

21 de Septiembre: Día Mundial de la Enfermedad de Alzheimer



Los síntomas de la enfermedad de Alzheimer fueron descritos por primera vez por Kraepelin, quien los identificó como una entidad nosológica diferenciada. Sin embargo, su neuropatología característica fue observada por primera vez por **Alois Alzheimer** en 1906. De este modo, la enfermedad fue codescubierta por ambos. Sin embargo, dada la gran importancia que Kraepelin daba a encontrar la base neuropatológica de desórdenes psiquiátricos, decidió nombrar la enfermedad en honor a Alzheimer. La denominación del cuadro clínico como *Enfermedad de Alzheimer* fue introducida por Kraepelin en la octava edición de su "*Manual de psiquiatría*", en 1910.

Mucho ha avanzado la ciencia desde aquel momento. Antiguamente, la gran preocupación médica eran las enfermedades agudas, infectocontagiosas. El desafío actual son las patologías crónicas, entre ellas, las demencias.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es un síndrome de deterioro cognitivo lento y progresivo.

Hoy se sabe que un factor de riesgo clave es el incremento de la edad (entre otros). El gran aumento de la expectativa de vida ha determinado necesariamente un cambio en el perfil epidemiológico de nuestro país.

La enfermedad de Alzheimer es la etiología más frecuente de los síndromes demenciales. Con relación a las causas de la EA, se sospecha que puedan ser ambientales y genéticas. Su neuropatología incluye pérdida difusa de las neuronas de la corteza cerebral, estructuras seleccionadas del encéfalo anterior basal y, ocasionalmente, estructuras en el tronco encefálico. Además de esta pérdida neuronal, aparece un depósito extracelular de beta amiloide, que genera las placas amiloides y el depósito intraneuronal de proteína *tau*, que genera los ovillos neurofibrilares.

Las características principales son:

- Pérdida progresiva de la memoria. La pérdida de la memoria episódica es gradual, de modo que los primeros indicios del deterioro suelen pasar desapercibidos para los pacientes y familiares, confundiéndolo con la declinación cognitiva típica del envejecimiento. En estadio de leve a moderado el compromiso de la memoria episódica y semántica comienza a incrementarse, interfiriendo significativamente en las actividades de la vida diaria de los pacientes. La memoria

procedural está conservada hasta estadíos avanzados de la enfermedad.

La detección del deterioro en estadio leve depende de la implementación de instrumentos de evaluación que permitan caracterizar el desempeño del paciente. Entre las pruebas que permiten evaluar la memoria episódica verbal se destacan; el test de Aprendizaje verbal de California, test de Aprendizaje auditivo-verbal de Rey, la Escala de Memoria de Wechsler (WMS) entre otros. Para evaluar la memoria episódica visual se pueden considerar la reproducción de memoria del Test de Copia de una Figura Compleja, de Rey, la prueba de Reconocimiento visual del WMS-R, etc. La memoria Semántica puede ser explorada a través del Subtest de Vocabulario del WAIS III, también nos permiten inferir datos a cerca de ella la prueba de Denominación de Boston o la Fluencia Semántica.

- Alteraciones en el lenguaje. La afasia adquiere diferentes formas de gravedad dependiendo de la evolución. Las primeras señales de dicha alteración suelen ser las anomias, es decir, la dificultad de evocación léxica en tareas de denominación. En un principio se afectan las palabras de baja frecuencia de uso. Luego la dificultad involucra también a las palabras de uso frecuente. Según avanza el proceso de deterioro se van afectando también los aspectos semánticos y pragmáticos del lenguaje. Un instrumento clave en la evaluación neuropsicológica es el Test de Denominación de Boston. También se destacan el Token Test y las pruebas de fluencia.
- Apraxia: Es la pérdida de la capacidad de realizar movimientos en forma fina y coordinada (en ausencia de parálisis). Las praxias constructivas suelen estar tempranamente afectadas. En la evaluación neuropsicológica se exploran mediante la copia de pentágonos en el M.M.S.E., la copia del dibujo de un cubo, la copia de la Figura Compleja de Rey, entre otras.
- Agnosia: Es la alteración de la capacidad para reconocer información por algún canal sensorial, hallándose los órganos de esa modalidad sensorial indemnes. Tempranamente aparece la agnosia digital. En un principio el reconocimiento de objetos familiares suele estar conservado, y la afectación recae sobre el reconocimiento de formas bidimensionales. En la medida que avanza el deterioro, el paciente puede tener dificultad para reconocer objetos comunes, sonidos, etc.
- Síndrome disejecutivo: Implica la distractibilidad acentuada, dificultad en iniciar y mantener tareas, fallas en el razonamiento abstracto, dificultad para planificar actividades, dificultad para distinguir lo importante de lo accesorio, conducta perseverativa y fallas en la inhibición de respuestas irrelevantes. Distintos instrumentos son de utilidad para evaluar las funciones ejecutivas, entre ellos se destacan el Test de

Clasificación de Cartas de Wisconsin, La Torre de Hanoi y las Pruebas de Fluencia Verbal.

