



21 de septiembre, Día Mundial Alzheimer: el papel que juega la Fisioterapia

Autor: Paco Lozano Martínez. Colegiado 4811

Fisioterapeuta en la Asociación de Familiares y Amigos de Enfermos de Alzheimer de Alicante.

El Alzheimer es una demencia degenerativa que altera la capacidad de razonamiento. El primer caso de esta enfermedad fue reportado públicamente en 1906 por el psiquiatra alemán Alois Alzheimer. A mayor edad aparece mayor incidencia de la enfermedad, no obstante existen casos en personas más jóvenes.

Según la Confederación Española de Alzheimer la cifra de afectados en España es de 1,2 millones de personas, el 13,4% de los mayores de 65 años de nuestro país. En la Comunidad Valenciana existen aproximadamente 27.000 casos diagnosticados, cifra que sigue en aumento. A estos se deben sumar los casos sin diagnosticar.

Se desconoce la causa que provoca la enfermedad aunque se cree que abarca factores genéticos y ambientales. El diagnóstico se hace sobre una base de síntomas característicos y excluyendo otras causas de demencia.

El paciente sufre una pérdida de autonomía que le hace dependiente de un cuidador, lo que en muchos casos, crea complicaciones familiares y económicas.

Gracias a la fisioterapia y al resto de profesionales sanitarios podemos mejorar la autonomía y calidad de vida del paciente, ayudar al cuidador o darle un respiro, y retrasar o mantener la evolución de la enfermedad lo máximo posible.

En la actualidad, se utilizan los criterios diagnósticos propuestos en 1984 por el Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas y Trastornos de la Comunicación e Ictus (NINCDS) y la Asociación de Enfermedad de Alzheimer y trastornos Afines (ADRA), junto a los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-IV:

Los síntomas más habituales son:

- Afasia. Es una alteración del lenguaje.
- Apraxia. Es una alteración de la gestualidad y de la manipulación de objetos.
- Agnosia. Es la incapacidad para reconocer e identificar las informaciones que llegan a través de los sentidos.
- Amnesia. Es la alteración en la memoria.
- Alteraciones del comportamiento.
- Deterioro de la capacidad de juicio y de razonamiento abstracto.

Todo ello provoca una pérdida de autonomía del paciente que irá en aumento, llegando a necesitar atención por parte de un cuidador las 24 horas del día en fases avanzadas de la enfermedad.

El objetivo principal del tratamiento es mejorar/mantener la calidad de vida del enfermo y la de los que le rodean. Por ese motivo el tratamiento debe seguir dos líneas que se complementan:

Tratamiento farmacológico

Síntomas cognitivos: hacen referencia a síntomas tales como problemas de memoria, orientación, lenguaje, atención... Hoy por hoy no existe un tratamiento curativo, solo paliativo.

Síntomas no cognitivos: se refieren a síntomas muy diversos que van desde problemas del estado de ánimo a problemas motores y alteraciones de conducta. El tratamiento es sintomático y a cada paciente se le prescribirá el fármaco adecuado según la sintomatología que presente.

Tratamiento no farmacológico

Es un tratamiento multidisciplinar, en el que se debe abarcar tanto la atención al paciente como a su cuidador o familiar.

Respecto al paciente, sobre todo en las fases leves o moderadas de la enfermedad, se debe realizar tratamiento de estimulación cognitiva y física para intentar retrasar lo máximo posible la evolución de la misma. En cuanto al familiar, la información y el apoyo social, familiar y emocional son necesarios para ayudarle a sobrellevar esta enfermedad.

Como fisioterapeutas, nuestro objetivo es mantener o mejorar la calidad de vida y potenciar la autonomía del paciente. No debemos descuidar las aptitudes funcionales, psicológicas y psicomotoras, y tenemos que conseguir que la actividad física se convierta en un hábito diario. Por otra parte, debemos informar a los familiares y resolver sus dudas, concienciar y educar a la familia sobre los beneficios y la necesidad de realizar actividad física diaria, prevenir el aislamiento socio-familiar del enfermo y las actitudes negativas de la familia ante la patología y la dependencia.

Nuestro tratamiento se debe amoldar al estadio de demencia del paciente, incluido en un tratamiento global con el resto de profesionales sanitarios.

En una demencia leve o leve-moderada, mantendremos al máximo el equilibrio, la coordinación óculo-manual y la marcha funcional. Haremos hincapié en el esquema corporal y la lateralidad. Mantendremos un tono muscular y articular óptimo. Disminuiremos los problemas respiratorios, intestinales, linfáticos o dolorosos, en la medida de lo posible. Fomentaremos un ambiente comunicativo y de socialización potenciando la autonomía y disipando el estrés.

En la fase moderada y grave, nuestros objetivos cambian y se amoldan al estado del paciente. Debemos evitar rigideces y adherencias, conseguir un tono muscular óptimo y retrasar el encamamiento, potenciando una marcha autónoma y lo más funcional posible. Retrasaremos la pérdida sensitiva y propioceptiva. Evitaremos la aparición de escaras y complicaciones del decúbito en el caso del encamado.

Lograremos nuestros objetivos trabajando con el resto de profesionales sanitarios, pues todos perseguimos el mismo fin.

Referencias.

- <http://www.alzheimeralicante.org/>
- <http://www.fevafa.org/index.asp>
- <http://www.alzfae.org/>
- El manual Merck de geriatría. 2ª Edición, Beers, Mark H.

- Envejecimiento Y Demencias. Junqué i Plaja, Carme.
- Enfermedad De Alzheimer Y Otras Demencias. 2ª ed. Alberca, R.
- Demencia Senil. Nuevas Perspectivas Y Tendencias Terapéuticas. Tolosa Sarró, Eduardo.