debe instaurar cuando las medidas anteriores no sean efectivas o existe "sobrecarga" en la familia. La elección del fármaco dependerá de las características del insomnio, siendo los fármacos recomendados (por orden de elección):

- Clometiazol.
- Zolpidem.
- Zopiclona.

- Neurolépticos sedantes.
- Antidepresivos.
- Benzodiazepinas (de vida media corta).

Cuando el insomnio es de inducción, el fármaco de elección es el clometiazol administrado inmediatamente antes de acostarse. Si por el contrario, el insomnio cursa con despertar precoz, suele existir una alteración del ritmo vigilia/sueño, por lo que está indicado el uso de neurolépticos sedantes (tioridazina, levomepromazina). En pacientes con insomnio transitorio pueden utilizarse temporalmente hipnóticos no benzodiazepínicos (zolpiden, zopiclona) o benzodiazepinas de vida media corta. También puede considerarse el uso del antidepresivo trazodona, útil también para corregir los trastornos de alteración del ritmo sueño/vigilia.

4. *Síndrome confusional agudo. Delirium*

Si bien su frecuencia es mayor en pacientes hospitalizados, en los pacientes que viven en la comunidad puede presentarse como complicación en el curso de la evolución de la demencia. Frecuentemente está asociado a los procesos intercurrentes comentados anteriormente o a la privación de fármacos, especialmente benzodiazepinas. El delirium es un cuadro clínico caracterizado por el inicio agudo, el trastorno de la atención y la afectación fluctuante del nivel de conciencia. Suele ir acompañado de inversión del ciclo vigilia/sueño, trastornos conductuales, alucinaciones e ideas delirantes.

En el paciente demente, el proceso de abordaje del delirio tiene tres componentes: a) identificar y tratar la causa subyacente; b) usar medidas no farmacológicas para aminorar los síntomas; c) iniciar terapia farmacológica para el control de la agitación o trastornos del comportamiento asociados al delirio.

El tratamiento de elección son los neurolépticos. Una buena opción es el haloperidol 5 mg. (50 gotas vía oral ó 1 ampolla por vía intramuscular). Si el

cuadro no se resuelve, debe derivarse a nivel especializado dado que los síntomas pueden prolongarse durante días o semanas. (15)

FÁRMACOS	PRESENTACIÓN	DOSIS INICIO	DOSIS MÁXIMA	EFFECTOS SECUNDARIOS	INDICACIONES
Haloperidol	v.o. (1 gota = 0,1 mg) i.m. (1 amp = 5 mg)	10 gotas / 24 h.	30 gotas / 8 h ó 9 mg/día	Extrapiramidales (+++)	ideas paranoicas síntomas diurnos
Tioridazina	v.o. (1 gota = 1 mg)	10 gotas / 24 h	50 gotas / 8 h.	Extrapiramidales (+) hipotensión ortostática retención urinaria	sedación nocturna
Levomepromazina	v.o. (1 gota = 1 mg) i.m. (1 amp = 25 mg)	10 gotas / 24 h.	30 gotas / 8 h.	Extrapiramidales (+) sedación (+++) efectos anticolinérgicos (+++)	sedación nocturna
Risperidona	v.o. 1 y 3 mg	0,25 mg.	2 mg	Extrapiramidales (+/-) sedación (+/-) anticolinérgico (+)	tratamiento a largo plazo
Olanzapina	v.o. 5,75 y 10 mg	2,5 mg	12,5 mg	Extrapiramidales (+/-) sedación (+/-) anticolinérgico (+)	tratamiento a largo plazo

CUIDADOS PALIATIVOS

Los Cuidados Paliativos se definen como el conjunto de cuidados a ofertar a todas aquellas personas que padecen una enfermedad en fase terminal, entendiéndose como tal los procesos con pronóstico vital limitado y que no tienen respuesta a tratamientos específicos con capacidad para curar, parar o retrasar su evolución. El objetivo del cuidado en estas circunstancias es mejorar la calidad de vida que resta a la persona y proporcionar una muerte digna mediante la instauración de una atención continua e intensa. Esta atención incluye además el apoyo emocional del enfermo y a sus familiares. De esta forma se intenta que las personas puedan hacer frente a su muerte libres de sufrimiento físico y acompañado por sus seres queridos.

