Abordaje de la Enfermedad

Los primeros síntomas de la enfermedad de la demencia se observan varios años antes del diagnóstico clínico, en ocasiones, se atribuyen a otras causas como : envejecimiento, estrés, depresión, falta de atención….

El diagnóstico temprano va a posibilitar que se comience precozmente con el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico y que el cuidador tenga un apoyo.

Cuando se detecten los primeros síntomas, el familiar debe:

- Acompañar a la persona afectada a atención primaria, **es importante que la persona afectada no vaya sola,** ya que puede que no sean consciente de los síntomas o los niegue.

- Desde **atención primaria se derivará al especialista** (neurólogo, psiquiatra, geriatra…) para completar el proceso diagnóstico y realizar las pruebas pertinentes.

El proceso para el diagnóstico puede constar de los siguientes pasos y pruebas: **historia clínica, exploración física, análisis de sangre y de orina, examen neuropsicológico, evaluación psicoemocional, pruebas funcionales y/o estudios de neuroimagen.**

La realización de estas pruebas va encaminada a diferenciar la demencia de otras patologías que provocan trastornos de las capacidades mentales similares a la demencia y determinar el tipo.

Indicadores iniciales de la enfermedad

Los diez signos de alarma son:

- Pérdida de memoria que afecta a la capacidad laboral.
- Dificultad para llevar a cabo tareas familiares.
- Problemas con el lenguaje.
- Desorientación en tiempo y lugar.
- Juicio pobre o disminuido.
- Problemas con el pensamiento abstracto.
- Objetos colocados en lugares erróneos.
- Cambios en el humor o en el comportamiento.
- Cambios en la personalidad.
- Pérdida de iniciativa.

PROTOCOLO DESDE EL INICIO DE LA SOSPECHA

Un diagnóstico precoz de la enfermedad nos permitirá mejorar el tratamiento y la prevención de la enfermedad

Sospecha de padecer la enfermedad

Acudir al médico de Atención Primaria

DERIVACIÓN ESPECIALISTA NEURÓLOGO

Pruebas específicas

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

FARMACOLOGICO

NO FARMACOLÓGICO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Hay dos grupos de medicamentos que son aprobados para tratar los síntomas cognitivos de la enfermedad de Alzheimer.

- Los que pertenecen al primer grupo son los inhibidores de colinesterasa, un neurotransmisor químico importante para la memoria y el aprendizaje. Típicamente se prescriben: Donepezilo (ARICEPT), Rivastigmina (EXELON) o Galantamina.
- El segundo grupo de medicamentos controla la actividad de glutamato, un neurotransmisor usado para procesar información. La más relevante de este grupo es la Memantina. EBIXA /AXURA).

El tratamiento de la demencia es todavía hoy de efectos limitados. El arma terapéutica fundamental sigue siendo la prevención de la enfermedad cerebrovascular, mediante el control de factores de riesgo.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Además del tratamiento farmacológico, se hace necesario un abordaje terapéutico multidimensional, que incluya intervenciones no farmacológicas dirigidas a optimizar las funciones cognitivas y la conducta de estos enfermos, como las siguientes Terapia Ocupacional, Fisioterapía, Psicología, Trabajo Social, Musicoterapia, Logopedía,….

AFAS: Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer

Asociaciones sin ánimo de lucro cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida tanto de los enfermos de alzheimer como de sus familiares.

Las asociaciones llevan a cabo el tratamiento no farmacológico mediante un equipo multidisciplinar de profesionales.

Inicialmente....

El único signo observable de la enfermedad, puede que sea algún olvido leve, que pueda confundirse con cambios de memoria asociados a la edad.

También se observa inicialmente desinterés en actividades laborales y descuidos en tareas rutinarias.

En Fase Leve de la Enfermedad.....

Puede tener dificultades para:

- Recordar actividades recientes o nombres de personas u objetos conocidos repetir frecuentemente
la misma frase, olvidar hechos recientes (como conversaciones mantenidas que no recuerdan), dificultad para realizar más de una tarea al mismo tiempo, problemas de lenguaje (dificultad para encontrar la palabra deseada, o intercambio de la que desean nombrar por otra de significado similar), desorientación en rutas familiares, cambios de personalidad, deterioro de relaciones sociales o disminución de interés en actividades previamente estimulantes.

Conforme avanza la enfermedad....

- Olvidan detalles acerca de eventos repetitivos o de su propia historia personal.
- Cambian sus patrones de sueño – vigilia.
- Presentan dificultad en la lectoescritura.
- Disminuye la capacidad de discernimiento.
- 24 horas de deterioro más acusado del lenguaje.
- Retraimiento de manera acusada a nivel social.
- Alucinaciones, delirios, dificultad en la realización de actividades sencillas…

En esta fase, hay enfermos que son conscientes de los fallos que padecen como consecuencia de la enfermedad. Puede aparecer depresión, agitación, nerviosismo.

