

***No es sólo envejecer:
es un padecimiento***

*Federico Ortíz–Moreno y Silvia Ruano **

Es indudable que uno de los terrenos que más afecta el Alzheimer como enfermedad es el de la familia y los seres queridos porque son ellos quienes la viven y sufren, más aún que los pacientes directamente afectados.

Por esta razón, el desconocimiento del padecimiento ha sido un problema: no tener noción de él significa no poder enfrentarlo y sobrellevarlo, y aunque es cierto que cada vez hay más gente que conoce un poco más de la enfermedad, aún falta mucho por hacer.

En una de las sesiones durante la Quinceava Conferencia Internacional de Alzheimer El Reto de nuestro Tiempo, se hizo énfasis en que se debe reforzar la lucha para que la gente tome conciencia del impacto de este padecimiento y, para ello, es necesario involucrar a un gran número de gente, desde familias, médicos, enfermeras, autoridades, personal de salud, medios de comunicación y muchas otras personas y organismos. Esta colaboración y unión de esfuerzos es vital si se desea salir adelante y ayudar a quienes padecen por Alzheimer.

También se manejó la importancia de difundir la cultura de la enfermedad como lo que es, un padecimiento; porque todavía hoy, muchas décadas después de que se descubrió, hay quienes insisten en verla como un proceso natural del envejecimiento.

Las familias que viven con el Alzheimer, no importa en que país estén, siguen teniendo una carga sumamente pesada en sus hogares, y como cuidadores de los enfermos, sobre quienes se centra la atención en el aspecto asistencial, enfrentan los mismos temores, angustias y disyuntivas.

¿Dónde atender a los enfermos o enfermas?, ¿en casa?, ¿en una casa de reposo?, ¿eso está bien? La respuesta suele determinarla el recurso disponible en la familia, pero aún así, nunca se tiene la certeza de estar haciendo lo correcto.

En los hogares suelen hacer falta algunas cosas para atender a los enfermos, y las crisis familiares llegan a extremos de división; mientras que las casas, residencias, asilos o centros de atención para enfermos demenciados no siempre son la mejor opción ni tampoco cuentan con los programas necesarios para darle una buena atención a un enfermo con Alzheimer.

La cultura influye mucho cuando se toma una decisión de este tipo, pero nunca es fácil. La tendencia sigue siendo la de mantener al enfermo en casa, pero también es cierto que cada vez es mayor el número de gente que busca un sitio a dónde llevarlo, al menos por un espacio de 3 a 4 horas al día para poder descansar y seguir adelante con su labor.

En este sentido están desarrollándose mucho los programas orientados a proporcionar a los enfermos atención especializada por horas, incluidas las terapias de psicoestimulación a fin de que el enfermo no pierda las facultades que aún le quedan y a través de las cuales se mantiene en contacto con el mundo.

En la conferencia se habló de la necesidad de desarrollar más este campo porque no sólo hace falta atender a los enfermos, sino también a brindar un apoyo y respiro a la familia.

Otra área destacada es la relacionada con las muestras de afecto hacia las personas afectadas por el mal, que son la mejor terapia. Se hizo énfasis en la importancia del contacto físico, como los abrazos, caricias, besos, el

que se les toque y hable, a pesar de que ya no entiendan nada o casi nada.

Además, se manejó la necesidad de sociabilización y la aplicación de técnicas de reentrenamiento para recuperar las rutinas que el enfermo ha olvidado con el avance de la enfermedad. La idea es que el enfermo no se deteriore más y que con el uso de herramientas, letreros, señales y el apoyo incondicional del cuidador, el enfermo con Alzheimer pueda ser más él mismo.

En nuestro medio, el de los países latinos, aún falta mucho por hacer en este campo, pero se están dando los primeros pasos para cambiar. Lo más importante es tener siempre en mente que una persona con Alzheimer podrá olvidarlo todo, pero siempre sabrá reconocer el amor y el afecto de quienes la rodean.

*El autor es psicólogo y presidente de
la Asociación Alzheimer de Monterrey, A.C.*

¿Qué es el Alzheimer?

*José Carlos Rodríguez Bocanegra **

*José Carlos es originario de Cádiz, España;
es enfermero y su padre padece Alzheimer desde los 58 años.
José Carlos ha venido preparando un libro de su autoría
al que ha puesto Mis experiencias con la enfermedad de Alzheimer.*

A continuación presentamos el capítulo 2: ¿Qué es el Alzheimer

El siguiente paso a seguir, era el investigar un poco sobre la propia enfermedad, intentando saber de alguna manera algunos detalles propios de la demencia tipo Alzheimer. Para ello tenía que contestarme a una serie de interrogantes entre los que estaban:

- ¿Quién la padece más frecuentemente?
- ¿Cuál es la evolución de la misma?
- ¿Qué tenemos que descartar antes de pensar en ella?

Para ello lo primero que hice fue plantearme un pequeño guión y de esta manera no caer en el error de repetir las cosas o saltarme otras, por lo que empecé de esta manera:

1.- ¿Quién la padece de manera más frecuente?

A la hora de revisar este punto me encargué de leerme algunas estadísticas y estudios epidemiológicos, pero la verdad que algunos eran un verdadero crucigrama en el que no se veían, o por lo menos a mí me lo parecían, una clara división entre los que tenían o no la enfermedad de Alzheimer.

Por tanto, me fui al libro **En casa tenemos un Enfermo de Alzheimer**, realizado por siete autoras a la vez, y que ha sido base para la elaboración de este libro. En su primer punto, realizado por Brígida Sendagorta Mc Donnell, nos habla un poco de la demencia tipo Alzheimer, y a la hora de comentarnos su repercusión social, nos dice:

Hace pocos años se creía que la senilidad (pérdida progresiva de facultades mentales, confusión, pérdida de la

capacidad de atender las propias necesidades y comportamiento irracional) era la consecuencia natural e inevitable de la edad. Sin embargo, desde 1977, a través de trabajos realizados, han visto que el 10% de las personas mayores de 65 años sufren lesiones cerebrales orgánicas que se relacionan con la senilidad; de estas lesiones el 75% se diagnostican como la enfermedad de Alzheimer y el 25% restante se corresponde con alteraciones cerebrales producidas por infartos múltiples. (5ª EDICION, MARZO DE 1996)

Pero si nos vamos, a una publicación de la revista MUFACE de abril del 96, nos dice:

.....De hecho, con el envejecimiento de la población mundial se ha duplicado la cifra de enfermos. Así en la actualidad se barajan las cifras del orden de 400.000 afectados solamente en España, que responden al 80% de las demencias seniles diagnosticadas en nuestro país. Si a este dato le añadimos los 22.000.000 de afectados por Alzheimer en el mundo, se puede pensar que esta patología descrita por primera vez en.....

Como vemos entre las dos publicaciones existe un error del 5% a la hora de clasificar la enfermedad de Alzheimer dentro de nuestra nación, pero de todas formas se ve claro que tres cuartas partes de todas las demencias diagnosticadas corresponde a Alzheimer. Yo desde mi profunda ignorancia no sabría darle una respuesta lógica a todo esto, pero utilizando un poco la lógica, puedo sacar que:

- ¿No podría tener un papel muy importante el aspecto ambiental en todo esto
- ¿Podríamos implicar también a la alimentación?

Rebuscando entre diversos libros, encontré en una enciclopedia de Medicina Interna de la Editorial Espasa Calpe del año 1940, realizada por el Profesor de la Facultad de Medicina de Luisiana; Médico asistente del Hospital de la Caridad de Nueva Orleans, Luisiana, el Profesor John H. Musser, que hablando de la Psicosis Senil en el apartado de etilología nos comenta:

...La mayor frecuencia de la psicosis senil es entre los sesenta y setenta años de edad. Meggendorfer anota una tendencia familiar y cree que el alcoholismo favorece el desarrollo temprano.

Sin quererme salir del tema, nos metemos en un dato importantísimo, el alcohol, en el libro del curso: Curso básico de Administración y Salud Pública para personas de Instituciones Sanitarias. Reconocido de interés científico sanitario resolución de 24 de julio de 1996, en su pág. 46 al hablar sobre el alcohol nos dice:

.....Existe un acuerdo unánime en que no se debería de sobrepasar un consumo diario de 30-40 g de etanol al día

En el curso de Drogodependencias: Prevención y Tratamiento, a la hora de hablar del alcohol nos dice:

Desde la organización internacional del trabajo (OIT) se estima que el consumo excesivo de alcohol afecta al 15% de la población adulta mundial..... Afecta al cerebro, sistema nervioso,.....

Y por último y no ser demasiado pesado, Antonio Escohotado en su libro Aprendiendo de las drogas. Uso y abusos, prejuicios y desafíos, encasilla el alcohol como la droga más neurotóxica de todas y degenerativa, me explico, la que al tomarla afecta más directamente a las neuronas produciendo de una forma directa su destrucción.

Me he extendido en este punto porque no debemos quedarnos en la frialdad de los números de una estadística sino intentar darle una consecuencia lógica, y ver como si el 75% de la población demente tiene Alzheimer será debido a algo, y tiene que ser algo muy común entre todas esas personas y una de ellas por ejemplo podría ser el alcohol, no por eso debemos caer en el error de decir que todos los consumidores del alcohol terminaran dementes pero sí una gran mayoría tiene más posibilidades de aquellas que no consuman alcohol.

2.- ¿Cómo es el diagnóstico de la enfermedad?

A la hora de averiguar si verdaderamente lo que tenemos en casa es un enfermo de Alzheimer, lo que tenemos es que ir al neurólogo y que él dictamine su diagnóstico. Tenemos que tener en cuenta que va a haber una lista de enfermedades a las cuales hay que excluir antes de sopesar la posibilidad de tener Alzheimer.

Tener claro que la única posibilidad real de diagnosticar una demencia tipo Alzheimer, es mediante una biopsia post-mortem, por lo que verdaderamente lo que se hace hoy en día es ir excluyendo una serie de enfermedades las cuales pueden confundirse con Alzheimer, y por exclusión llegar a la última posibilidad que sería el tema que estamos tratando.

A veces los primeros síntomas de demencia aparecen de modo repentino. Entonces las personas allegadas recuerdan: Desde un determinado momento mamá dejó de ser la misma..

En otros casos el comienzo es insidioso. Una y otra vez la persona afectada advierte por sí misma que algo no funciona y puede incluso, ya con la demencia inicial, describir claramente sus dificultades, como la enferma de Alzheimer a la que ya hemos citado: Leo una y otra vez el mismo libro, y cada vez es para mí algo nuevo.

Una demencia en estado inicial puede advertirse por el hecho de que la persona afectada confunde fechas, o no transmite los encargos recibidos por teléfono. Apenas escuchados, los olvida por completo.....

Este fragmento del libro La enfermedad de Alzheimer de Annelies Furtmayrs-Schurh en su pág. 25 nos muestra cómo aparecen los primeros síntomas, pero este apartado lo retomaremos más adelante.

Y para completar un poco esta parte sólomente diré sobre las alteraciones que se producen en el SNC :

- Placas neurofibrilares de células muertas y déficit de acetilcolina neurotransmisora que lleva los mensajes entre las células cerebrales.

- La destrucción principal se localiza en el hipocampo, que se ocupa de la creación y catalogación de los recuerdos.

- Niveles elevados de aluminio hacen pensar que un papel del acúmulo de toxinas es la causa de la enfermedad: parece que fumar más de una cajetilla de tabaco al día cuadruplica el riesgo de padecer Alzheimer.

- Un 10 % de los enfermos de Alzheimer son de tipo familiar genético y parece que la localización del gen se halla en el cromosoma 21, cuya trisomía produce el síndrome de Down o mongolismo, muy relacionado con el Alzheimer.

Parece esta parte algo compleja, pero intentaré explicarla:

1. Las neuronas necesitan de unas sustancias las cuales favorecen la comunicación de unas a otras. A esta sustancia se le denomina NEUROTRANSMISOR, ésta es la acetilcolina, las cuales se encuentran disminuidas en estas personas, por lo tanto la comunicación también.

Las placas neurofibrilares de células muertas, se refiere a que estas neuronas se van autodestruyendo al ser atacadas por una proteína (betaamiloide), la explicación del proceso complicaría un poco todo, pero sí tener claro que ésta produce en la neurona una rigidez que provoca su rotura y por tanto su destrucción, y a la vez hace que este proceso se haga irreversible, al no tener las neuronas la capacidad de reproducirse.

2. Si como veremos después uno de los síntomas principales será la pérdida progresiva de memoria, esto se

debe a que principalmente lo que se ve afectado será la parte del cerebro que se encarga de esto, el hipocampo. Éste se encuentra en la profundidad del cerebro y se encarga de mantener y ordenar todos nuestros pensamientos y gracias a él nos acordamos de las cosas.

3. Aquí volveríamos al principio cuando hablábamos del posible origen de la enfermedad, en el que al afectar a tantas personas, por lógica, deberá de ser algo que hagamos la mayoría, decíamos el alcohol pero el tabaco parece que también influye, al tener cantidad de tóxicos.

4. Llegamos al apartado de la genética, en el que se han descubierto anomalías en el cromosoma 21, debido a que se ha comprobado como la mayoría de los Síndromes de Down, llegados a cierta edad, más temprana que la aparición normal del Alzheimer, todos padecen este tipo de demencia. Y también es importantísimo señalar, que sólo un 10% de los afectados tienen relación directa con parientes que también lo han padecido, esto despeja algunas dudas a la hora de la herencia de esta enfermedad.

Y me gustaría acabar explicando que no todas las demencias son de tipo cerebrovascular o Alzheimer también se producen por:

- Déficit de B1, B12.
- Intoxicación aguda por fármacos.
- Causas infecciosas como la neurosífilis o la meningitis crónica por hongos.
- Tumores del SNC pueden causar demencias susceptibles de tratamiento.

3.- En resumen

Me gustaría para terminar un poco con todo lo referente a las generalidades de esta enfermedad, el poder hacer un resumen algo didáctico, como todo lo referente a esta guía, de como se produce ésta:

Tenemos que tener en cuenta que en nuestro organismo existen una red de capilares que van a nutrir a todas las neuronas de nuestro cerebro, conforme pasan los años estos vasos se van estrechando de manera que el flujo de sangre que pasaba, ahora se ve reducido debido a la disminución del diámetro, como consecuencia vamos a tener un menor aporte alimenticio, principalmente glucosa y oxígeno, y por tanto la neurona va a ir muriendo, con todo lo que esto implica debido a la falta de reproductividad que estas células cerebrales tienen. Al ir disminuyendo el número también irán disminuyendo las capacidades cerebrales y por tanto las facultades intelectuales de la persona. Pero no debemos alarmarnos, nosotros nacemos con 100.000 millones de neuronas que al final de nuestra vida solamente supondrán una reducción del 20% de las mismas sin tener por tanto que haberse experimentado grandes cambios en la memoria de la persona.