La fase terminal en la enfermedad de Alzheimer

La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad incurable que evoluciona a la muerte en un período más o menos entre 7 y 20 años a partir de su inicio. En la última fase de la enfermedad el sujeto es totalmente dependiente de los demás para poder seguir viviendo, encontrándose postrado en la cama y con distintos grados de desconexión del medio.

Según estas características, esta última fase de postración puede considerarse la fase terminal de la enfermedad, independientemente del pronóstico vital que presente la enfermedad. Ésta es la fase que consideran otros autores como la demencia severa o muy avanzada.

En este estado, la evolución a la muerte es irreversible en un tiempo más o menos largo que puede superar o no los seis meses, dependiendo de las complicaciones que se presenten. Es una situación de debilidad biológica extrema en la que inciden con relativa frecuencia complicaciones infecciosas o metabólicas que no responden adecuadamente a tratamientos enérgicos de nutrición y antibioterapia de forma que su instauración no modifica el pronóstico final ni las expectativas de vida, pues la situación basal de la enfermedad es la responsable del pronóstico.

Con la evolución de la enfermedad, aparecerá la situación de los últimos días, en los que la muerte está próxima, en tiempo inferior a una semana. Esta situación corresponderá a la fase agónica en la que se objetiva una disminución global de las funciones vitales.

Los Cuidados Paliativos en las Demencias en fase terminal

El objetivo de las intervenciones sanitarias en la fase terminal de las demencias es favorecer todas aquellas situaciones que proporcionen bienestar a las personas enfermas, evitando aquellas que pueden provocar sufrimiento.

De forma general, puede considerarse que diversas intervenciones sanitarias producen situaciones de malestar y sufrimiento. Entre estas intervenciones se encuentran la disposición de sondas nasogástricas, las venoclisis reiteradas, la restricción física de los movimientos, las curas de úlceras sin analgesia adecuada, la ausencia del control de síntomas como las dificultades respiratorias o el estreñimiento. Estas situaciones no conllevan una mejora de la situación del paciente cuando éste se encuentra en fase terminal y sí, por el contrario, un deterioro de su bienestar.

La instauración de los cuidados paliativos como ejercicio profesional en la fase terminal de la enfermedad no pretende "dejar de hacer" sino intentar modificar la forma cómo acontece el proceso de morir, favoreciendo que éste se produzca sin sufrimiento.

La aplicación de los cuidados paliativos significa aplicar un programa de cuidados dirigido al control de todos los síntomas provocadores de malestar como el dolor, el estreñimiento, la dificultad respiratoria, los cuidados de la boca, de la piel y de la incontinencia urinaria. Los cuidados paliativos significan, además, el prestar el adecuado apoyo a la familia para favorecer su adaptación a esta etapa de la enfermedad en el que ya está presente la evolución a la muerte en un tiempo más o menos corto. Con el fallecimiento del paciente, no finaliza el programa de cuidados, por el contrario, comienza una nueva etapa en la que se apoya a la familia para que la elaboración del duelo sea en las mejores condiciones.

Consideraciones finales

El planteamiento de los cuidados paliativos somete al profesional y a la familia a una difícil toma de decisiones pues supone cambiar la filosofía y, por tanto, los objetivos de la atención. Es por ello que todas las decisiones deben ser consensuadas entre los distintos miembros del equipo de cuidados, los profesionales sanitarios y los cuidadores, así como que todos se impliquen en las actividades a realizar.

En múltiples ocasiones, la opinión de la familia es la que termina ayudando a decidir al profesional sobre qué aspectos pueden significar una mejora del bienestar del paciente.

No pueden realizarse cuidados de la fase terminal de las enfermedades, al menos en la comunidad, sin el apoyo de la familia pues ésta representa el soporte operativo y afectivo del cuidado. Representa, además, un grupo social de personas que posteriormente tendrán que enfrentarse a la pérdida del ser querido y, en este sentido, la adecuación de la realización de los cuidados puede favorecer una mejor evolución del duelo. (15)

CAPITULO V

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

COMUNICACIÓN ODONTOLOGO PACIENTE

Ayudar a la persona que padece Alzheimer requiere mucha paciencia, calma comprensión. A todos nos resultaría difícil hablarle a la pared o a un espejo donde el único reflejo que se ve es el de uno mismo. Intentemos pues derribar esa pared a través de una puerta o ventana de comunicación con nuestros pacientes para que podamos dialodar con ellos. De aquí a que presentemos una serie de consejos que nos puedan ayudar a mejorar esta comunicación que tanto queremos.