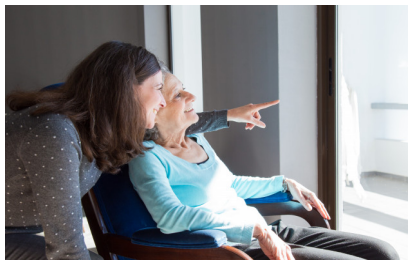
En la fase más avanzada

El enfermo es incapaz de comprender el lenguaje hablado y apenas lo utiliza para comunicarse. También es incapaz de reconocer a personas conocidas, o incluso miembros de su familia.

No puede realizar actividades básicas de la vida diaria, y aparecen problemas de deglución e incontinencia (urinaria inicialmente y fecal más adelante).

Posibles complicaciones:

Úlceras por decúbito: derivan de la deshidratación, ingestión de escasas proteínas en la dieta, y movilizaciones realizadas de manera incorrecta o tras periodos demasiado largos en la misma posición.



-Contracturas musculares: por pérdida de la capacidad para movilizar las articulaciones debido al deterioro de la función muscular.
-Infecciones: generalmente urinarias, debido a la incontinencia que puede aparecer en fases avanzadas.
-Caídas y fracturas: pueden estar ocasionadas por la dificultad que pueden presentar en la movilidad en general, o estar relacionadas con el deterioro cognitivo en áreas como la atención o percepción visual del espacio.

-Desnutrición y deshidratación: pueden ser por falta de sensación de sed o de comer.

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO

Los trastornos psicológicos y del comportamiento son parte integrante de la demencia.
Al principio suelen aparecer de forma ocasional, pero una vez que se manifiestan recurren habitualmente.

Al comienzo de la demencia son más comunes los síntomas depresivos y en etapas más tardías la agitación, las alucinaciones, las ideas delirantes, la identificación inadecuada y la agresividad; aunque no todos los síntomas tienen una correlación con el estadio de evolución de la enfermedad.

DELIRIOS

El enfermo interpreta estímulos que sí existen de forma errónea: infidelidades, creer que van a ser abandonados por sus familiares, pensar que el domicilio en el que se vive ha cambiado, creer que les están robando… Estas interpretaciones provocan reacciones agresivas, ansiedad y nerviosismo. Aparecen con frecuencia **en las fases moderada y avanzada de la demencia.**

Pautas para los cuidadores:

- No hay que discutir con el enfermo.
- Será importante distraerle y que centre la atención en otro asunto.
- El cuidador no debe ofenderse, tiene que mantener la calma e intentar que el enfermo se tranquilice.

SEGUIMIENTO PERSISTENTE DEL CUIDADOR

Es un comportamiento que resulta muy molesto para el cuidador y que está relacionado con la sensación de seguridad que le da al enfermo y con la idea de abandono.

Pautas para los cuidadores:

- Procurar que el enfermo realice actividades.
- Identificar en qué momento del día aparece esta conducta, ya que en algunos casos cuando anochece aumenta la confusión y la desorientación.
- Buscar ayuda para que el cuidador pueda descansar y no aumente su sobrecarga.

ALUCINACIONES

Perciben estímulos que no existen: visuales, auditivos, gustativos, táctiles u olfativos. Pueden reaccionar de muy distinta forma: desde miedo y terror hasta alegría. Son un signo de mal pronóstico.

Pautas para los cuidadores:

- El cuidador debe estar calmado.
- No hay que decirle al enfermo que lo que está percibiendo no es real, ya que para él sí que lo es; pero tampoco hay que reforzar la existencia de la alucinación.
- Cambiar de entorno, para que se distraiga.
- Intentar determinar el desencadenante de la alucinación, por ejemplo que haya escasez de luz.

DEPRESIÓN

El estado anímico deprimido se presenta generalmente en las fases iniciales de la demencia y está relacionado con la conciencia de enfermedad. Son frecuentes las manifestaciones de llanto, la culpabilidad, la creencia de que es una carga para sus familiares o que no es capaz de hacer nada.

Pautas para los cuidadores:

- Apoyar al enfermo para que se sienta querido, comprendido y arropado.
- Intentar que realice actividades en las que obtenga éxito, para mejorar su autoestima.

ALTERACIONES DEL SUEÑO

Estas alteraciones son bastante frecuentes, hacen que aumente el cansancio del cuidador y alteran la convivencia familiar.

Pueden ser: incapacidad para conciliar el sueño, despertares frecuentes durante la noche, somnolencia diurna o levantarse muy temprano. La falta de sueño está relacionada con los fallos de memoria y concentración.

Pautas para los cuidadores:

- Mantener un horario fijo para acostarse y levantarse.
- Intentar que realice actividades y ejercicio físico regularmente.
- No permitir que duerma durante el día.
- Cenar de forma ligera y evitar bebidas estimulantes (café, té…).
- No ingerir líquidos antes de dormir; sí que está indicado que beba un vaso de leche caliente antes de acostarse.
- La habitación en la que duerma el enfermo deberá tener una temperatura suave y ser silenciosa.

DEAMBULACIÓN ERRANTE

Esta conducta se presenta cuando camina sin ningún rumbo ni objetivo; pueden existir intentos de salir del domicilio. Aparece a partir de la fase moderada. Algunas de las causas pueden ser: la pérdida de memoria, desorientación, intento de manifestar necesidades básicas (ganas de ir al baño, hambre…), aburrimiento, agitación, incomodidad o miedo.