Todo esto lo podemos encuadrar dentro de lo fisiológico, pero las variaciones comienzan cuando el psiquiatra Alois Alzheimer, en 1906, observa la conducta de un paciente del internado psiquiátrico donde el trabajaba, viendo pérdida de memoria, alucinaciones, paranoias, y al hacerle la autopsia observa una serie de concreciones cerebrales, en las que las neuronas tienen unas formas raras y diferentes. Se observa una destrucción celular grande no sabiéndose el motivo de la misma. Pasado el tiempo se estudió esos ovillos y placas seniles que él mismo describe en sus estudios, y se observa que es debido a una proteína llamada BETA AMILOIDE, con una disminución de la ACETILCOLINA, al disminuir la acetilcolina, el neurotransmisor encargado de la sinapsis neuronal explicado en la página anterior, las conexiones neuronales decaen y al haber una destrucción celular los hilos conductores de los estímulos desaparecen.

La gran cuestión está en ¿por qué aparece aumentada la proteína beta amiloide en ciertas personas y en otras no? ¿cómo podemos frenar la producción de dicha proteína y también aumentar la producción de acetilcolina?

Verdaderamente se observó como los cerebros de las personas afectadas por este mal quedan consumidos llegando a pesar hasta 1/3 del peso real del cerebro, debido a la destrucción neuronal que padecen dichos

sujetos. La primera afectación se produce en el hipocampo, que es la parte del cerebro encargada de la memoria inmediata, que una vez almacenada allí pasado cierto tiempo tiene varias opciones:

- pasar a la zona cortical, encargada de los recuerdos
- quedarán almacenadas durante un tiempo y luego se olvidarán,
- se olvidarán directamente.

Las razones de porqué pasa una cosa u otra no se sabe, lo que sí es que, una vez afectado el hipocampo, la enfermedad irá de dentro a fuera, o sea del hipocampo a las zonas corticales, pudiendo afectar a las zonas frontales y temporales, dando alucinaciones y agitación, y por último la afectación de la zona parietal, con lo que se verá afectada en gran parte las tareas cotidianas, apraxias.

La afectación del mal de Alzheimer, ya dijimos que era una demencia que se clasificaba así por exclusión de otras ya que no existía una prueba evidente hasta la biopsia postmortem. Los primeros síntomas se pueden dar a edades muy tempranas, 42 a 44 años, pero por regla general la edad tipo son los 65 años, aunque otros autores la encasillan un poco antes, 60–65 años, con esto no queremos decir que aparezca justo a esta edad ya que tenemos que tener en cuenta que cuando dan la cara los síntomas nuestro paciente lleva años disimulando su incapacidad, pudiendo pasar de 4 a 5 años antes de darnos cuenta, y más si los primeros fallos laborales son disimulados por sus propios compañeros en grado de solidaridad.

Se ha observado también la capacidad de destrucción de dicha proteína en las células sanas, de manera que lo principal afectado serán los canales de potasio, se ha observado cómo una vez tomada una neurona sana al dejarle una pequeñísima cantidad de dicha proteína su destrucción era radical, dando el mismo aspecto de ovillo que nos narraba Alzheimer.

También se ha observado cómo las neuronas cuando mueren, en su aspecto fisiológico, las de alrededor empiezan a rodearla y a crear nuevas comunicaciones entre ellas de manera que anulan la neurona muerta, y dejan pasar a la corriente nerviosa. Todas estas recomunicaciones neuronales se ven favorecidas en las personas que ejercitan su cerebro de cualquier manera, en palabras del doctor David Snouthen de la Universidad de Kentucky, que estudia a un grupo de monjas cuya edad media es de 80 a 90 años y los casos de Alzheimer son escasos y con los pocos que hay la enfermedad se estaciona de forma clara, el cerebro es un órgano que hay que ejercitar igual que cualquier músculo para favorecer las recomunicaciones, debido al continuo estímulo de éste, retrasando así la aparición del mal, ya que las nuevas conexiones harán mantener en forma nuestro cerebro, pero siempre frente a un continuo estímulo exterior.

Sobre la causa, nos dice, la multiplicidad de factores entre el que no se descartan los alimenticios, hábitos de vida (fumar, beber,...) y por supuesto es aspecto genético. Pero sin quererlo enfocar en el aumento de aluminio, u otras sustancias. Se sospecha una causa autoinmune, debido a que el mismo cuerpo y organismo es el que ataca a las neuronas mediante la beta amiloide sin una razón conocida, proteína que está en nuestro cuerpo y realiza su función.

** Derechos reservados para el autor:
José Carlos Rodríguez Bocanegra.*

¿Qué lo causa?

1.– ¿Quién la padece de manera más frecuente?

A la hora de revisar este punto me encargué de leerme algunas estadísticas y estudios epidemiológicos, pero la verdad que algunos eran un verdadero crucigrama en el que no se veían, o por lo menos a mí me lo parecían,

una clara división entre los que tenían o no la enfermedad de Alzheimer.

Por tanto, me fui al libro **En casa tenemos un Enfermo de Alzheimer**, realizado por siete autoras a la vez, y que ha sido base para la elaboración de este libro. En su primer punto, realizado por Brígida Sendagorta Mc Donnell, nos habla un poco de la demencia tipo Alzheimer, y a la hora de comentarnos su repercusión social, nos dice:

Hace pocos años se creía que la senilidad (pérdida progresiva de facultades mentales, confusión, pérdida de la capacidad de atender las propias necesidades y comportamiento irracional) era la consecuencia natural e inevitable de la edad. Sin embargo, desde 1977, a través de trabajos realizados, han visto que el 10% de las personas mayores de 65 años sufren lesiones cerebrales orgánicas que se relacionan con la senilidad; de estas lesiones el 75% se diagnostican como la enfermedad de Alzheimer y el 25% restante se corresponde con alteraciones cerebrales producidas por infartos múltiples. (5ª EDICION, MARZO DE 1996)

Pero si nos vamos, a una publicación de la revista MUFACE de abril del 96, nos dice:

.....De hecho, con el envejecimiento de la población mundial se ha duplicado la cifra de enfermos. Así en la actualidad se barajan las cifras del orden de 400.000 afectados solamente en España, que responden al 80% de las demencias seniles diagnosticadas en nuestro país. Si a este dato le añadimos los 22.000.000 de afectados por Alzheimer en el mundo, se puede pensar que esta patología descrita por primera vez en.....

Como vemos entre las dos publicaciones existe un error del 5% a la hora de clasificar la enfermedad de Alzheimer dentro de nuestra nación, pero de todas formas se ve claro que tres cuartas partes de todas las demencias diagnosticadas corresponde a Alzheimer. Yo desde mi profunda ignorancia no sabría darle una respuesta lógica a todo esto, pero utilizando un poco la lógica, puedo sacar que:

- ¿No podría tener un papel muy importante el aspecto ambiental en todo esto
- ¿Podríamos implicar también a la alimentación?

Rebuscando entre diversos libros, encontré en una enciclopedia de Medicina Interna de la Editorial Espasa Calpe del año 1940, realizada por el Profesor de la Facultad de Medicina de Luisiana; Médico asistente del Hospital de la Caridad de Nueva Orleans, Luisiana, el Profesor John H. Musser, que hablando de la Psicosis Senil en el apartado de etiología nos comenta:

...La mayor frecuencia de la psicosis senil es entre los sesenta y setenta años de edad. Meggendorfer anota una tendencia familiar y cree que el alcoholismo favorece el desarrollo temprano.

Sin quererme salir del tema, nos metemos en un dato importantísimo, el alcohol, en el libro del curso: Curso básico de Administración y Salud Pública para personas de Instituciones Sanitarias. Reconocido de interés científico sanitario resolución de 24 de julio de 1996, en su pág. 46 al hablar sobre el alcohol nos dice:

.....Existe un acuerdo unánime en que no se debería de sobrepasar un consumo diario de 30-40 g de etanol al día

En el curso de Drogodependencias: Prevención y Tratamiento, a la hora de hablar del alcohol nos dice:

Desde la organización internacional del trabajo (OIT) se estima que el consumo excesivo de alcohol afecta al 15% de la población adulta mundial..... Afecta al cerebro, sistema nervioso,.....

Y por último y no ser demasiado pesado, Antonio Escobedo en su libro Aprendiendo de las drogas. Uso y abusos, prejuicios y desafíos, encasilla el alcohol como la droga más neurotóxica de todas y degenerativa, me explico, la que al tomarla afecta más directamente a las neuronas produciendo de una forma directa su

destrucción.

Me he extendido en este punto porque no debemos quedarnos en la frialdad de los números de una estadística sino intentar darle una consecuencia lógica, y ver como si el 75% de la población demente tiene Alzheimer será debido a algo, y tiene que ser algo muy común entre todas esas personas y una de ellas por ejemplo podría ser el alcohol, no por eso debemos caer en el error de decir que todos los consumidores del alcohol terminarían dementes pero sí una gran mayoría tiene más posibilidades de aquellas que no consuman alcohol.

¿Tiene cura?

Avanzan medicamentos, pero falta remedio final

*Amador Macías y Silvia Ruano **

Lo primero que llama la atención al revisar el panorama del Alzheimer en el mundo es la información y estimaciones a corto plazo en cuanto a su progresión en el planeta.

Hace 20 años no se prestaba atención a este problema, pero ahora estamos frente a una epidemia de tal dimensión que urge la atención de los gobiernos, especialmente de los países latinoamericanos y del llamado bloque en desarrollo, en donde se espera que las demencias como el Alzheimer produzcan estragos durante los próximos 20 años.

Genética

Cada vez se conoce mejor el terreno de la herencia donde el Alzheimer está relacionado. Se insiste en que cuando este problema es de inicio temprano (menor de 60 años), existe una mutación, y un gen provoca que se desarrolle la enfermedad para transmitirlo de generación en generación.

El gen mutado no escapa a generaciones, y afecta tanto a mujeres como a hombres; sin embargo, son pocos cientos de familias las afectadas. Los tres genes causales del inicio temprano de la enfermedad son el cromosoma 21 (el mismo de la enfermedad de Down), el cromosoma 14 y el 1.

Con la enfermedad de inicio tardío (después de los 60 años) la genética es diferente en cuanto al mecanismo de transmisión, pero existe evidencia que a medida que hay historia familiar se aumenta el riesgo de padecer este mal. En este caso, el gen responsable se encuentra en el cromosoma 19 con la famosa apo-lipoproteína tipo E.

La aplicación de la genética en el terreno del Alzheimer tiene hasta el momento una utilidad predictiva, diagnóstica y de ayuda en el tratamiento del paciente.

Así, detectar la mutación ayuda para un diagnóstico definitivo y oportuno; de hecho, se sugiere que los familiares con pacientes de inicio temprano busquen el consejo genético en lugares de experiencia.

Novedades en tratamientos

Los últimos cuatro años han sido de crecimiento en el número de fármacos para uso en enfermedad de Alzheimer.

Tres de las disponibles en el mundo ya se utilizan en México, y han probado beneficio para retardar el proceso de deterioro intelectual (Donepezil o Eranz, Rivastigmina o Exelon y Tacrina o Cognex).

El efecto que producen es llamado de terapia colinérgica para actuar sobre lo que se considera la falla principal en el organismo producida por la enfermedad: la disminución de acetilcolina en el cerebro, lo que produce menor memoria y el resto de las manifestaciones. Los estudios han demostrado que con estos medicamentos mejora lo cognitivo y funcional, además de retardar el proceso de deterioro de 6 a 12 meses.

Se han presentado estudios con otros nuevos medicamentos que saldrán al mercado próximamente y que son del mismo grupo: metrifonato (Memobay) y galantamina (Reminyl), que han demostrado mejoría de los síntomas cognitivos, pero también de los conductuales, como apatía, agitación y estado de psicosis.

También ha habido comentarios sobre otro grupo de drogas con acción diferente que pueden ayudar, como propentofilina, memantina y cerebrolysin; los estudios son alentadores para usarse en combinación. Hay otras áreas que se han explorado, como la de los efectos benéficos de la raíz conocida como ginkgo biloba, pero aún no se ha llegado a nada determinante.

Lo mismo sucede con otro medicamento que promete como protector cerebral, conocido como hematoencefálica, y la vacuna que recientemente se probó con ratones para disminuir el proceso inflamatorio.

Retos futuros

El reto para los científicos es hallar el remedio que detenga la enfermedad e incluso la prevenga. Para los clínicos en nuestra realidad regiomontana el reto es aprender a diagnosticar tempranamente, ya que de esto depende que podamos retardar el proceso del mal, a tratarla adecuadamente en cada etapa y dar el tratamiento adecuado en el preciso momento.

El autor es geriatra y asesor médico de la Asociación Alzheimer de Monterrey.

¿Cuáles son las señales que más se refieren en el inicio de la enfermedad de Alzheimer? ¿Qué es lo que debo buscar?

Uno de los cambios que aparecen a menudo en las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer es que la persona parece ser diferente a la que era, pero de un modo difícil de puntualizar. La persona parece ser menos capaz, menos inmiscuidos y menos adaptable. Usted podrá notar que pierden interés en hobbies y pasatiempos. Pueden mostrar menos concentración, pueden ser incapaces de tomar decisiones y parecen evitar tomar responsabilidades. Pueden mostrar también conductas raras, tal y como alistarse para ir al trabajo siendo que ya desde hace tiempo se retiraron. La persona puede mostrar extraños cambios de humor, como irritabilidad y suspicacia, lo cual puede ser debido a que se están dando cuenta que algo está mal, pero no saben bien cuál es el problema. Todos estos cambios son bastante difíciles de detectar al principio. Más bien éstos son identificados cuando se mira al pasado y se trata de explicar cuáles fueron los primeros síntomas de la enfermedad.

¿Es posible tomar algunas precauciones para no desarrollar la enfermedad de Alzheimer?

No se sabe lo suficiente aún acerca de las causas de la enfermedad de Alzheimer como para recomendar o tomar precauciones.

** Tomado del libro: Alzheimer's at Your Fingertips.
Harry Clayton, Dra. Nory Graham y Dr. James Warner.
Con la autorización de la Dra. Nory Graham.*

La importancia de una buena historia médica

El diagnóstico se hace por exclusión; esto es, después de haber eliminado la presencia de otras posibles enfermedades que pudieran estar implicadas en lo que es la pérdida de la memoria

Una buena historia, así como un buen estudio médico y psicológico

ayuda a eliminar otras posibles causas como pudieran ser:

- Reacciones adversas a medicamentos.
- Alcoholismo
- Golpes, lesiones o tumores en la cabeza.
- Enfermedades causadas por infecciones urinarias, respiratorias o enfermedades venéreas.
- Enfermedades del corazón, alta o baja presión.
- Desórdenes metabólicos como diabetes, mal funcionamiento del hígado, deshidratación,

deficiencias vitamínicas o mala nutrición.

- Problemas hormonales
- Desórdenes endócrinos, problemas tiroideos.
- Una serie de problemas físicos y/o emocionales, tales como depresión o problemas de tensión

debido al desgaste, la rapidez o apresuramiento con que se vive la vida diaria.

- Sustancias tóxicas químicos, drogas, inhalantes.