1. Tenga calma y paciencia. Mantenga el contacto visual, use el tacto para tranquilizar a la persona, dele suaves y pequeñas palmaditas, demuéstrelle que usted le está prestando atención.
2. Muéstrelle interés en lo que está diciendo o sintiendo.
3. Preste atención a su voz gestos para encontrar claves sobre sus sentimientos . A veces sus emociones son más importantes de lo que está tratando de decir.
4. Si usted no entiende lo que está tratando de decir, hagaselo saber y sugierale que lo comunique con señas o gestos.
5. Cuando él no pueda encontrar una palabra, se sentirá menos frustrado si usted intenta adivinarlo.
6. Si usa una palabra equivocada y usted sabe los que quiere decir, reemplacela por la palabra correcta; pero no le reclame.
7. Si está enojado y usted ve que no puede expresarse verbalmente, transmitale tranquilidad y reconfortelo. Recuerde que, algunas veces, el tratar de ayudarlo a explicarse, puede ponerlo aún más enojado.

COMUNICANDONOS SIN PALABRAS

El amor y la comprensión son los mejores medios para comunicarnos con nuestro paciente. Difícilmente encontraremos un mejor canal que el amor, la ternura y las caricias.

1. Manténgase afable, tranquilo y dispuesto a dar apoyo. Habrá momentos en los que usted querrá explotar porque el enfermo no entiende, pero si logra vencer su impaciencia, el resultado será si no excelente, si muy llevadero.
2. Sonría, tómele la mano al enfermo, dele palmaditas, abrácele. Muéstrelle afecto.
3. Mírele directamente a los ojos, hablele con la mirada. El lenguaje corporal es, aunque no lo crea, uno de los mejores medios de comunicación para entender a este tipo de personas.
4. Exprese acciones que usted quiere que se lleven a cabo por medio de señas, digamos lavarse los dientes, el que tome un vaso con agua, el que se lleve la comida a la boca. La mayoría de las veces, usted lo verá, entenderá.
5. Evite explicarle con razonamientos muy complicados. No le entenderá y usted más se exasperará.(14)

MANEJO ODONTOLÓGICO.

La salud mental influye esencialmente en la conducta del anciano hacia su salud oral. Las enfermedades mentales y su tratamiento psiquiátrico pueden afectar negativamente la salud oral. La Demencia tiene una incidencia creciente, debido al progresivo envejecimiento de la población ya que el trastorno se presenta con más frecuencia en este grupo de edad. La invalidez generada por estos cuadros no sólo afecta al propio individuo sino también a su familia y a la sociedad por la importante

incapacidad que produce y a las necesidades socio-sanitarias que genera, una vez saturada la demencia debe dirigirse a promover los recursos que facilitan la vida del paciente en la comunidad y en la familia la atención odontológica del paciente con demencia se complica por la dificultad de comunicación y la falta de cooperación en el consultorio.

La Depresión está relacionada a nivel oral con síntomas dolorosos inespecíficos de carácter crónico como son el dolor orofacial atípico o el síndrome de ardor bucal, y además el abandono de higiene oral consecutivo a la apatía aumentan la afectación periodontal.

El tratamiento psicofarmacológico afecta profundamente el ecosistema oral al provocar una intensa xerostomía, que puede incluso provocar la atrofia glandular. Estos efectos adversos se incrementan cuando se asocian varios psicofármacos (fenotiazinas, antidepresivos, benzodiazepinas, etc.)

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER.

Los pacientes con esta demencia presentan un alto grado de patología oral, la propia demencia limita la posibilidad de realizar una higiene oral correcta. Otros factores sobreañadidos como un inadecuado control dietético y hasta un rechazo profesional en el tratamiento odontológico de estos pacientes, hacen que las necesidades de tratamiento sean muy elevadas y frecuentemente insatisfechas.