Pautas para los cuidadores:

- No hay que contenerle físicamente.
- Realizar modificaciones en el entorno, para que sea seguro.

- Colocar cerraduras de seguridad o alarmas en la puerta exterior.
- Mantener al enfermo ocupado y orientar a la realidad.

IDENTIFICACIONES INADECUADAS

Son percepciones erróneas de ciertos estímulos: fallos de reconocimiento de su propia imagen en el espejo, errores de identificación de otras personas (no reconocer a su cónyuge), de acontecimientos (creencia de que las imágenes que aparecen en televisión son reales) o pensar que en el domicilio viven otras personas.

Pautas para los cuidadores:

- Apagar el televisor, si cree que las personas que están en la pantalla están en el domicilio.
- Cuando no se reconozca se recomienda tapar los espejos o eliminarlos.
- No hay que razonar ni explicarle los errores de identificación. Se intentará distraerle y alejarle del foco de angustia.
- Mantener el espacio organizado y sin demasiados estímulos.
- En caso de no reconocer a los familiares se puede intentar salir de la estancia en la que está el enfermo y más tarde volver a entrar

CAMBIOS EN LA ACTIVIDAD SEXUAL

Por lo general el interés sexual disminuye, pero también pueden presentarse desinhibición sexual hacia la pareja o hacia otras personas.

Pautas para los cuidadores:

-El cuidador no debe angustiarse o sentirse avergonzado. Actuar de forma calmada y con naturalidad.
- Si el enfermo manifiesta estas conductas en público, se le acompañará a un lugar privado.
- Cuando al cuidador no le apetezca mantener relaciones sexuales, tratará de disuadir al enfermo evitando que se sienta rechazado, manifestando el afecto a través de abrazos, besos y caricias.

AGRESIVIDAD

El comportamiento agresivo comprende desde la irritabilidad y el nerviosismo, hasta la agresividad verbal (insultar, gritar…) y física (golpear, dar puñetazos, morder, agarrar objetos o personas…).
Puede tener muchas causas: dolor, cansancio, efecto secundario de algún fármaco, estado de ansiedad o como respuesta a un delirio.

Pautas para los cuidadores:

- No hay que intentar contener al enfermo por la fuerza, hay que respetar su espacio y procurar que el episodio desaparezca de otro modo.
- Hablar con el enfermo calmadamente, con un tono de voz muy suave.
- Utilizar la comunicación no verbal: buscando el contacto visual, manifestando cariño y evitando que el enfermo se sobresalte.
- Vigilar que no estén accesibles elementos que puedan ser dañinos (cuchillos, tijeras…).
- Si el cuidador no logra que el enfermo se calme, deberá abandonar la habitación donde éste se encuentre y pedir ayuda a otras personas o al servicio de urgencias.
- Se debe intentar averiguar qué ha desencadenado el episodio de agresividad, para evitar los próximos.

ESTRATEGIAS PARA EL CUIDADOR

Las directrices van a ir dirigidas hacia el cuidador, orientándole sobre las actitudes y estrategias que es adecuado adoptar si el enfermo presenta esta **sintomatología y hacia el entorno,** para intentar minimizar las causas que originan estos trastornos.

ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DE LA SINTOMATOLOGÍA:

- El cuidador debe conocer e identificar los síntomas, para que se pueda determinar si son causa de la demencia, efectos secundarios de algunos fármacos o respuesta a otros procesos patológicos (problemas gastrointestinales, infección en la orina, catarro, dolor...).
- Es importante que se estudien aspectos como: lugar en que manifiestan estos problemas, momento en que aparece esta sintomatología o si se acentúa a determinadas horas del día, posibles desencadenantes, desarrollo del problema desde el inicio hasta la resolución y cómo afectan estos episodios al enfermo y al cuidador.
- Si es posible se eliminarán los desencadenantes que los causan.
- Vigilar los fallos de visión y audición.
- Evitar los enfrentamientos y las discusiones, tampoco se debe razonar con él para que comprenda que su conducta no es normal.
- Mantener la calma y no asustarse. El cuidador debe ser comprensivo y ponerse en el lugar del enfermo.
- Tener en cuenta la comunicación no verbal. Utilizar técnicas de distracción de la atención: intentar que haga alguna actividad, cambiarlo de entorno o salir del domicilio.
- Se debe ser flexible y entender que no todos los enfermos reaccionan del mismo modo y no siempre van a responder de la misma manera, lo que ha servido una vez puede que en otra ocasión no funcione.
- Informar al médico de la existencia de esta sintomatología.

ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DEL ENTORNO:

- Evitar que esté lleno de estímulos.
- Eliminar los elementos potencialmente peligrosos.
- Ofrecer señales que orienten al enfermo en el tiempo, en el espacio y en persona.

Ante cualquier consulta o duda póngase en contacto con los profesionales de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer "AFAVIDA" de Almuñécar, al teléfono 958883075/ 640369346 o mediante correo electrónico afavida@hotmail.com.

Afavida
Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer