

## **¿ SE PUEDE PREVENIR EL ALZHEIMER?** **PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO**

Dra. Marta Ochoa Mulas  
Coordinadora Neurología Grupo Hospital Madrid

### **PREVENCIÓN**

Si tenemos que contestar con un sí o no a esta pregunta, yo diría: NO.

La Enfermedad de Alzheimer no se puede prevenir porque no conocemos la causa que la produce y porque la mayoría de los factores de riesgo, o al menos los más importantes, no son modificables.

Los principales FACTORES DE RIESGO son:

Edad (a mayor edad, más frecuente es), sexo (algo más frecuente en mujeres), tener antecedentes familiares de Alzheimer, Síndrome de Down, edad materna mayor de 40 años al nacimiento, presencia del alelo apoE  $\epsilon$  4. Todos ellos no son modificables.

También son de destacar: hipertensión arterial, hipotiroidismo, traumatismos craneoencefálicos previos, bajo nivel educativo, depresión. Todos ellos modificables por ser prevenibles o tratables.

### **GENÉTICA Y APOE $\epsilon$ 4**

Hay varios genes implicados en la enfermedad de Alzheimer, fundamentalmente en las formas familiares de inicio precoz y herencia autonómica dominante franca (un 50% de los integrantes de cada generación la padecen con inicio anterior a los 65 años). Estos adelantos en el conocimiento de la genética nos ayuda a conocer mejor la enfermedad, a aproximarnos más al mecanismo causante de la misma y nos abre el camino a una teórica “vacuna” o terapia genética.

En la enfermedad de Alzheimer esporádica está implicada la apoE. La apolipoproteína E se produce en los astrositos y la microglía (otras células nerviosas junto con las neuronas) y desempeña un papel importante en la recuperación y regulación de varias funciones celulares de las neuronas. Hay 7 subtipos de apolipoproteína E. El subtipo  $\epsilon$  3 es el que tiene el 77% de la población sana. El subtipo  $\epsilon$  4 está presente sólo en 15% de la población sana y es mucho más frecuente en pacientes con enfermedad de Alzheimer, pero sólo un 50% de las personas que tienen este subtipo  $\epsilon$  4 padecen enfermedad, es decir la presencia del subtipo  $\epsilon$  4 es sólo un factor de riesgo, pero con un error de predicción del 50%, por lo que no está indicado en la actualidad los estudios genéticos sistemáticos en la población general.

## ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA PREVENIR?

En la actualidad las medidas modificables que podemos tomar son:

- Control de los factores de riesgo vascular, fundamentalmente de la hipertensión arterial. Disminuye el riesgo de enfermedad de Alzheimer, pero sobre todo el riesgo de demencia vascular, el otro gran subtipo en frecuencia y mejora la evolución de la enfermedad de Alzheimer.
- Dieta mediterránea
- Prevenir y tratar depresión y problemas tiroideos
- Prevenir los traumatismos craneoencefálicos
- Mejorar nivel intelectual
- Mantener una vida intelectual activa: leer, realizar actividades de la vida cotidiana como coser, actividades manuales,....
- Mantener vida social

## TRATAMIENTO

La primera acción terapéutica sería el diagnóstico etiológico, el causal, y ahora mismo no podemos realizarlo.

La mayoría de los pacientes tienen enfermedades sistémicas asociadas y su correcto tratamiento y manejo mejora el estado cognitivo de la demencia.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En 1986 aparecen los primeros fármacos específicos para esta enfermedad. Con posterioridad han ido apareciendo otros. La mayoría son inhibidores de la acetilcolinesterasa, que es una enzima que destruye la acetilcolina, por lo que la inhibir su acción, hay más acetilcolina disponible en el cerebro y el déficit de acetilcolina es una de las causas de la enfermedad.

Cada uno tiene su dosificación y sus efectos secundarios. La eficacia de todos ellos es similar. Pueden producir una cierta mejora cognitiva y mejorar los problemas conductuales asociados a la enfermedad.

El principal mensaje en cuanto a estos tratamientos es que no curan la enfermedad, no mejoran la evolución a largo plazo, lo que ayudan es a mantener una mejor funcionalidad durante una temporada. Son más eficaces si se administran en fases precoces de la enfermedad.

Los principales fármacos empleados son: Donepezilo, Rivastigmina, Galantamina y Memantina.

## TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

Como se ha comentado, el manejo de otras enfermedades asociadas es básico en la evolución de estos pacientes.

En fases avanzadas aparecen trastornos del comportamiento, trastornos del sueño, crisis epilépticas, problemas nutricionales, problemas mecánicos por falta de movilidad,...y todos ellos deben tratarse de manera específica.

## TRATAMIENTO NEUROCOGNITIVO

La Rehabilitación Neuropsicológica y la Terapia Ocupacional han demostrado ser medidas básicas en el manejo de la enfermedad. Permiten, por una parte, mejorar las capacidades cognitivas, y por otra compensar los déficits de forma que puedan seguir realizando las actividades básicas de la vida diaria lo más autónomamente posible.

El tratamiento en Centros de Día es muy beneficioso, se mantienen activos durante su estancia en los centros, obliga a una relación social muy beneficiosa y además permite un respiro al cuidador principal.

## ¿MERECE LA PENA UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO?

No existe un diagnóstico en fase preclínica. Podemos hacer un diagnóstico temprano, pero cuando ya existe la enfermedad. En la actualidad el consejo genético en esta enfermedad no tiene utilidad clínica práctica.

Los fármacos empleados no son de gran eficacia, pero sí son algo eficaces y sobre todo al inicio.

La rehabilitación cognitiva en fases tempranas puede mejorar la funcionalidad y sobre todo ayudar a mantener una fase de independencia más prolongada.

El paciente que consulta por sospecha tiene derecho a que los médicos le diagnostiquemos y así poder decidir qué hacer con su vida el tiempo que le queda con un buen estado mental y decidir cómo organizarse. La obligación del médico es llegar en la medida de lo posible al diagnóstico, luego será el paciente el que nos transmita su deseo de conocer o no dicho diagnóstico.