La propia minusvalía requiere una atención odontológica especial con un personal adecuadamente entrenado y una serie de medidas a nivel multidisciplinario. Los trabajadores de la salud bucal (estomatólogos, odontólogos, higienistas y auxiliares) no han recibido la capacidad profesional adecuada para tratar este tipo de personas, dando lugar a situaciones de rechazo y conflicto por ambas partes, si el nivel intelectual no es muy severo podrán ser tratados en la propia consulta.

Desde el principio evitar una vivencia negativa por parte del paciente, para permitir obtener una colaboración activa y facilitar nuestro trabajo . una persona que presente un problema físico tendrá una dificultad para realizar de por sí la técnica de cepillado de

forma correcta (por lo que necesitará, además de un ayudante, una enseñanza más paulatina).

Es necesario que nuestra actitud sea cuidadosa y amigable, así como evitar en todo momento todos los factores que aumenten el miedo y la ansiedad en estas personas. Hay que establecer una comunicación simple, con el paciente, evitando hacer consideraciones científicas y sustituir algunas palabras como "aguja" "anestesia " por otros que produzcan menos tensión emocional y una mayor comprensión. Cuando esté sentado cómodamente, podemos empezar la exploración clínica, incluyendo un examen oral y otro extraoral, si tenemos la necesidad de hacer radiografías, están más indicadas las panorámicas.

Cuando se haya realizado el procedimiento diagnóstico pasaremos a la planificación del tratamiento. En este caso por razones obvias no podemos analizar con el paciente las pautas terapéuticas a seguir, siendo necesaria la colaboración de un tutor o persona responsable del paciente, para que decida sobre el plan de tratamiento que hayamos determinado.

Nuestro primer objetivo, será la eliminación del dolor y el control de la infección. En este caso tendremos que evaluar la necesidad de suprimir o restaurar, todas aquellas piezas que sean la causa desencadenante del problema oral. El uso del dique de hule, será indispensable en el tratamiento odontológico de estos pacientes. Para el tratamiento odontológico conservador, las obturaciones de composite en molares deben reservarse para los pacientes con menor grado de deficiencia y un alto nivel de comunicación.

La utilización de cepillos eléctricos, los enjuagues o geles, están especialmente recomendados para este grupo de personas que presentan una higiene oral peor que la población media.

Para la eliminación de sarro o tártaro pueden utilizarse procedimientos rutinarios como los aparatos de ultrasonidos, así como raspados y alisados radiculares, reservandose la cirugía periodontal para casos muy particulares, cuando existan otros factores que

contribuyan a la enfermedad periodontal como pueden ser la hiperplasia gingival por fenitoína, la gingivectomía podría estar justificada.

En pacientes que puedan darse la aparición de trastornos convulsivos debemos de adoptar una serie de medidas como atar un hilo de seda a los clamps y objetos pequeños que podrían aspirarse, evitar las luces directas sobre el paciente, sacar rápido y fácilmente los instrumentos intrabucales.

Antes de realizar los tratamientos de tipo protésico y prostodóntico, hay que analizar las circunstancias particulares para cada paciente. Pueden aparecer problemas durante la toma de impresiones. Determinadas prótesis como parciales de acrílico pueden estar contraindicadas por el peligro que supone la aspiración de la prótesis o algún componente de ella, Son más indicadas la fabricadas con material radiopaco o prótesis fija.

La mayoría de las ocasiones pueden tratarse con anestesia local, o bajo sedación si es necesario. Debemos utilizar siempre que sea posible anestésicos sin vasoconstrictores, ya que pueden potencializar sus efectos con pacientes con antidepresivos.(1)

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

1. El deterioro cognitivo progresivo supone una merma en las capacidades intelectuales de los enfermos que lo padecen, produciendo repercusiones relevantes en su vida personal, profesional, familiar y social.
2. Este conjunto de repercusiones incorpora al debate condicionantes de carácter ético, legales y médicos. Algunos ejemplos al respecto son las decisiones acerca del patrimonio del enfermo, las relaciones laborales y familiares, el acceso a prestaciones socio-sanitarias, el mantenimiento de la continuidad de la relación médico-paciente y las decisiones acerca del tratamiento a incorporar, entre otras.

