

El contexto global de las enfermedades demenciales

La demencia, hoy en día, es una de las causas más frecuentes de discapacidad en la tercera edad que afecta no sólo al individuo, sino a sus familias y a la sociedad. Esta enfermedad sigue siendo considerada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como una de las prioridades dentro de los retos para los sistemas de salud y para la salud pública en todo el mundo.

En términos de discapacidad, traducida como limitación para sobrellevar una vida independiente, tiene mayor impacto (11.2%) en personas mayores de los 60 años¹ que la enfermedad vascular cerebral, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Se ha estimado en el seguimiento que realiza la OMS, tomando en cuenta los parámetros epidemiológicos vigentes, que en la actualidad es una enfermedad que afecta a cerca de 25 millones de personas en el mundo, con la aparición de 4.6 millones de casos nuevos cada año. Por ello, se estima que estas cifras serán el doble en 2040, considerando la transición epidemiológica, es decir, 81.1 millones para estas fechas de acuerdo con el análisis predictivo. La generación denominada *Baby Boomers* (aumento o explosión de la tasa de natalidad después de la Segunda Guerra Mundial) ha sido objeto de este análisis y estudios adicionales han considerado que la cifra podría triplicarse para 2050, en esta escala de predicción.²

Si bien no existe una distribución uniforme en todos los países, se estima que 61% de los casos corresponde a los países desarrollados, pero con una predicción de mayor incidencia en China, India y los países del este asiático y del Occidente.

Por ello es importante demarcar los ángulos más importantes para su abordaje en el presente y en función de las expectativas epidemiológicas del futuro:

- a. Por una parte es relevante precisar y resolver las dudas conceptuales del proceso demencial, en el sentido de no subestimar los cambios cognitivos que tienen un comportamiento evolutivo y degenerativo, como “simples olvidos de la edad”. Es necesario precisar la diferencia entre los “cambios cognitivos de la tercera edad” asociados estrictamente a los cambios seniles, con la demencia como tal, que implica ya una condición patológica.

El diagnóstico oportuno y la información correcta a la familia facilitarán que se tomen las decisiones apropiadas para procurar su control sintomático, la rehabilitación y el manejo de las condiciones familiares y sociales. Finalmente, la pretensión de los sistemas sanitarios debe encaminarse a la preservación en lo posible de la calidad funcional, de la independencia del paciente, y de la calidad de vida (incluidos cuidadores y la familia).

- b. Si bien el síndrome demencial no es sinónimo de Alzheimer (ya que existen otros tipos de demencias, algunas de ellas reversibles como el caso de la hidrocefalia de presión normal), al excluirse otro tipo de condiciones patológicas, la enfermedad de Alzheimer ocupa el primer sitio de las demencias degenerativas, con una serie de implicaciones neuropatológicas específicas descritas originalmente por Alois Alzheimer.

Este hecho liga esta enfermedad a factores de riesgo específicos:

- La edad (se duplica cada cinco años después de los 65).
- Mutaciones genéticas para beta amiloide, presenilina 1 y presenilina 2.
- Predisposición genética (APO E).
- Condiciones ambientales y estilos de vida. Depresión.
- Educación, traumatismos, enfermedad vascular (demencia vascular).
- Hipertensión arterial, hipercolesterolemia, tabaquismo.

A partir del diagnóstico la persona puede atravesar por un periodo de cinco a siete años entre diferentes etapas. Una etapa de inicio, o temprana, donde se manifiestan los cambios de la memoria y de conducta de forma incipiente. Una etapa intermedia en la cual se hacen más evidentes sus alteraciones cognitivas, conductuales y de motricidad, y una etapa tardía de total dependencia y postración.

La familia, la sociedad y los sistemas sanitarios se ven afectados de tal forma que no es posible sustentar un futuro si antes no se toman decisiones oportunas. Y hoy en día no todos los pacientes tienen acceso a un manejo profesional integral.

El tratamiento para intentar controlar y proteger del impacto neurodegenerativo, parte de algunas propuestas como el tratamiento sintomático, la rehabilitación y las medidas de sostén básicas.