XV Conferencia Internacional de Alzheimer Johannesburgo, Sudáfrica

El Alzheimer, enfermedad neurodegenerativa que afecta la memoria, el pensamiento, la conducta y las emociones, afecta actualmente a cerca de 18 millones de personas en el planeta, unas 400 mil en México, 20 mil en Monterrey; cifras que de continuar las tendencias, se duplicarán para el año 2025.

Los especialistas consideran que, para entonces, el 70 por ciento de la gente afectada por esta enfermedad vivirá en países en vías de desarrollo. El panorama obliga a hacer una reflexión profunda si se considera que la población mayor de 60 años va en aumento, y que Monterrey tiene la tasa más alta de este grupo en el País.

El pasado 21 de septiembre se celebra en el mundo el Día Mundial del Alzheimer como una estrategia para difundir información sobre el mal y empujar así a emprender acciones concretas para prepararse a enfrentar su progresión.

El sábado 18 de septiembre concluyó en Johannesburgo, Sudáfrica, la XV Conferencia Internacional de Alzheimer, y hasta allá, junto con los 740 delegados de 50 países del mundo estuvieron presentes Federico Ortiz-Moreno y el Dr. Amador Macías Osuna. Ellos son, respectivamente presidente y responsable del comité médico-científico de la Asociación Alzheimer de Monterrey, quienes aprovecharon para enviar para el periódico EL NORTE de Monterrey una síntesis de aspectos científicos y asistenciales tocados en este importante evento.

Día mundial del Alzheimer

*Elena Rello **

***Todavía no se conocen las causas ni tampoco se ha descubierto la cura.
del organismo humano, confiamos que en el siguiente milenio
Mientras esto sucede, debemos enfrentarla con nuestros pequeños recursos.***

El 21 de Septiembre todas las Asociaciones de Alzheimer del mundo nos reunimos para intercambiar ideas, compartir experiencias con la finalidad de enfrentar de la mejor manera esta compleja y terrible enfermedad. Este año la cita es en Johannesburgo, Sudáfrica, a miles de kilómetros de distancia; a pesar de ello la Asociación Alzheimer de Monterrey está representando a México con un póster en donde se demuestra, por medio de porcentajes y gráficas, la importancia del Internet como medio efectivo para brindar información y apoyo moral a cualquier persona de los cinco continentes. Gracias a nuestra publicación LAZOS, que se encuentra en la Red, hemos recibido más de 1 mil 400 correos electrónicos.

¿Qué es Alzheimer?

Para mucha gente ya le es familiar el término Alzheimer, para aquellas personas que no lo saben, les daré una breve descripción:

Demencia significa pérdida de las capacidades intelectuales en menor o mayor grado dependiendo de la demencia que se trate, dentro de ellas la más común es la demencia de tipo Alzheimer, la cual es una enfermedad neuronal, crónica, degenerativa y mortal.

Es una enfermedad que puede ser muy larga y que se caracteriza por pérdida de la memoria de hechos recientes, confusiones, cambio del estado de ánimo, dificultad para expresarse, posteriormente pérdida de la memoria de los recuerdos del pasado y completa incapacidad para realizar ninguna actividad por sí mismo, como es una enfermedad degenerativa afecta a la mayor parte del cerebro, al final el enfermo queda incapacitado para razonar, hablar, caminar, quedando solamente vestigios de su memoria emocional.

Todavía no se conocen las causas ni tampoco se ha descubierto la cura. Por fortuna, en países avanzados como Estados Unidos y Canadá se ha recibido apoyo económico para hacer estudios en el área de neurología, bioquímica y genética. La ciencia está llegando a límites nunca imaginados con respecto del organismo humano, confiamos que en el siguiente milenio estos brillantes investigadores encuentren el origen y el remedio. Mientras esto sucede, debemos enfrentarla con nuestros pequeños recursos.

Niveles de prevención

En medicina, para enfrentar una enfermedad existen cuatro tipos de niveles de prevención: primario, cualquier intervención que evite la aparición de alguna enfermedad, por ejemplo, vacunas contra la polio o la influenza. Secundario, se clasifica después de que ha aparecido la enfermedad y después de que ha afectado algún sector de la población, por ejemplo, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

Terciario, involucra esfuerzos para evitar que la enfermedad tenga complicaciones y el mantener la vida de un paciente por medio de aparatos, por ejemplo, respiración por medio de oxígeno, diálisis.

Cuarto nivel, se refiere a los esfuerzos específicos que se hacen para ayudar a los pacientes con enfermedades crónicas para mejorar su funcionamiento, capacidades y en general para mejorar su calidad de vida, por ejemplo, instrucción completa sobre el manejo de un enfermo con parálisis cerebral o con Parkinson. Es precisamente aquí en este cuarto nivel en donde se insertan y adquieren su razón de ser algunas de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) como la nuestra.

¿Qué es la Asociación Alzheimer y cuál es su objetivo? Es una Asociación Civil no lucrativa orientada a proporcionar apoyo e información a cualquier persona interesada en esta enfermedad. Nuestros esfuerzos se han centrado en la difusión de la enfermedad a través de todos los medios y en los grupos de autoayuda o de

apoyo; un grupo de esta naturaleza se caracteriza por:

- Evitar el liderazgo y la dirección profesional, el aprendizaje se da a través de la participación de los familiares de los enfermos, siendo ellos los que realmente saben más sobre la enfermedad.
- Son miembros homogéneos que tienen un problema común.
- Comprensión y apoyo emocional.
- Información y asesoría. Actualmente contamos con cuatro grupos:

Grupo 1, Hospital San José,

tercer miércoles de cada mes de 19:00 a 20.30 horas.

Grupo 2, Hospital Universitario,

segundo viernes de cada mes de 19:00 a 20:00 horas.

Grupo 3, Ma. Lourdes (Vistahermosa),

primer lunes de cada mes, de 19:00 a 20:00 horas.

Grupo 4, Guadalupe/CELA,

primer miércoles de cada mes de 19:00 a 20:00 horas.

¿Qué tan común es la demencia y es ésta más común en algunos grupos que en otros?

El riesgo de desarrollar algún tipo de demencia incrementa con la edad, pero la demencia raramente ocurre o se presenta en gente por debajo de los 60 años de edad. Arriba de los 65 años, afecta 6 de cada 100. Para aquella gente por encima de los 80, el número de afectados se eleva a 20 de cada 100.

En general, la demencia parece afectar por igual a todos los grupos de la sociedad. No se sabe que esté ligada al sexo de la persona, a clase social, grupo étnico o locación geográfica.

Pueden el estrés o las preocupaciones causar demencia?

No hay ninguna evidencia que el estrés o las preocupaciones sean responsables de la causa de demencia. Sin embargo, el estrés y las preocupaciones pueden llevar a olvidos y confusión que algunas veces pueden ser confundidos con a demencia temprana. También es cierto que un diagnóstico de demencia es alguna veces solamente hecho después de un período de estrés o preocupación que hacen que la enfermedad sea más aparente aún si la demencia ha estado presente por algún tiempo. La ansiedad es un síntoma común de depresión en gente mayor y la presencia de depresión puede dar como resultado severos problemas de memoria que pueden ser confundidos con demencia.

** Tomado del libro: Alzheimer's at Your Fingertips.
Harry Clayton, Dra. Nory Graham y Dr. James Warner.
Con la autorización de la Dra. Nory Graham.*

El expediente de Auguste D.

*Elena Rello Espinosa **
Psicóloga / Asociación Alzheimer de Monterrey, A.C.

El expediente en el que aparece la descripción médica más antigua sobre la enfermedad de Alzheimer fue descubierto recientemente por el médico psiquiatra Konrad Maurer y sus colegas de la Universidad Johann Wolfgang Goethe de Frankfurt, Alemania. El documento fue encontrado en uno de los archivos de la Universidad donde había estado perdido por más de 90 años. Recientemente, la revista médica Lancet de Inglaterra (Mayo de 1997) publicó un extracto sobre este documento

Hace muchos años en un Hospital de Frankfurt Alemania, trabajaba un psiquiatra llamado Alois Alzheimer. Era un buen médico que se interesaba por las enfermedades que estaban relacionadas con el cerebro.

Un día, el 25 de noviembre de 1901 le llega a consulta una paciente que recién había sido interna da. Su nombre era Auguste D., tenía 51 años, era originaria de Frankfurt y presentaba un daño cognitivo , o sea que sus capacidades intelectuales estaban disminuidas, sufría alucinaciones y no podía relacionarse con la demás gente.

Desde ese momento le interesó sobremanera éste caso al Dr. Alzheimer. Al otro día, fue cuando realmente tuvo la primera entrevista formal con la paciente. Se le hicieron preguntas simples, el Dr. Alois las anotaba sistemáticamente, tanto la pregunta como la respuesta.

¿Cuál es su nombre?

Auguste.

¿Cuál su apellido?

Auguste.

¿Cuál es el nombre de su esposo?

Auguste, yo creo.

Ella parecía como si no entendiera las preguntas.

¿Hace cuanto tiempo ingresó en este lugar?

Tres semanas.

¿Que es esto?

Monedero, llave y cigarro.

Las identificó correctamente.

¿Que comió hoy?

Espinaca.

Había comido coliflor.

Se le presentaban varios objetos al cabo de un rato ya no recordaba sus nombres.

[illegible]

El primer caso clínico, en base a lo que hoy conocemos como la enfermedad de Alzheimer

[illegible]

Las siguientes entrevistas fueron los días 27, 28 y 29 de noviembre. Durante la sesión se le invitó a escribir a la enferma, se le dio un cuaderno, al tomarlo parecía como si tuviera alterada la perspectiva del campo visual.

Se le pidió que escribiera su nombre, ella escribió *Sra.* y olvidó como se llamaba, fue necesario repetirle cada palabra. Después de varios ensayos y errores logró escribir *Auguste D.* y *Frankfurt*.

Se le pidió que leyera, leía correctamente las palabras pero se pasaba de una línea a la siguiente y repetía lo leído anteriormente tres veces. Parecía no entender lo que estaba leyendo. Su lenguaje espontáneo era muy pobre caracterizado por perseveración, repetía una palabra infinidad de veces durante un lapso de tiempo.

El día 29 de noviembre fue la última entrevista que le realizó el Dr. Alzheimer. Se le preguntó:

¿En que año estamos?

1800

¿Está enferma?

Segundo mes

¿En que mes estamos?

Onceavo

¿Cuantos dedos tiene?

Cinco

¿Cuantos ojos tiene?

Dos

¿En qué calle vive?

No le puedo decir, tengo que esperar un poco.

Se le practicó un examen físico general en el que salió bien evaluada, tenía buena salud.

El 30 de Noviembre de 1901 el Dr. Alzheimer transcribió todas sus anotaciones el EXPEDIENTE DE LA SRA. AUGUSTE D., lo hizo en alemán antiguo Sütterlin.

En 1903 el Dr. Alois se traslada a Heiderberg, en donde pasa una breve temporada, para luego residir en la ciudad de Munich, en donde trabajaría en la Clínica de Psiquiatría de ese lugar.

A pesar de la distancia el Dr. Alzheimer nunca dejó de interesarse en el caso de su antigua paciente; así como de la amistad y del intercambio de ideas y descubrimientos entre él y el Dr. Nissl, el cuál le enseñó las nuevas técnicas histopatológicas, que tanto le servirían en el futuro al Dr. Alzheimer.

Durante ese tiempo se comenzó a elaborar otro expediente de Auguste D. escrito en latín, realizado por los doctores que la atendían en Frankfurt, mismas referencias que le eran enviadas al Dr. Alzheimer para que continuara actualizado en el caso de Auguste.

El 8 de Abril de 1906 fallece Auguste, el reporte médico en latín fue: Durante la mañana EXITUS LETALIS, causa, septicaemia decubitus, moderada hidrocefalia, atrofia cerebral, arteriosclerosis de los pequeños vasos cerebrales; ? ,neumonía en ambos lóbulos, nefritis.

En cuanto el Dr. Alzheimer se enteró de la defunción pidió que le fuera enviado el cerebro de la paciente. Todo ese año se dedicó a revisar , estudiar e investigar tanto el cerebro como las anotaciones de él así como las de sus colegas de Frankfurt.

El expediente de Auguste crecía día con día. No fué sino hasta 1907 cuando el Dr. Alzheimer publicó un artículo titulado Una peculiar enfermedad de la corteza cerebral.

o o

○ ○

Para todos nos resulta difícil comprender la forma en cómo nuestro familiar va perdiendo poco a poco esa capacidad para relacionarse o interactuar con el mundo que le rodea. Y obviamente también para nosotros resulta incomprensible poder entenderlos.

A continuación presentamos una pequeña tabla donde podremos ver de una manera sencilla el grado de avance de la enfermedad en lo que se refiere a la pérdida de comunicación social; esto es, el contacto del enfermo con el mundo.

Primera etapa

- *Se aparta del tema de conversación, ya no sigue las conversaciones.*
- *Prefiere estar callado.*
- *Tiende a repetir las cosas. Pregunta lo mismo a cada rato.*
- *Puede hablar y hablar, sin parar.*
- *Depende mucho de frases gastadas. Utiliza una frase y nadie lo saca de ahí.*
- *Se comporta bien en casi todas las situaciones sociales. Aun puede convivir.*

Segunda etapa

- *Conversación vaga, vacía, irrelevante y sin sentido.*
- *Hace menos preguntas, permanece más tiempo callado.*
- *No se le ve que inicie conversaciones.*
- *Repite las cosas una y otra vez.*
- *Se obsesiona por una idea.*
- *Se aparta de situaciones sociales difíciles.*
- *Aún puede comportarse en situaciones sociales normales o casuales.*

Etapa final

- *Ya no se da cuenta de las actividades sociales.*
- *Se aparta parcial o totalmente de la comunicación.*

** Federico Ortíz–Moreno,
Presidente de la Asociación Alzheimer de Monterrey.*

Cuidados específicos del enfermo

*Dra. Rosa Carvajal García **
(Responsable del Centro Sinank`ay en Querétaro, Querétaro)
Tomado del libro: Cuando la realidad se aleja del anciano

Cuidados del enfermo en la primera etapa

Sugerencias

- *Comprobar que su estado general es bueno (por un facultativo).*

- Vigilar estrechamente su comportamiento.
- No recriminarlo, sólo observarlo.
- No enfadarse, no conduce a nada.
- Este es el momento ideal para llevar a cabo cualquier trámite de tipo legal.

La familia debe evitar

- Situaciones tristes y angustiosas.
- Viajes a lugares desconocidos.
- Reuniones largas o muy concurridas.
- Preguntas complicadas y explicaciones extensas.

Cuidados del enfermo en la segunda etapa

En esa etapa el enfermo ya no se da cuenta de lo que ocurre a su alrededor.