3. El carácter progresivo del deterioro producido por la demencia implica que, en sus primeras manifestaciones, el paciente mantiene la capacidad de tomar ciertas decisiones autónomamente, a pesar de que en el horizonte evolutivo se prevea un deterioro grave y no modificable.
4. En la etapa inicial de la enfermedad, y siempre que sea posible, deberá facilitarse al paciente la toma de aquellas disposiciones para el futuro (legales, económicas, sanitarias, etc.) que son relevantes. Mientras se instaura el deterioro en estas primeras fases, las decisiones y actuaciones sobre aspectos relevantes de la vida del paciente, que sean tomadas por la familia u otros agentes adecuados, deberán producirse de forma vicaria con respecto a la capacidad real del paciente.

Información

Información médica

1. La información médica sobre la enfermedad debe estar basada en el triángulo médico-paciente-allegados. Aunque el paciente es el primer y principal destinatario de la información sobre su propio estado de salud, debido a las repercusiones familiares y sociales que representa este deterioro cognitivo, la información debería ser compartida con sus allegados desde el principio.
2. El médico no puede limitarse a dar información clínica de diagnóstico y tratamiento, sino que debe ser responsable del cuidado global del paciente, derivándolo, en su caso, a otros profesionales. Es muy recomendable el trabajo en equipo multidisciplinar del médico con trabajadores sociales, psicólogos, voluntarios, etc. Estos principios están reflejados en la Ley General de Sanidad (Art. 10, n. 1-7, 10 y 14).

3. Por las características de la enfermedad, está especialmente indicado que la interpretación del artículo 10,5 de la Ley General de Sanidad, en el que se reconoce el derecho del paciente y de sus familiares o allegados a una información completa, y a que ésta se efectúe en el sentido de la Declaración de Oviedo. En esta Declaración se especifica que la información que se da al paciente debe ser la adecuada. La valoración de la información adecuada en cada caso debe ser hecha por el médico, una vez tenidas en consideración las condiciones personales y familiares del paciente.
4. Con respecto a los derechos de los pacientes que se contemplan en la Ley General de Sanidad (Art. 10) tienen especial relevancia los siguientes aspectos:
 1. El respeto a su personalidad y dignidad exige un tipo de medidas especiales que favorezcan una adecuada flexibilidad en las medidas de acompañamiento al enfermo, por ejemplo:
 - Permitir a los pacientes estar acompañados en todo momento por el familiar que le cuida, incluyendo el momento de la realización de pruebas y exploraciones complementarias.
 - Tener un trato especial en la atención, especialmente en el medio extra-hospitalario, con especial énfasis en las citas para las consultas médicas y los tiempos de espera.
 2. Todo paciente, y especialmente su cuidador, debe ser informado sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder, y debe facilitarse su acceso en condiciones especiales.
 3. Este apartado es especialmente relevante para los enfermos con demencia y sus familiares, ya que necesitan una mayor cantidad de información, más diversificada, continuada y adecuada a cada fase del proceso. En este campo hay aspectos especialmente

relevantes, que se tocarán más adelante, y que se refieren a la información sobre los aspectos genéticos de la enfermedad, la comprensión de la enfermedad y de las alternativas del tratamiento.

4. Para la realización de cualquier intervención que requiera el consentimiento explícito del paciente, en casos de conflicto entre la voluntad del paciente y la de los familiares, se debe estar a la voluntad del paciente, salvo que éste se encuentre legalmente incapacitado, o el médico entienda que no se encuentra en condiciones de expresar su voluntad, en cuyo caso consultará con la familia.
5. En procesos tan largos y complejos como los que corresponden a los enfermos con demencias, es especialmente relevante la identificación personalizada de un interlocutor principal con el equipo asistencial. Es esencial que se establezcan unos cauces adecuados de comunicación entre la Atención Primaria y la Especializada. Siempre que sea posible, la atención a estos pacientes debería hacerse en el marco de un equipo multidisciplinar que englobe a médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, etc.
6. Cada vez que sea necesario la expedición de un certificado, especialmente para la tramitación de un expediente de discapacidad, el médico debe hacerlo con prontitud. En estos certificados deben quedar claras, además de las características clínicas del momento, las implicaciones previsibles de su proceso, las consecuencias globales de su estado de salud y los niveles de dependencia de su cuidador.

