

Enfermedad de Alzheimer Diagn3stico precoz presentaci3n

El Alzheimer es una enfermedad devastadora cuya manifestaci3n 3ltima es la demencia. Cuando aparecen los primeros s3ntomas, el proceso degenerativo lleva entre 10 y 15 a3os afectando al cerebro y sus efectos son ya imparables. Por ello, los profesionales sanitarios abogan cada vez m3s por un diagn3stico precoz. Aunque hay quien cuestiona la inversi3n econ3mica y humana de ese diagn3stico, mientras no exista un tratamiento curativo o que mejore significativamente la evoluci3n de la enfermedad.

debate

Antoni Vila Casas, presidente de la Fundaci3n Vila Casas, inici3 el encuentro haciendo una reflexi3n sobre la trayectoria de la enfermedad del Alzheimer y planteando si lo que antes se llamaba demencia senil ser3a lo que hoy se conoce como Alzheimer. Tambi3n quiso destacar que el Alzheimer es una enfermedad particular por el hecho de que el proceso degenerativo comienza m3s de 10 a3os antes de que aparezcan los s3ntomas. Por eso, dijo, tiene especial relevancia hablar de diagn3stico precoz para esta enfermedad.

Merc3 Boada, especialista en neurolog3a, cofundadora y directora m3dica de la Fundaci3n ACE, ofreci3 una primera perspectiva sobre la evoluci3n que ha experimentado la enfermedad de Alzheimer en las 3ltimas d3cadas. En concreto, se centr3 en tres aspectos: *los criterios diagn3sticos*, *los cambios sociales* y la necesidad del *diagn3stico precoz*. Cuando en el a3o 1984 se determinaron los criterios diagn3sticos de la enfermedad, en realidad se reduc3an a uno solo: la demencia. La Dra. Boada explic3 que ahora se incluyen otros par3metros que permiten detectar la enfermedad antes de que se llegue

a esa fase final que es la demencia, en la que hay p3rdida de la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, desde las m3s f3ciles a las m3s complejas. Los criterios que actualmente alertan a los m3dicos sobre un posible Alzheimer temprano son la p3rdida del lenguaje, la p3rdida de las funciones ejecutivas o la reducci3n de la capacidad visoespacial. «Hay que hacerle caso a la memoria», remarc3, ya que en ella pueden estar los primeros indicios de la enfermedad.

El cambio de perspectiva hizo que los m3dicos se plantearan el Alzheimer como una enfermedad histopatol3gica y biol3gica y que dirigieran sus esfuerzos a determinar unos par3metros biol3gicos. Una neuroimagen funcional del consumo de glucosa (las neuronas da3adas consumen menos glucosa que las sanas) o la visualizaci3n de agregados β -amiloide (que est3n directamente asociados con la enfermedad) en el cerebro de los pacientes son algunos de los par3metros que mencion3 la Dra. Boada, que permiten diagnosticar la enfermedad. «Tres cambios sociales han transformado significativamente el paradigma de la enfermedad de Alzheimer. El primero es que hay gente joven de 90 a3os, el segundo es que tenemos mucha m3s informaci3n respecto a la enfermedad y el tercero es que hay un cambio en las estructuras de las familias que hacen que los pacientes busquen soporte en la sociedad», concluy3 la Dra. Boada. En el 3mbito de la comunidad m3dica, la mentalidad ha cambiado y ahora, por una parte, se tiende a priorizar la predicc3n y la prevenci3n (frente a la cura de la enfermedad) y, por otra, la investigaci3n es indispensable para ofrecer tratamientos nuevos. «El resultado de estos cambios es que ahora en la mesa ya no est3n m3dico y paciente uno frente al otro sino uno al lado del otro», concluy3 la Dra. Boada.

El segundo ponente, Rafael Blesa, director del Servicio de Neurolog3a del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, retom3 la pregunta de Antoni Vila Casas y le confirm3 que s3, que la demencia senil y el Alzheimer son la misma enfermedad desde que, en 1906, el Dr. Alzheimer observ3 las lesiones propias de la demencia senil en una paciente de 56 a3os: durante 70 a3os, se le llam3 Alzheimer a la demencia presenil y demencia senil a la que ocurr3a en la edad avanzada. En los a3os setenta, unos investigadores

Con la colaboraci3n:

ingleses observaron que las lesiones cerebrales en casos de Alzheimer y las lesiones causantes de la demencia senil eran idénticas y desde entonces se considera que son una única enfermedad.