Sugerencias

- Organice una rutina de tal modo que todos los días se hagan las cosas del mismo modo y a la misma hora.
- Ponga al enfermo una pulsera o collar de identificación en donde se especifique su enfermedad y sus datos personales como su nombre, domicilio y número telefónico; en caso de extravío, cualquier persona podrá regresarlo a su casa o bien comunicarse con su familia por vía telefónica.
- Potencie el ejercicio físico, como paseos al aire libre y déle una alimentación rica en fibra.
- Tenga a la mano los teléfonos de emergencia de su médico, hospital, cerrajero.
- Considere una vigilancia periódica por su médico de cabecera, recuerde que el enfermo ya no puede expresar sus dolores e incomodidades.
- El cariño es el único vínculo que lo va manteniendo unido a la vida.
- No tome en cuenta las reacciones de ira, de nerviosismo o de intranquilidad del enfermo, éstas son causadas por la enfermedad.
- En ocasiones repiten muchas veces una pregunta o una afirmación como por ejemplo ¿Dónde está mi madre? o bien Me voy a mi casa, etc.; quizá de este modo expresen una preocupación por algo que no aciertan a decir o bien quieren expresar que se sienten perdidos. Muchas veces es suficiente que quien esté cerca del enfermo lo abrace o le diga suavemente Yo te voy a cuidar o bien Te queremos mucho.
- Escoja frases breves y palabras sencillas, cuando le hable al enfermo, mírelo directo a los ojos, así podrá comprender los mensajes con mayor exactitud.
- Enséñele fotografías familiares.
- Ponga su música favorita
- Cocine su plato predilecto.

Precauciones

- Las situaciones ruidosas y reuniones concurridas aumentan la confusión y el nerviosismo del enfermo.
- En la vivienda, ponga a un lado los muebles que obstaculicen su caminar.
- En esta segunda fase o etapa el enfermo no dirige la vista al suelo que pisa, así que comienzan las caídas. No percibe los colores tenues o pastel, no distingue un pasamanos blanco sobre la pared clara, ni tampoco donde termina una alfombra azul sobre un suelo verde. Puede sentir pánico al entrar en una habitación en penumbra.
- Tratar al enfermo con cansancio o con ira aumenta su intranquilidad porque se vuelve muy receptivo.

Cuidados del enfermo en la tercera etapa

Sugerencias

- Instale al enfermo en una habitación confortable, limpia, bien ventilada y con buena temperatura, ya que la persona va a pasar en ella el tiempo que le quede de vida.
- La higiene y movilización son muy importantes, evitan la formación de llagas o escaras y de complicaciones mayores que pueden dificultar aún más el manejo del enfermo.

Cuidados del enfermo en la cuarta y quinta etapa

Algunos doctores dividen la enfermedad en tres, otros en cuatro y en cinco fases o etapas.

Estas últimas fases corresponden a la incapacidad total del enfermo o bien al deterioro generalizado de su cuerpo y de su mente; se mantiene en cama y son alimentados por medios artificiales.

Sugerencias

- Conviene alternar las posturas del enfermo en la cama la cual debe estar limpia, seca y sin arrugas.
- Al enfermo hay que vigilarle su higiene y su alimentación, que debe ser equilibrada.
- Se deben utilizar medios auxiliares que alivien la presión del cuerpo sobre la cama para prevenir escaras y llagas, y la aparición de enfermedades agregadas, como por ejemplo, alteraciones respiratorias, de la circulación, de la piel, etc., situaciones que agravarían más su estado general.

Menejo medicamentoso en la enfermedad de Alzheimer (I)

Problemas Cognitivos

*Dr. Ricardo Salinas Martínez **

Los problemas sujetos a tratamientos con medicamentos en la enfermedad de Alzheimer pueden ser divididos en 4 categorías:

- 1) Problemas cognitivos.
- 2) Problemas conductuales.
- 3) Depresión y ansiedad.
- 4) Insomnio.

Analicemos cada uno de forma individual:

1) Problemas Cognitivos

Estos son los problemas centrales a esta enfermedad: olvidos, problemas de juicio y razonamiento, problemas de lenguaje y reconocimiento de personas y objetos y la apraxia o dificultad en realizar acciones cotidianas comunes, como vestirse, abrir una puerta, bañarse, organizar una comida, etcétera.

Detrás de estos problemas se encuentra la disminución de una sustancia neurotransmisora encargada de enviar mensajes entre una célula nerviosa y otra, células a las cuales llamamos neuronas. Dicha sustancia es llamada Acetilcolina.

Esta sustancia es destruida normalmente en el cerebro por una encima conocida como Acetilcolina esterasa. Lo que ocurre en el Alzheimer es que la producción de Acetilcolina disminuye por la destrucción de las neuronas por la precipitación de una proteína anormal llamada amiloide y la reacción inflamatoria que le

acompaña. Sin embargo, la destrucción por la enzima antes citada continúa. El resultado es una disminución aún mayor del neurotransmisor citado.

El descubrimiento de este fenómeno llevó a muchos investigadores a buscar desarrollar medicamentos que inhibieran la acción de la enzima Acetilcolina esterasa. Y su esfuerzo se vio coronado con el desarrollo de varios medicamentos. Mencionaré ahora aquellos que se encuentran disponibles para los pacientes, en general. Usaré sólo sus nombres comerciales para evitar confusiones.

Cognex. Este fue el primero el llegar a las farmacias. Se administra en dosis crecientes, aumentándolas gradualmente, 3 a 4 veces al día.

Su mayor problema es que puede dañar al hígado. Aún así, el medicamento fue utilizado extensamente y muchos pacientes se vieron beneficiados, pues su problema se vio relativamente controlado.

Eranz (México) o **Aricept** (Estados Unidos). Este medicamento vino a resolver el problema del daño al hígado, aparte de tener la ventaja de ser administrado una sola vez al día. Muchos enfermos se encuentran tomándolo actualmente y la información sobre esta experiencia se sigue acumulando. Su costo es alto, pero el sacrificio bien vale la pena.

Exelon (Estados Unidos). Según se me informa, este medicamento estará en México en algunos meses. Sus ventajas son que no daña el hígado, y, aunque se administra dos veces al día, parece ofrecer la ventaja de poder usarse a dosis elevadas sin riesgos de toxicidad. Deberemos acumular experiencia para comprobarlo.

Las buenas noticias es que hay medicamentos en experimentación, inclusive algunos que parecen alterar el patrón de destrucción de las neuronas en el cerebro. Seguiremos pendientes de esta evolución para lograr algún día curar este terrible mal.

Es mi opinión, que todo paciente con esta enfermedad debe ser sometido a un período de tratamiento con alguno de estos medicamentos.

Neuroprotección: Vitaminas E y C, Selegilene

Estas sustancias han sido utilizadas con el propósito de retrasar el daño que esta enfermedad ocasiona en el cerebro. Inclusive se han publicado estudios en revistas médicas de gran prestigio. La experiencia demuestra que hay un efecto benéfico en etapas avanzadas de la enfermedad; específicamente se ha visto una postergación en la aparición de la incapacidad física que caracteriza al Alzheimer severo. El único problema es el costo y la toxicidad del Selegilene.

En vista a estas situaciones, la recomendación actual es el uso de la Vitamina E en dosis de 1,000 Unidades, 2 veces al día, como medida profiláctica. Inclusive la recomendamos como medida anti-envejecimiento.

Manejo medicamentoso en la enfermedad de Alzheimer (II)

Problemas Conductuales

*Dr. Ricardo Salinas Martínez **

En el número anterior de LAZOS se mencionaba que los problemas sujetos a tratamientos con medicamentos en la enfermedad de Alzheimer pueden ser divididos en 4 categorías:

1) Problemas cognitivos, 2. Problemas conductuales, 3) Depresión y ansiedad, y 4) Insomnio.

En este número se toca el tema de:

2) Problemas Conductuales

El 90% de los pacientes con Alzheimer cursan con complicaciones conductuales. Estos problemas pueden dividirse en síntomas psiquiátricos y trastornos de la conducta.