7. Frente al problema general de las demencias es especialmente relevante la participación de los familiares y las organizaciones que los representan en la planificación de los servicios asistenciales. A este respecto se deberá potenciar el asociacionismo y el voluntariado.

9. Informaciones específicas (procedan o no del médico)

1. Estudios genéticos

Hasta que no se defina científicamente con mayor claridad el papel clínico y preventivo de las pruebas genéticas para las demencias, y de forma especial en la enfermedad de Alzheimer, éstas no deberán generalizarse. Su uso debe considerarse de apoyo al diagnóstico diferencial de aquellos casos que por su complejidad clínica lo requieran. En el ámbito de la investigación, la realización de estudios genéticos estará sometida a las directrices ético-legales existentes al respecto. Las razones más importantes que sustentan esta recomendación son la falta de evidencia de relación causa-efecto (presencia de marcador genético y desarrollo de la enfermedad de Alzheimer), y la ausencia de medidas preventivas y terapéuticas. Adicionalmente, estas pruebas provocan una ansiedad muy grande en la familia sin un claro efecto beneficioso (nivel de evidencia A). Sin embargo deberá potenciarse la investigación en este campo, fomentando especialmente la donación de cerebros en las unidades especializadas, e informando sobre sus resultados siempre que se pida explícitamente por los familiares.

2. Anticipación de condiciones vitales y toma de decisiones

Debido a que la enfermedad tiene una progresión irregular y con un patrón temporal poco previsible, es especialmente importante garantizar la información adecuada y precoz al paciente sobre la situación clínica y

su pronóstico. Esto es especialmente importante para que el paciente pueda anticipar las decisiones, para las que aún estuviera capacitado, relativas a sus relaciones personales y familiares, como por ejemplo:

- Herencias y legados.
- Previsión de tutor o tutores (debido al largo proceso de la enfermedad suele ser conveniente nombrar más de un tutor, sobre todo si el primero es mayor, para cubrir el supuesto de la muerte del tutor antes de la muerte del paciente).
- Situación conyugal.
- Disposición patrimonial.
- Decisiones médicas sobre actitudes y manejo diagnóstico-terapéutico, donaciones de órganos, etc. (testamento vital).

El médico debe dirigir al paciente que desea tomar este tipo de decisiones a otros niveles asistenciales de carácter socio-sanitario en donde pueda recibir asesoramiento específico (trabajador social, asociaciones de enfermos, etc.). Es muy recomendable que se cree un grupo multidisciplinario que desarrolle unas guías de actuación concreta en estos casos.

Repercusiones legales de la enfermedad

El paciente y sus familiares pueden exigir y hacer valer los derechos, referidos con anterioridad, del art. 10 de la Ley General de Sanidad. La desatención en el ámbito sanitario de esos derechos puede ser objeto de reclamación, pudiendo dar lugar a la correspondiente infracción. Sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o de otro tipo que pudiera concurrir (art. 32,1 de la Ley General de Sanidad). En la misma Ley se

especifican los deberes de los enfermos y sus familiares con respecto al Sistema Sanitario.

El médico puede considerar que un paciente se encuentra ante limitaciones de su actividad que éste no reconoce. En estos casos debe explicar detenidamente al tutor de los riesgos que estas actividades suponen, por ejemplo la conducción de vehículos, uso de electrodomésticos que implican peligro (gas, electricidad), actividades profesionales (utilización de máquinas, etc.). Si el paciente y los cuidadores no reconocen estos peligros, y especialmente si suponen un riesgo para la salud pública, debe ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias, para que éstas tomen las medidas oportunas.

Investigación y Ensayos Clínicos

Continúa existiendo la necesidad de dar respuestas al gran número de interrogantes que persisten en torno a las demencias. Por ello, la investigación sobre demencias y enfermedad de Alzheimer debe potenciarse. Para facilitar esta actividad es necesario promover y conseguir el apoyo de las familias, siempre tras una adecuada información de los estudios a realizar.