Otro aspecto de la enfermedad que el Dr. Blesa sacó a relucir fue la terminología que se utiliza para hablar de enfermedades como el Alzheimer, el Parkinson, la esclerosis lateral amiotrófica, etc. Estas enfermedades tienen en común que son neurodegenerativas pero, siendo cierto, ese es un diagnóstico que hace el patólogo cuando analiza el cerebro de un paciente que ya ha fallecido a causa de la enfermedad. Por eso, el Dr. Blesa prefiere hablar de enfermedades debidas a depósitos de proteínas, es decir, de *proteinopatías*, porque eso implica que es un proceso que está ocurriendo y en el que se puede tratar de interferir.

Respecto al diagnóstico de la enfermedad del Alzheimer, Rafael Blesa hizo hincapié en que hasta hace pocos años, el diagnóstico de la enfermedad corría a cargo de la familia del paciente, que detectaba que este había dejado de hacer cosas que antes hacía. Ahora, sin embargo, los pacientes acuden a la consulta con pequeños problemas de memoria, o incluso sin ningún síntoma y quieren saber si ya se les podría diagnosticar. «Esta es la gran pregunta hoy en día y la causa de por qué nos hemos reunido aquí.»

«En 2011 tenemos tres etapas en las que diagnosticamos el Alzheimer: el diagnóstico antes que el paciente sufra una auténtica demencia (pero cuando ya tiene deterioro cognitivo), el diagnóstico del Alzheimer prodrómico (a partir de los primeros síntomas y confirmado con marcadores biológicos) y el diagnóstico del Alzheimer preclínico (sin síntomas, pero con presencia de marcadores biológicos)», explica el Dr. Blesa. «Esto implica también tres tipos de tratamiento: sintomático cuando ya está desarrollada la enfermedad, prevención secundaria cuando se presentan los primeros síntomas para intentar que la enfermedad no se agrave y prevención primaria para aquellos que no tienen síntomas pero cuyos marcadores biológicos indican que empiezan a desarrollar la enfermedad.» Pero lo realmente novedoso, desde el punto de vista del Dr. Blesa, es la prevención auténticamente primaria, es decir, la prevención en personas que ni presentan síntomas, ni marcadores biológicos, ni se sabe si alguna vez desarrollarán o no la enfermedad. Y para ello, la dieta mediterránea, el ejercicio y un estilo de vida saludable son las mejores medicinas.

En el aspecto de los tratamientos existentes, el Dr. Blesa manifestó no ser muy optimista, ya que hay pocos fármacos en fases avanzadas de experimentación y, aunque alguno de ellos resulte todo lo útil que se espera, solo cerca del 1 % de los pacientes se beneficiaría de ellos. Ante esta perspectiva, sería lógico pensar que un paciente se plantease la siguiente pregunta: «¿Para qué quiero saber si tengo la enfermedad antes de la demencia, o incluso sin ningún tipo de demencia, si no hay ningún tratamiento?».

En el turno de preguntas, Marta Ciércoles, del diario *Avui*, cuestionó la necesidad del diagnóstico precoz, considerando que no existe, ni existirá cura a medio plazo, y subrayó que lo más temible de esta enfermedad es la pérdida de identidad. «Creo que es muy importante considerar cuál es el futuro de esos pacientes, teniendo en cuenta que el tratamiento no está cerca y que de momento el cuidado de estas personas recae sobre la familia.» La periodista Àngels Gallardo, considerando que los avances en los tratamientos no son hoy en día muy esperanzadores, centró su intervención en el aspecto de la prevención. Se preguntó por los beneficios de algunos hábitos como hacer ejercicio, hacer *sudokus*, mantener una dieta adecuada, etc. y opinó que «habría que enfatizar más en dar el protagonismo a las personas, es decir, ¿qué podemos hacer cada uno de nosotros para evitar llegar a la pérdida cognitiva, degenerativa y al Alzheimer?». La periodista de *El País*, Milagros Pérez Oliva, reconoció la importante labor de investigación que se está haciendo para conocer más sobre el Alzheimer y señaló que los avances permiten etiquetar y catalogar la enfermedad, pero que de momento no permiten curarla. Como Marta Ciércoles, cuestionó la idoneidad del diagnóstico argumentando que

Hay que hacerle caso a la memoria

«tenemos que poner en la balanza el coste de ese diagnóstico en términos de los daños psicológicos de la desesperación, la pena y la

depresión que puede comportar un diagnóstico al que en contrapartida no le damos ninguna esperanza de posible mejora». Pérez Oliva también se mostró escéptica con las indicaciones de prevención primaria que se dan (ejercicio, dieta sana, etc.): «no sé qué base científica hay detrás de esto, pero me da la impresión de que es un recurso al que recurrir cuando no se sabe muy bien qué decir». Para Ana Macpherson, de *La Vanguardia*, lo más importante, teniendo en cuenta que pronto el 25-30 % de las personas van a padecer Alzheimer, es normalizar socialmente la enfermedad.