Los síntomas psiquiátricos son las ideas paranoides, (Me roban, me quieren hacer daño), las alucinaciones visuales o auditivas (ver u oír cosas que no existen), la mala identificación de los objetos o personas (no reconocer un objeto de uso cotidiano, por ejemplo: confundir una maceta con la taza del baño; o desconocer a los familiares y, lo contrario, mostrar familiaridad con extraños) y la depresión.

El segundo grupo son los trastornos de la conducta como la agitación que se define como una inapropiada actividad verbal, vocal (gritos sin palabras) o motora que a los ojos de un observador no resulta directamente de las necesidades o confusión del paciente. En lenguaje coloquial diríamos: se ha puesto como un loco: grita, maldice y va de un lado a otro sin parar.

El vagabundeo, la tendencia a caminar y caminar sin rumbo y objeto, y la conducta desinhibida como desnudarse o no seguir la etiqueta al comer y beber, son otros trastornos conductuales.

Este tipo de problemas representan una pesada carga para el cuidador o responsable del paciente y puede ser la causa directa por la cual un paciente es internado en una casa–hogar, residencia para ancianos o cualquiera que sea el eufemismo para referirse a un asilo (todos finalmente lo son).

Estos trastornos ameritan de supervisión y/o sedación. A mayor intensidad del síntoma y/o menor capacidad de supervisión por parte de los cuidadores, mayor uso de tranquilizantes. Estos, los tranquilizantes usados para estos casos, son llamados mayores; y son medicamentos con efectos secundarios de varios tipos: extrapiramidales, es decir, el paciente tiende a ponerse rígido, duro y temblar, como en la enfermedad de Parkinson. Efectos cardiovasculares con aumento de la frecuencia del pulso y baja de la presión arterial al ponerse de pie. Efectos anticolinérgicos, los cuales generan más confusión, visión borrosa, sequedad de boca, estreñimiento y retención urinaria.

Aún con todo este panorama triste de efectos no deseados de estos medicamentos, su uso a veces, es inevitable. La selección del medicamento idóneo es de acuerdo al «perfil» del paciente; es decir, sus enfermedades aparte del Alzheimer.

Menciono ahora, por su nombre comercial, algunos de los tranquilizantes de uso más común: Melleril, este tiene más problemas cardiovascular y anticolinérgicos que extrapiramidales. *Risperdel*, este es como el anterior con menos problemas secundarios. *Leponex*, éste es un atípico, no tiene problemas como los anteriores, pero puede suprimir la producción de sangre por la médula ósea por lo que deben practicarse exámenes de sangre semanalmente.

El binomio sedación / supervisión mi fórmula. Cada familia la resuelve según sus posibilidades emocionales, físicas y también económicas.

Existen otros medicamentos, la *carbamazepina* y el *valproato*, que fueron descubiertos como anticonvulsivos, pero que más tarde se han utilizado también como ayuda en el tratamiento de los problemas conductuales de Alzheimer. Su uso es útil en minimizar las dosis de los tranquilizantes mayores. Son una buena opción.

Una palabra acerca del uso de medicamentos antiparkinsonianos para prevenir los efectos secundarios de los tranquilizantes mayores. Esta es una práctica común con pacientes jóvenes con psicosis por otras causas.

En el anciano acarrearán ellos mismos problemas secundarios por sus efectos anticolinérgicos: confusión, pulso elevado, baja de presión postural, boca seca, visión borrosa, estreñimiento y retención urinaria. Un dilema verdaderamente. Yo prefiero no usarlos hasta no ver aparecer la rigidez o el temblor ante dichos y que éstos sean incómodos o en alguna forma incapacitantes. Intento primero reducir la dosis del tranquilizante, si no es posible, entonces añado estos antiparkinsonianos (*Akineton*, *Artane*, etcétera).

Finalmente diré que los medicamentos citados en la primera sección: los inhibidores de acetilcolinesterasa como el *Eranz*, parecen sólo parecen, se capaces de controlar estos síntomas también.

Manejo medicamentoso en la enfermedad de Alzheimer (III)

Depresión y Ansiedad

*Dr. Ricardo Salinas Martínez **

En los dos números anteriores de LAZOS se mencionaba que los problemas sujetos a tratamientos con medicamentos en la enfermedad de Alzheimer pueden ser divididos en 4 categorías: 1) Problemas cognitivos, 2. Problemas conductuales, 3) Depresión y ansiedad, y 4) Insomnio. En este número se toca el tema de: 3) Depresión y ansiedad.

El enfermo de Alzheimer no está exento de sufrir una depresión. De hecho hay varias formas en las cuales una depresión puede presentarse en estos pacientes. A veces la preceden, y vemos a un paciente cuya depresión no responde a los tratamientos habituales y empeora hasta mostrar la muy conocida pérdida de la memoria. A veces la depresión remeda a la demencia, en la llamada pseudodemencia, y todo mejora con los antidepresivos. Esta situación de la pseudodemencia es vista con recelo y duda por algunos autores que opinan que no existe: yo me cuento entre ellos. Y a veces la demencia remeda la depresión con la apatía y desinterés que presentan algunos enfermos de Alzheimer al inicio de su problema.

Ante la aparición de síntomas de este tipo (auto devaluación, tristeza, incapacidad de disfrutar la vida, etcétera) debemos dar tratamiento ya que un número de pacientes mejorará.

La situación de medicamentos antidepresivos se ha visto facilitada a últimas fechas por la aparición de nuevos compuestos llamados inhibidores de la recaptura de serotonina; el más conocido es el *Prozac*, le siguen el *Aopax* o *Paxil*, el *Altruline* y el *Seropram*. Libres de efectos como los citados con los tranquilizantes mayores, pueden sin embargo, provocar ansiedad, algunas veces temblor, e incluso dolores abdominales. Su uso debe ser vigilado por el médico.

Algunos pacientes requerirán medicamentos de la vieja guardia como el *Tofranil*, el *Norpramin*, el *Adepsique*, el *Ludiomil*, etcétera. Sus dosis deben ser menores a las normales y la vigilancia más cercana.

La ansiedad es percibida como un temor infundado, nervios les llamamos coloquialmente. Y puede ser causada por la depresión o por la enfermedad directamente. Es una sensación desagradable que amerita tratamiento.

En este caso, y aunque parece broma, usamos tranquilizantes menores. Los más conocidos son las benzodiazepinas, las cuales eran seleccionadas aquellas de más corta duración: *Ativan* o *Tafil*, por ejemplo. El muy famoso *Valium* no debe ser usado en ancianos por tender a acumularse, presentar reacciones paradójicas, ya sea, empeorando al paciente, o sedar profundamente aún con dosis muy bajas.

Sedación / supervisión se aplica también en este caso. El uso de terapias ocupacionales a la medida de las capacidades y gustos anteriores del paciente se recomienda también.

Permítanme decirles que hay que definir claramente si nuestro paciente o familiar sufre de ansiedad o alguno de los síntomas conductuales en nuestro segundo apartado. La selección del tipo de medicamentos y su éxito se basa en este diagnóstico.

A veces la situación es seria y hasta desesperada, y habrá pacientes que deban recibir dos o más tipos de medicamentos. Pero esta es una enfermedad devastadora y a veces son necesarias medidas extraordinarias. Los detalles cuentan mucho: el ambiente en el hogar, la fatiga del cuidador, el internamiento en un asilo, la aparición de otra enfermedad, una infección, por ejemplo.

Médico y familia deben hacer una mancuerna comprometida y veraz, procurando así hacer la mejor decisión en cada paciente. No desesperar; comunicar, compartir y apoyarse unos a otros es primordial.