

Los medicamentos para la enfermedad de Alzheimer a debate. El papel del médico de familia

Ramón Orueta Sánchez

Centro de Salud de Sillería. Toledo (España)

La enfermedad de Alzheimer (EA) es un proceso neurodegenerativo de etiología desconocida, pero con distintos factores de riesgo identificados, con características neuropatológicas y neuroquímicas propias, que cursa con un deterioro progresivo de las funciones cognitivas que conllevan a una dificultad progresiva para realizar actividades diarias con un alto impacto sobre el enfermo, los familiares o cuidadores y la sociedad.

La EA representa la causa más frecuente de demencia en el anciano. En Europa tiene una prevalencia en ancianos superior al 5 % y una incidencia de aproximadamente 11 casos por cada 1.000 personas-año, presentando una tendencia creciente con relación al aumento de la esperanza de vida, estimándose que en 2050 afectara a unos 130 millones de personas a nivel mundial.

Su elevada frecuencia y su importante impacto convierten a la EA en uno de los mayores retos sociosanitarios existentes en el momento actual que requiere de actuaciones en distintos niveles para su prevención, diagnóstico y tratamiento. Su abordaje debe basarse en una correcta planificación centrada en objetivos individualizados que incluyan la atención al paciente y sus cuidadores con tratamientos no farmacológicos apoyados en tratamientos farmacológicos.

Desde el punto de vista farmacológico, actualmente existen dos grupos de medicamentos específicos que tienen aprobada la indicación de EA, los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) (donepezilo, galantamina y rivastigmina) y los antagonistas no competitivos del receptor N-metil D-aspartato (memantina). Ambos grupos farmacológicos están siendo utilizados de forma creciente en los últimos años, encontrándose España entre los países donde su empleo es más elevado, pero sobre los que existen recomendaciones diametralmente distintas respecto a su empleo que van desde indicaciones específicas a desaconsejar su utilización, incluyendo la desfinanciación de los mismos en algún país de nuestro entorno, lo que está dando lugar a un amplio debate en los últimos meses sobre su adecuación.

Una forma de poder posicionarse en este debate es conocer cuánto tiene de adecuado dicha prescripción teniendo

en cuenta los distintos aspectos a valorar para considerar como racional una prescripción (eficacia, seguridad, coste y aceptabilidad).

Eficacia y seguridad deben valorarse como un todo. Partiendo de la base de que medir la eficacia de estos tratamientos es complejo dada la evolución no uniforme de los pacientes, las evidencias existentes hablan de resultados escasos; no han demostrado utilidad para prevenir el proceso, reducir la mortalidad, ni modificar la progresión del proceso; por el contrario, sí que parece que mejoran ligeramente el nivel cognitivo (pero casi siempre con mejoras menores al 10% en los test evaluadores, que algunos autores consideran como el nivel mínimo para considerarse cambios clínicamente relevantes) y apenas retrasan algún mes la institucionalización de los pacientes. Respecto a la seguridad de los mismos, se trata de medicamentos con potenciales efectos adversos graves (incluido un aumento de mortalidad global), que además son utilizados en un contexto de pacientes generalmente de edad avanzada, con patologías y tratamientos asociados y con criterios de fragilidad que les hacen más vulnerables a la aparición de efectos adversos, destacando en las distintas recomendaciones la necesidad de una reevaluación periódica.

La aceptación de los mismos por parte de los pacientes (en este caso de los familiares o cuidadores) es un aspecto difícil de valorar, porque entran en juego aspectos emocionales y se encuentran frente a elegir entre recibir o no un tratamiento farmacológico (la no oferta o la no aceptación de los mismos lleva en ocasiones a sentimientos de falta de cuidados, desatención y abandono); y todo ello unido a que no siempre disponen de la información completa y objetiva para poder tomar la decisión. Con referencia al coste habría que ponerlo en relación con los resultados, tratándose fármacos de elevado coste cuyos resultados son, como ya se ha comentado, escasos. Además, de forma paralela, hay que mencionar que existen medidas no farmacológicas que sí presentan resultados probados y que la atención sociosanitaria es fundamental para la atención tanto del paciente como de los cuidadores.

Contextualizado el debate, surge la pregunta: ¿Cuál es el papel del médico de familia? Actualmente en España la

indicación y el inicio de dichos tratamientos corresponde a neurólogos y geriatras, pero el médico de familia, como responsable final del control y seguimiento de los pacientes, puede y debe jugar un papel activo en el abordaje de estas personas.

- Establecer el diagnóstico, ya que ello limitará la realización de estudios innecesarios y la instauración de tratamientos para otras posibles etiologías, y permitirá realizar una aproximación a los cuidadores del paciente para ayudarles a comprender y aceptar la enfermedad.
- Implementar las actuaciones no farmacológicas sobre el paciente y sus cuidadores que han demostrado su eficacia. Las intervenciones orientadas hacia la estimulación cognitiva del paciente y la formación y apoyo a los cuidadores son las que han demostrado mejores resultados en cuanto a calidad de vida y retraso de la institucionalización. Las distintas recomendaciones existentes otorgan gran importancia a este tipo de estrategias.
- Informar, con la colaboración de otros profesionales, sobre los recursos sociales existentes y el acceso a los mismos.
- Dar información completa, veraz (con sus potenciales beneficios y riesgos) y adaptada a su realidad sobre los tratamientos farmacológicos específicos para la EA existentes (también es útil la información sobre los fármacos y su papel para el abordaje de los síntomas conductuales que pueda presentar) lo que facilitará su toma de decisiones si dichos tratamientos les son planteados.
- Si el paciente recibe medicación específica para la EA, establecer unos objetivos de la misma en términos de tiempo y resultados (conductuales, funcionales...) y un plan de seguimiento del paciente. Dichos

objetivos deberían ser pactados, y si no se obtienen o aparecen efectos adversos importantes, deberá plantearse la supresión de los mismos; si bien las distintas recomendaciones tienen criterios dispares sobre su indicación, sí parece existir coincidencia en la necesidad de reevaluaciones periódicas en caso de prescribirse.

En resumen, los fármacos existentes para tratar la EA, pese a su uso creciente, presentan serias dudas sobre su verdadera utilidad. El médico de familia no puede realizar la indicación de dichos medicamentos, pero sí informar a los pacientes y cuidadores de forma completa y veraz sobre los mismos, ayudar a fijar objetivos realistas sobre el cuidado de los pacientes y cuidadores, y poner en marcha medidas no farmacológicas que sí han constatado su eficacia.

BIBLIOGRAFIA

1. AGS Choosing Wisely Workgroup. American Geriatrics Society identifies five things that healthcare providers and patients should question. *J Am Geriatr Soc.* 2013; 61 (4): 622-31.
2. Atri A. Current and future treatments in Alzheimers disease. *Semin Neurol.* 2019; 39 (2): 227-40.
3. Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. 2018 [acceso 25 de julio de 2019]. Disponible en <https://www.has-sante.fr/>
4. National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers, NICE guideline [NG97]. 2018 [acceso 21 de julio de 2019]. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
5. Press D, Alexander M. Treatment of dementia. *UptoDate.* 2019 [acceso 22 de julio de 2019]. Disponible en: <http://uptodate.com>
6. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prima M. World Alzheimer Report 2015 The global impact of dementia an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. *Alzheimer's Disease International, London.* 2015.



Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).