Buscar una fórmula para que la enfermedad se viva «como algo aceptable, en lugar de algo vergonzoso; como algo manejable, en lugar de ser una losa para la familia».

Jordi Camí, director general del Parque de Investigación Biomédica de Barcelona y director de la Fundación Pasqual Maragall, quiso hacer hincapié en los aspectos bioéticos del diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer. Afirmó

La dieta mediterránea, el ejercicio y un estilo de vida saludable son las mejores medicinas para una prevención primaria

que la mayoría de las personas prefieren saber en las etapas iniciales si tendrán o no la enfermedad y que él lo comparte porque «la persona diagnosticada tiene en ese momento la capacidad y el derecho de tomar muchas decisiones respecto a cómo quiere ser tratado, así como a qué hacer con sus bienes y muchos otros temas». El Dr. Camí aclaró que los medicamentos existentes en la actualidad no son ni mucho menos inútiles e indicó que esto hay que tenerlo en cuenta. Asimismo recordó que es difícil que una compañía privada esté dispuesta a invertir en un tema tan incierto, a no ser que reciba algún tipo de incentivos.

La presidenta de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, Victoria Camps, comentó que los pacientes que acuden a una consulta a pedir un diagnóstico precoz lo hacen de forma voluntaria, de modo que ella no ve problema en ese aspecto. Lo que sí cree que hay que considerar, y que es un tema del que la bioética se olvida a menudo, es el aspecto económico; «si la investigación va a ser fundamentalmente pública —ya que la incertidumbre desanima a la privada—, el tema de la equidad y de las prioridades es fundamental».

Jordi Rius, del Centro Médico Teknon, subrayó que el Alzheimer, siendo una enfermedad neurológica, tiene relación con otras patologías, por ejemplo, cardíacas. Y que estas otras patologías podrían ser consideradas en un futuro en el proceso de prevención.

Para finalizar, Jacint Corbella, de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, señaló que si la investigación farmacológica está parada o no va demasiado bien quizá se deba volver a la investigación básica, a un conocimiento

mayor de estas proteínas y que, gracias a ello, avance la búsqueda de fármacos.

Conclusiones

En 1906, Alois Alzheimer identificó por primera vez los síntomas de la que él definió como «una enfermedad específica de la corteza cerebral» y que posteriormente sería denominada **enfermedad de Alzheimer**, caracterizada fundamentalmente por una pérdida de autogobierno. El hecho de que personajes conocidos hayan hecho público el padecimiento de la misma la ha convertido en una de las enfermedades más estudiadas e inquietantes para la sociedad actual.

Desde entonces se ha detectado una alta prevalencia de esta enfermedad neurodegenerativa de aparición temprana que representa más del 70 % del total de las demencias. Aparece un deterioro de las funciones ejecutivas que la gente atribuye a una pérdida de memoria y que acaba convirtiéndose en una enorme discapacidad con dependencia total de los demás. No conocemos bien la etiología ni disponemos de un tratamiento curativo. Sí sabemos que se producen depósitos de sustancia amiloide y TAU en el cerebro, proteínas anormales que lesionan y alteran las funciones centrales. Por ello algunos consideran que a esta enfermedad degenerativa deberíamos denominarla *proteinopatía*. También conocemos su evolución natural y, gracias a la intensa investigación, se han podido establecer nuevos criterios diagnósticos que, junto con pruebas bioquímicas y de imagen, están permitiendo realizar un **diagnóstico preclínico** de la misma (sin clínica pero con alguna prueba diagnóstica positiva).

Para realizar un diagnóstico precoz hay que llevar a cabo un estudio clínico ante los primeros síntomas, cuando el deterioro de las funciones ejecutivas todavía no es importante. En realidad quienes primero detectan la enfermedad son los familiares del paciente que perciben cambios de conducta. Actualmente también disponemos de un conjunto de marcadores precoces de la enfermedad, tests neurofisiológicos, estudios radiológicos tipo RMN, PET con marcador amiloide (en el hipocampo), estudios de LCR (detección de β -amiloide y proteínas TAU) y estudios genéticos (con determinación de genes cuya alteración se vincula a la enfermedad) que permiten el diagnóstico del **Alzheimer prodrómico**.