- Desorientación temporal y espacial: El paciente pierde la capacidad de manejar el espacio, y expresa extrañeza en lugares familiares. Estos episodios de desorientación espacial, que suelen aparecer tempranamente, son consecuencia del deterioro del procesamiento visuoespacial.
- Disminución de la capacidad funcional de la persona.
- Síntomas neuropsiquiátricos: No se relevan en todos los pacientes. En algunos casos pueden registrarse ideación paranoide, delirios, alucinaciones, trastornos afectivos, agresividad, trastorno del sueño y ansiedad.

Entre los factores de riesgo se destacan:

- Edad avanzada: La EA suele comenzar después de los 60 años. El riesgo aumenta a medida que la persona envejece
- Sexo: La mujer presenta mayor riesgo que el hombre de presentar EA.
- Educación: El bajo nivel educativo sería un factor de riesgo para las demencias en general. El capital intelectual funcionaría como una "reserva cognitiva" que protegería del deterioro o bien, demoraría la evidencia del mismo.
- Antecedentes familiares de EA
- Traumatismo cerebral.
- Tabaquismo.

Sobrevida general en EA:

Para estos pacientes se calcula una sobrevida promedio de 10.3 años. Sin embargo, el rango oscila desde algunos meses hasta los 21 años en algunos pacientes.

Tratamiento:

Hasta la actualidad no se ha hallado ningún tratamiento capaz de detener la enfermedad. Sin embargo, algunos fármacos pueden ayudar a frenar, por un tiempo limitado el empeoramiento de los síntomas, de modo que se atenúa el progreso del deterioro.

Además del tratamiento farmacológico, las terapias de estimulación cognitiva colaboran mejorando la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores.

Entre las técnicas diseñadas, se han elaborado dos que, precisamente están pensadas para las dificultades cognitivas de estos pacientes y sustentadas desde las capacidades preservadas, es decir, la tendencia a olvidar la información reciente y el recuerdo de épocas pasadas. Ellas son:

- Orientación a la realidad: Busca ayudar a los pacientes a mantener la conciencia de sí mismos y de lo que los rodea. Se les brinda información básica como el día, la estación de año,

etc. Muchas veces se trabaja mediante sesiones de grupo y también, individualmente.

- Terapia de reminiscencia: Estimula a las personas mayores a recordar incidentes y experiencias de su pasado utilizando como claves para el recuerdo, canciones de la época, indumentaria, fotografías, etc.

Para el mejor aprovechamiento de la memoria también son útiles el entrenamiento en estrategias para consolidar nuevos aprendizajes y el uso de ayudas externas, como el calendario, o una pizarra, etc.

Por: Lic. Leticia Fiorentini

Para mayor información: fiorentinil@hotmail.com

Bibliografía:

Cummings JL, Benson DF. Dementia. A clinical Approach. Butterworth-Heinemann, Boston, 1992.

Lezak, M. "Neuropsychological assessment" New York: Oxford University Press. 1995

Mangone CA, Allegri RF, Arizaga RL, Ollari JA. Demencia: enfoque multidisciplinario. Editorial Polemos, Buenos Aires, 2005

Mangone CA, Heterogeneidad Clínica de la Enfermedad de Alzheimer. Predicción del intervalo de evolución. Rev Neurol. 2004; 675-81
Wilson B.A., Clare,L; ¿Cómo afrontar los problemas de memoria? TEA Ediciones. Madrid.

Links de Interés

Asociaciones:

- Alzheimer Argentina: www.alzheimer.com.ar
- Asociación de Lucha contra el Mal de Alzheimer (ALMA): www.alma-alzheimer.org.ar
- Asociación Alzheimer de Brasil: www.abraz.com.br
- Confederación Española de Familiares con E.A.: www.ceafa.org
- Alzheimer Europa: www.alzheimer-europe.org
- Asociación Nacional del Alzheimer de Madrid : www.afal.es
- Alzheimer Association NSW: www.alznsw.asn.au
- Alzheimer Research Forum : www.alzforum.org
- Alzheimer´s Association: www.alz.org/

Fundaciones:

- Fundación Alzheimer "Alguien Con Quien Contar" I.A.P. México : www.alzheimer.org.mx
- Fundación Alzheimer España: www.solitel.es/alzheimer/index.htm
- Fundación Alzheimer Colombia: www.geocities.com/hostprimis/spc/8903
- Fundación Antidemencia Al-Andaluz: www.fadaonline.es

Varios:

- [Portal Familia Alzheimer](#) (Página dirigida a familiares y cuidadores. En español, recursos online y bibliografía)
- [Magazin Alzheimer](#) (Revista electrónica mensual orientada a familiares y cuidadores. En español)
- [Portal Alzheimer Online](#) (Español y con consultas Online)
- [Alzheimer´s Disease Internacional](#) (inglés)
- [Cómo combatir el Alzheimer. Información y tratamientos para entender y combatir esta enfermedad](#)
- [MedlinePlus Enciclopedia 000760](#)

- [Info-Alzheimer.com Web para familiares y cuidadores de pacientes con Enfermedad de Alzheimer](#)

- [Alzheimer's Disease Education and Referra \(inglés\)](#)
- [Guía del Alzheimer](#)
- [DMedicina - Alzheimer](#)
- [Instituto de la Memoria, Centro de Día Terapéutico para Demencias](#)
- [Mayo Clinic: Un Nuevo Siglo de Investigación sobre la Enfermedad de Alzheimer](#)
- [Portal dealing with AD topics, supported by the European Union \(inglés\)](#)