Los ensayos clínicos sólo pueden hacerse de acuerdo con el Real Decreto 561/93 de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos, y tras la evaluación por los Comités Éticos de Investigación Clínica acreditados. En estos casos, los Comités han evaluado la pertinencia, el diseño del estudio, la información que se aporta a la familia y la confidencialidad de los datos, el beneficio que puedan aportar, y otros aspectos pertinentes.

Siempre que el paciente se encuentre legalmente incapacitado, será el tutor el que otorgue el consentimiento informado, y sólo tras la comunicación al Ministerio Fiscal.

Se debe fomentar tanto la investigación biomédica como la epidemiológica, los ensayos clínicos con nuevos agentes terapéuticos, la socio-económica y la investigación de tipo cualitativo (antropológica y sociológica) sobre las demencias, para profundizar en las actitudes, percepciones y conocimientos de las familias, los profesionales y la sociedad y sobre los aspectos de la calidad de la atención.

3. Prestaciones sociales pertinentes a los enfermos y cuidadores

Información pertinente

Los pacientes y sus familiares deben recibir información completa sobre las prestaciones sociales disponibles. En todo caso, deberían facilitarse las ayudas domiciliarias, el acceso a centros de apoyo (centros especializados, centros de día, de hospitalización corta, hospitalización en unidades de cuidados paliativos, etc.), y la colaboración con organizaciones no gubernamentales, especialmente en relación con asesoría jurídica y apoyo psicológico y personal.

Ayudas sociales

La carga que supone un enfermo para la familia requiere de prestaciones sociales y económicas específicas. Cuando un familiar debe abandonar su trabajo habitual para cuidar al enfermo, se deben arbitrar medidas que permitan cubrir las cuotas de la Seguridad Social, y otros beneficios sociales del cuidador durante ese periodo. Si el cuidador no necesita

abandonar el trabajo se debe. en cualquier caso, facilitar la concesión de permisos o disminución de la jornada laboral en función de las necesidades de los pacientes. Estos costos no deben recaer directa y completamente sobre la familia o el cuidador, sino que deben tener también el respaldo de las instituciones del Estado (Seguridad Social). Además es necesario que las ayudas o dispositivos técnicos que puedan facilitar la labor de apoyo a la familia sean fácilmente accesibles: grúas, colchones antiescaras, camas articuladas, etc.

Enfermos solos

En el caso de aquellos pacientes que no disponen del apoyo de algún cuidador que se haga cargo de la atención al enfermo, es especialmente urgente que el médico y el trabajador social arbitren medidas que permitan garantizar la atención adaptada al nivel de necesidades de cada caso. Para ello deberán dirigirse a las autoridades judiciales para que se nombre un tutor y se ingrese en un establecimiento adecuado. No es aceptable éticamente que estos enfermos se encuentren solos en condiciones que suponen un riesgo muy grave para el enfermo y, a veces, para la sociedad.

CÓNCLUSIONES

Hoy se puede decir que la demencia degenerativa tipo Alzheimer sí se puede reconocer clínicamente, aún en etapas tempranas y distinguirla de otros síndromes demenciales, sin embargo, para alcanzar este propósito se requiere:

- Que un médico especialista de preferencia neurólogo, recabe la historia clínica.
- Realizar la exploración clínica general y la neurológica.
- Valorar el aspecto psicométrico.
- Emitir resultado con base en el trabajo de equipo.

En cuanto al tratamiento, es conveniente aclarar que todos los medicamentos no son precisamente para curar, sino simplemente para tener a la persona un poco más lúcida y tranquila; por lo tanto no existe en la actualidad ni se prevee en un futuro inmediato tratamiento curativo de la enfermedad de Alzheimer; aunque sabemos que se llevan a cabo grandes esfuerzos, para ello, la ciencia avanza y estamos a la espera, mientras tanto revistámonos de paciencia.

Por el momento más que los medicamentos, la mejor alternativa para tratar al enfermo es amarle, respetarle y darle una mejor calidad de vida.