En esta sociedad que vive rápido y sometida a múltiples factores estresantes, las consultas médicas por pérdida de memoria son muy frecuentes. Los ciudadanos tienen acceso a mucha información a través de los medios de comunicación y consultan al médico por alteraciones leves de la memoria. Por ello, los servicios de atención primaria tienen un papel fundamental en la detección, estudio y orientación diagnóstica de los deterioros cognitivos leves (el 50 % de los cuales desarrollarán Alzheimer).

No disponemos de un tratamiento realmente eficaz en este momento. Los fármacos no frenan la enfermedad. Se están realizando varios estudios con nuevos medicamentos que pueden ayudar a retrasar su evolución pero que probablemente solo sean efectivos en un porcentaje muy bajo de la población afecta. Por este motivo y por ahora, el futuro está en la **prevención primaria**, en corregir los factores de riesgo cardiovascular, seguir una dieta mediterránea, sin fumar, mantener un peso adecuado, evitar el sedentarismo, realizar ejercicio, controlar la hipertensión, la diabetes, la dislipemia, beber dos copas de vino al día y dos cafés y, por supuesto, llevando una activa vida social que estimule nuestra actividad mental.

El Proyecto Quiral es fruto de la colaboración entre la Fundación Vila Casas y el Observatorio de la Comunicación Científica, de la Universidad Pompeu Fabra.

Ponentes: Rafael Blesa (jefe del Servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona) y Mercè Boada (directora médica de la Fundació ACE, Barcelona)

Periodistas: Marta Ciercoles (*Avui*), Àngels Gallardo (periodista), Ana Macpherson (*La Vanguardia*) y Milagros Pérez Oliva (*El País*)

Fundación Vila Casas: Antoni Vila Casas, Montserrat Viladomiu, Miquel Vilardell y M. José Alcoriza

Observatorio de la Comunicación Científica: Vladimir de Semir, Gema Revuelta y Nahia Barberia

Han participado en el debate: Jordi Camí Morell (Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona y Fundació Pasqual Maragall), Victòria Camps Cervera (profesora de Filosofía moral), Jacint Corbella i Corbella (Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya), Ana Jiménez (OCC), Mònica López Ferrado (diario *Ara*), Josep Maldonado (senador), Jordi Rius (Centro Médico Teknon), Oriol Valls (Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya)

Coordinación: M. José Alcoriza

Opinión Quiral. Con la voluntad de profundizar en las conclusiones fruto del encuentro Quiral Salud, la Fundación Vila Casas organiza tres veces al año y con tres temas distintos un debate abierto en el que representantes del mundo sanitario, periodistas y público en

general intercambian opiniones y extraen conclusiones. Con ello, la Fundación Vila Casas pretende contribuir a la formación de buenos criterios sanitarios que redunden en beneficio de la sociedad. Con estas conclusiones la Fundación Vila Casas edita la **Opinion Quiral**.



FUNDACIÓ
VILA CASAS

Oficines

Carrer Ausiàs Marc, 20, pral.
08010 Barcelona
Tel. 93 481 79 80
fundacio@fundaciovilacasas.com
www.fundaciovilacasas.com

Espai Volart / Volart 2

Carrer Ausiàs Marc, 22
08010 Barcelona
Tel. 93 481 79 85
espaivolart@fundaciovilacasas.com

Can Framis

Carrer Roc Boronat, 116-126
08018 Barcelona
Tel. 93 320 87 36
canframis@fundaciovilacasas.com

Can Mario

Plaça Can Mario, 7
17200 Palafrugell (Girona)
Tel. 972 306 246
canmario@fundaciovilacasas.com

Palau Solterra

Carrer de l'Església, 10
17257 Torroella de Montgrí (Girona)
Tel. 972 761 976
palausolterra@fundaciovilacasas.com

Próximo coloquio abierto **Opinión Quiral:**

Tema: Tratamiento multidisciplinario del Alzheimer

Fecha: 21 de febrero de 2012

Más información: www.fundaciovilacasas.com

Hora: 10h a 12h

Lugar: Ausiàs Marc, 22 Pl. baja

Aforo limitado

Tel. 93 481 79 80

Año 2011 Número 32.1

Publica: Fundació Vila Casas
Observatori de la Comunicació Científica (OCC, UPF)

© Fundació Vila Casas, 2011

Edición: Rubes Editorial
Diseño gráfico: www.anaclapes.com

ISSN: 2013-486X
Depósito legal: B-7834-2009