

Alzheimer

Intervención multidominio en la enfermedad de Alzheimer

Dra. Luz Elena Navares Moreno

En la tierra de mi olvido

(Fragmento)

Sufro de un terrible mal que distorsiona mi mente.

*Hay veces que entre la gente creo poder reconocer
un rostro que estuvo ausente.*

Pero, es en vano mi empeño,

y aunque miro sonriendo,

no inspira ningún recuerdo,

ni nada en particular.

¿Qué es este mal que me aqueja,

que en cautiverio me tiene?

Las historias que forjé no existen,

ya no las tengo;

a pesar de mis esfuerzos,

no las logro rescatar.

¡Se escaparon mis recuerdos

para nunca regresar!

Carmen Rosa Morales (poetisa boricua)

Ser conscientes de nuestro propio envejecimiento resulta, por lo general, difícil y algo que, en el fondo, evitamos; sin embargo, es una realidad de la que muchos ya somos parte... el número de adultos mayores ha aumentado exponencialmente en el mundo. Esta condición conlleva también a un **incremento del número de personas con demencia**, lo que genera una enorme presión sobre la sociedad en general, así como en los sistemas de atención de la salud.

La demencia es un **síndrome neurodegenerativo** de causas diversas, que afecta principalmente a adultos mayores de 60 años. Altera de manera progresiva la memoria, el pensamiento y la habilidad para realizar actividades de la vida cotidiana (bañarse, cambiarse de ropa, lavarse los dientes, etc.) Conforme progresa, la persona que la padece pierde la capacidad de vivir de manera independiente, lo que da lugar a la dependencia y a mayor necesidad de apoyo. Es una enfermedad multidimensional muy compleja, que abarca desde lo biológico, emocional, cognitivo, social y espiritual; devastadora no sólo para aquellos que la padecen, sino también para los cuidadores del enfermo, su respectiva familia y la sociedad en su conjunto.

La demencia por **enfermedad de Alzheimer** (EA) es la más común de las demencias, representa de 60 a 80% del total de casos reportados. La prevalencia de la demencia aumenta de forma exponencial de los 65 a 85 años; esta cifra se duplica cada 5-6 años y se estabiliza a partir de los 85 a 90 años.

La demencia por EA se caracteriza por una pérdida progresiva de **la memoria** que comienza por afectar la memoria episódica (memoria basada en los recuerdos de nuestras vidas) y la memoria reciente. También presenta alteraciones de **la denominación** (capacidad de referirnos a un objeto, persona, lugar, concepto o entidad por su nombre) y de **la fluencia verbal**, entre otras. Además de los síntomas cognitivos, la EA presenta **síntomas neuro-psiquiátricos** (SNP). Éstos pueden aparecer desde etapas iniciales de la enfermedad: apatía, indiferencia, desinhibición, alucinaciones, entre otros. Se estima que hasta 90% de las personas con demencia presentará al menos un SNP a lo largo de la enfermedad. La importancia de los SNP radica en el impacto directo que tienen en la calidad de vida de la persona que los padece y de sus familiares, ya que se ha demostrado que tienen efectos negativos en la dinámica familiar y aumentan de manera significativa la carga del cuidador.

En aquellos casos en los cuales los síntomas inician después de los 65 años, se denominará **EA de inicio tardío** (o esporádico) y cuando los síntomas dan comienzo antes de esta edad, **EA de inicio temprano** (o genética).

Fisiopatología

La fisiopatología de la enfermedad es compleja; sin embargo, se reconoce que en general la EA se caracteriza por presentar dos lesiones histopatológicas características (aunque no son las únicas): *Depósitos de proteína b-amiloide denominados placas seniles; marañas*

intracelulares (neurofibrilares) compuestas de proteína tau hiperfosforilada.

Se ha encontrado que tanto la EA de inicio temprano como la EA de inicio tardío tienen un componente genético importante.

Síntomas cognitivos

La EA empieza a manifestarse con alteraciones de la memoria, del lenguaje, viso-espaciales (responsables de que comprendamos el espacio que nos rodea y seamos capaces de movernos dentro del mismo) y, finalmente, las ejecutivas. Según el grado de afectación la EA puede ser leve, moderada y severa.

Síntoma	Leve	Moder.	Severa
Alteraciones de la memoria	✓	✓	Muy afectado
Orientación tempo-espacial	✓	✓	✓
Alteraciones visoespaciales	✓	✓	✓
Anomias (nombrar objetos y/o personas)	✓	✓	✓
Dificultad para manejar el dinero	✓	✓	✓
Afectación del juicio	✓	✓	✓
Alteraciones Ejecutivas	✓	✓	✓
Actividades de la vida diaria		✓	✓
Actividades instrumentales de la vida diaria		✓	✓
Necesidad de supervisión		✓	✓
Control de esfínteres		✓	✓
Apraxia ideomotora*		✓	✓
Apraxia ideacional*		✓	✓
Dependencia			✓
Recuerdos autobiográficos de la infancia			
Imposibilidad de hablar			✓
Postración prolongada			✓

*La apraxia ideomotora es la incapacidad de ejecutar el movimiento apropiado en respuesta a un comando verbal; la apraxia ideacional es la incapacidad de coordinar actividades con movimientos múltiples y secuenciales, como vestirse, comer y bañarse.

Síntomas neuropsiquiátricos (SNP)

Conforme se han estudiado las demencias y las etapas de éstas, se han identificados diferentes síntomas neuropsiquiátricos, mismos que son importantes tanto para valorar su prevalencia en la EA, como para relacionarlos con la calidad de vida, el grado de dependencia y el riesgo a la institucionalización.

Conforme la EA avanza, la presencia de SNP oscilan en cuanto a su frecuencia e intensidad. La presencia de síntomas psicóticos incrementa el **riesgo a la institucionalización y al deterioro**

cognitivo. Las causas fisiopatológicas de los SNP no se han entendido; se piensa y se han hecho posibles relaciones entre el síntoma con el área dañada en el cerebro, por ejemplo, las ideas delirantes con la afección del hemisferio derecho; apatía con afección de la región frontal medio y el cíngulo anterior; mientras la agitación y la inhibición pueden estar relacionados con daño a la región orbitofrontal. Otra característica de los SNP es que su presencia está vinculada con el grado de atrofia cortical.

A pesar de tantos avances en la investigación científica y en el manejo médico, **no se ha observado un tratamiento efectivo** para esta enfermedad. Sin embargo, el nuevo modelo de investigación apuesta, según refiere la Dra. Miia Kivipelto (Directora de Investigación y Desarrollo del Tema del Envejecimiento en el Hospital Universidad de Karolinska, Estocolmo, Suecia), conforme al estudio FINGER, en **dirección a la prevención** de la demencia como la principal alternativa para su tratamiento, la identificación temprana y la modificación de los factores de riesgo. Esta prevención consiste en **una intervención multidominio**, donde se enfatiza el cambio de estilo de vida, así como la prevención o el retardo de la enfermedad. Este modelo de abordaje se basa principalmente en modificaciones y adaptaciones culturales diseñadas para a diferentes factores de riesgo. Hasta el momento, las modificaciones en los estilos de vida como la nutrición, el ejercicio, entrenamiento cognitivo y monitorización del riesgo cardiovascular principalmente, son las únicas en demostrar evidencia en brindar beneficios en la cognición. Estos cambios en los riesgos mencionados ofrecerían una mejora sustancial, no sólo en la aparición de la enfermedad de Alzheimer, sino de muchas otras enfermedades.