GLOSARIO

- ALUCINACIÓN:** Percepción sensorial de algo que no existe realmente, es decir experiencia sensorial creada en el encéfalo.
- CONCOMITANTE:** Que acompaña otra cosa.
- DELIRIO:** También se llama estado agudo de confusión, es una alteración transitoria de reconocimiento anormal y una alteración en la tensión que se acompaña por la alteración en la conducta psicomotora.
- DEMENCIA:** Alteración mental orgánica.
- EPIGRAFE:** Resumen que precede a veces a cada uno de los capítulos de una obra
- EPILEPSIA:** Transtorno neurológico caracterizado por ataques periódicos breves de disfunción motora, sensorial o psicológica.
- FARMACO:** Medicamento.
- FATIGA:** Cansancio.
- INCONEXO; XA:** adj. Que no tiene conexión o enlace con otra cosa.
- ININTENGIBLE:** adj. Oscuro, que no puede leerse.
- INSOMNIO:** Dificultad para quedarse dormido y, usualmente despertamiento frecuente.
- INVEROSÍMIL:** Que no tiene apariencia de verdad. SINON; imaginable, irregular, paradójico.
- MEDICAMENTO:** Sustancia empleada para curar.
- MUTISMO:** m. (del lat. Mutus, mudo). Estado del que es mudo. Silencio voluntario impuesto.
- NÁUSEA:** Alteración caracterizada por pérdida de apetito y la sensación de vómito inminente.
- PARANOIA:** Psicosis caracterizada por vanidad, desconfianza, inquietud.

PARKINSON: Enfermedad de. Trastorno consistente en la degeneración progresiva de los núcleos basales y sustancia negra del cerebro, lo que da por resultado la disminución en la producción de dopamina, temblores, desaceleración de los movimientos musculares, voluntarios y debilidad muscular.

SOLILOQUIO: Discurso de una persona que se habla a sí misma.

FUNTES DE CONSULTA UTILIZADAS

- 1) Basones Martinez, Antonio, 1998, Tratado de odontología tomo II 2da. Ed, Madrid, ed. Ediciones avances, pp. 3274-3277.
- 2) *Becerra Pino, Margarita, "Manejo biopsicosocial del paciente con demencia" en 2do. Curso de gerontogeriatría, jul. 1999, pp 18-21.*
- 3) Caballero García, Juan Carlos, "Aspectos clinico-evolutivos de la enfermedad de Alzheimer", GEMAC, N. 794.
- 4) GEMAC, "Intervención terapéutica en pacientes con Demencia de Alzheimer ", GEMAC, N. 181.
- 5) Green, Lilia, "viviendo con la enfermedad de Alzheimer, manejo y cuidados" en GEMAC, N. 163.
- 6) González Martínez, Héctor, "rastreo de la enfermedad de Alzheimer con el examen del dibujo del reloj de Wolf-Klein" en GEMAC, N. 1520.
- 7) Hospital Gral. Dr. Manuel GEA González, "nuevo tratamiento para la enfermedad de Alzheimer" en Medical-MAG, 1997, pp 35-38.
- 8) Hospital General Dr. GEA González, "deterioro de la memoria como prolegómeno de la demencia vascular", en Medical-MAG, 1997, pp 9-11.
- 9) J. Tortora, Gerard, 1993, Principios de Anatomía y Fisiología, 6ta. Ed, Mexico, ed. Harla, pp 491-493.

- 10) Juárez Buendía, Ma. Guadalupe. et.al "detección de demencia de Alzheimer en ancianos aparentemente sanos del edo. de México, GEMAC, N.1151.
- 11) S. Bravo, "The 1990 Alzheimer's Association National Program to Conquer Alzheimer's Disease", en GEMAC, N. 1037.
- 12) Seitelberg, Franz, "patología del citoesqueleto en la enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados con esta enfermedad", en Gaceta Medica de Mexico, vol 12, N. 5, sep-oct 1990.
- 13) Vasconcelos, Daniel, "la enfermedad de Alzheimer consideraciones para su diagnóstico clínico". en Gaceta Medica de México, vol 131, N.1, Ene- Feb. 1995, pp 64-71.
- 14) Asociación Alzheimer de Monterrey, E-Mail: alzheimmty@infosel.net.mx
- 15) <http://www.gobcan.es/funcis/difusion/eayod>