Las instituciones formadoras de recursos humanos en salud tienen una responsabilidad directa en el sentido de consolidar estrategias formativas, de conocimiento y de acciones específicas para sustentar políticas públicas en este rubro. Es necesario desarrollar una conformación curricular y educativa acorde con las predicciones de la transición epidemiológica que permita que los futuros profesionales se encuentren capacitados para el

diagnóstico, manejo y rehabilitación de estos pacientes. Algunos retos puntuales son:

- Reorientar las estrategias hacia la prevención, mediante la educación para la salud, incentivar estilos de vida saludables y lograr aportar información de valor agregado para la sociedad. Esto es particularmente relevante para aquellos casos de enfermedades para las que no contamos con una estrategia curativa contundente.
- Favorecer la educación de la sociedad para que a través de la legislación, las redes sociales y familiares, además de una infraestructura sanitaria específica, se logre un mayor nivel en la calidad de atención a las personas con enfermedades demenciales.³

Propuestas de DSM-5

Actualmente se han replanteado en consensos internacionales las posiciones para evaluar y diagnosticar toda una serie de condiciones que afectan las funciones cognitivas. Este resultado analítico se transfiere a las conclusiones de los criterios diagnósticos del DSM-5, avalado por la Asociación Psiquiátrica Americana.

En su última versión⁴ se considera un bloque particular que se denomina “trastornos neurocognitivos”, el cual postula un abordaje diagnóstico de acuerdo con los dominios cognitivos potencialmente afectados. Esto se describe de una forma práctica tomando en cuenta la sintomatología, las observaciones y ejemplos puntuales sobre la forma de evaluarlo clínicamente.

Se identifican como dominios cognitivos por analizar los siguientes:

- Atención compleja.
- Función ejecutiva.
- Aprendizaje y memoria.
- Lenguaje.

- Habilidades perceptuales y motricidad.
- Cognición social (reconocimiento de emociones, teorías de la mente).

En todos los casos se consideran los criterios básicos sin importar que se trate de un trastorno mayor o de uno ligero. Sin embargo, también se propone puntualmente la descripción del trastorno neurocognitivo mayor y el leve con criterios específicos para cada uno de ellos, con un anexo que contempla los casos con y sin trastornos de conducta, así como un desglose más específico de los grados de afectación del impacto en la vida diaria de los tipos severo, moderado y leve. Así, por ejemplo, resulta interesante que para el caso del trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer, al considerar un impacto leve, proponga las modalidades probable y posible. En el primer caso, es decir si se considera *probable*, se diagnostica si existe evidencia genética de mutación causante de la enfermedad, mediante una prueba específica o, bien, de historial familiar positivo. En tanto que en el segundo caso —Alzheimer posible—, se diagnostica sin el marcaje genético identificado en el individuo o la familia, pero con muestras de al menos las siguientes evidencias:

- Deterioro cognitivo (memoria y aprendizaje) evidente.
- Progresión gradual del deterioro (sin estabilización en el tiempo).
- Ausencia de patología neurológica concomitante (mixta) que explique el deterioro cognitivo.

Estas consideraciones se amplían para cada una de las condiciones neurológicas que representan deterioro cognitivo, como son los casos de la enfermedad vascular cerebral, VIH, trastorno de deterioro fronto-temporal, trastorno asociado a los cuerpos de Lewy, secundario a trauma, secundario a tóxicos y/o medicamentos, enfermedad por priones, enfermedad de Parkinson,

enfermedad de Huntington, secundario a comorbilidad médica, y/o de origen múltiple.⁵

Las recomendaciones vigentes de acuerdo con la OMS son: proporcionar tratamiento primario, accesibilidad a los tratamientos establecidos, manejo y cuidados de apoyo institucional para pacientes con demencia, educación e información a la sociedad, fortalecer las redes de apoyo familiar y social, involucrar a los cuidadores y capacitar a personal *ex profeso*. Asimismo, establecer nuevos programas y acuerdos legislativos que generen marcos legales para asegurar la atención a estos grupos de personas (vulnerables), formar recursos humanos calificados, establecer enlaces con otros sectores para enriquecer las propuestas, monitoreo y vigilancia epidemiológica, apoyos para desarrollar una mayor investigación biomédica que genere un impacto en el conocimiento de la enfermedad y proporcione nuevas opciones de manejo integral.⁶

Notas

¹ Vida media.

Tiempo	Vida media
Siglo V, A. de C.	18 años
Año 0 (Roma)	22 años
Medioevo (Inglaterra)	33 años
EUA (1946)	67 años
Suecia (1965)	73 años

Fuente: N. Acarín. *El cerebro del Rey*. RBA. Libros Barcelona, 2012.

- ² Expectativa de muertes atribuibles a trastornos neurológicos como porcentaje predictivo total.

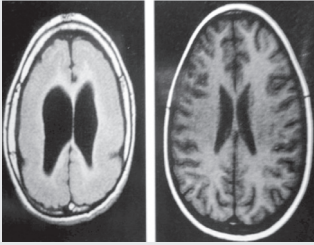
Enfermedad	2005 (%)	2015 (%)	2030 (%)
Epilepsia	0.22	0.21	0.19
Meningitis	0.26	0.17	0.10
Esclerosis múltiple	0.03	0.03	0.02
Parkinson	0.18	0.20	0.23
Alzheimer y otras demencias	0.73	0.81	0.92

Fuente: *Neurological Disorders*. Public Health Challenges. WHO, 2012.

- ³ La memoria en los niños madura gradualmente, en la medida de diversos factores. Uno de ellos es el crecimiento de las redes de la corteza cerebral, el crecimiento del hipocampo y la mielinización. En los primeros dos años el volumen del hipocampo se duplica y sigue creciendo; además algunos estudios han señalado que un ambiente cálido, afectivo y seguro e incluso la lactancia materna favorecen su crecimiento. Por el contrario, el estrés materno, el maltrato y la desvinculación afectiva alteran su desarrollo. La corteza prefrontal, específicamente la región dorso-lateral tarda más en madurar, lo que explica la capacidad para manipular información en los niños. También se le relaciona con la falta de circuitos inhibitorios propios de la conducta del adolescente.

Con el envejecimiento se pierden gradualmente algunas capacidades cognitivas, entre ellas la memoria. Los mayores procesan más lentamente la información y exhiben más dificultad para aprender y recordar eventos recientes. La memoria de trabajo resulta particularmente afectada y presenta un curso evolutivo. Estudios recientes han identificado en un seguimiento de imágenes y habilidades que por ejemplo la capacidad de localización visual de objetos y colores mejora gradualmente en el niño, logrando su mejor momento a los 20 años y luego empieza a decaer. Un individuo de 55 años puede tener una memoria de trabajo más limitada que un niño de nueve años (I. Morgado. *Aprender, recordar y olvidar*. Ariel, Barcelona 2014).

- ⁴ El documento *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª edición (DSM-5), es la actualización al año 2013 para la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).



⁵ Figura 1. Izquierda cerebro fetal con superficie lisa. Derecha: cerebro maduro con superficie rugosa (los surcos de la corteza cerebral permiten resguardar mayor volumen y número de neuronas).

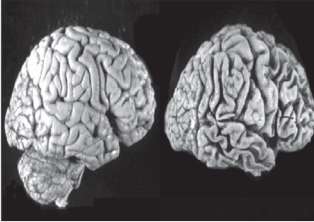


Figura 2. Izquierda cerebro y los surcos de la corteza cerebral en un cerebro evolutivamente normal. Derecha: marcada atrofia (disminución del volumen) de la corteza cerebral propia de la enfermedad de Alzheimer (Garret B. *Brain & Behavior*. Sague, Los Ángeles. 2009).

- ⁶ Si bien la enfermedad cerebrovascular en los adultos mayores sigue ocupando el primer lugar con 55% de la escala de discapacidad ajustada a la vida diaria, le siguen los cuadros neurodegenerativos, como las demencias, con 12% en un porcentaje que aumenta progresivamente conforme nuestra población envejece (World Health Organization. *Global Burden of Neurological Disorders*. 2006, Update 2012).