

Prevenir la demencia: un reto para la salud pública en Colombia

Prevent dementia: A public health challenge in Colombia

Elkin García-Cifuentes (1,2), Alberto Jaramillo-Jimenez (2,3), David Aguillon (2,3), Manuela Gómez-Vega (2,3), Juan Esteban Velez-Hernandez (2,3), Carlos Cano Gutiérrez (1,4), Francisco Lopera (2)

Al editor:

En la presente carta se pretende sensibilizar al lector sobre la magnitud e importancia de ver a la demencia como prioridad en salud pública en Colombia. Se plantea la necesidad de intervenciones efectivas, en especial, en prevención secundaria como punto decisivo en la modificación de la historia natural de la enfermedad. Se exponen los datos del contexto epidemiológico nacional más reciente, brindando al lector un panorama sobre la importancia del problema en el país y la urgencia de direccionar las intervenciones de acuerdo con las necesidades propias de nuestra población. Luego de analizar las diez primeras causas de muerte en el mundo, se encuentra que la demencia es la única que carece de tratamientos curativos o modificadores (1). Su prevalencia mundial es de 35,6 millones de personas afectadas y se estima que para el año 2050 aumentará a 150 millones de casos (2,3). Metaanálisis de estudios multicéntricos en Latinoamérica, China e India han estimado que el riesgo instantáneo de muerte en un paciente con demencia es 2,8 veces el de un paciente sin demencia (HR = 2,80, IC 95 % = 2,48-3,15) (4,5). En consecuencia, se ha puesto en marcha una activa respuesta para afrontar esta enfermedad, empleando programas dirigidos a la reducción de factores de riesgo cardiovascular y promoción de la actividad física, en aras de reducir la incidencia de demencia. Para interpretar el panorama nacional y contrastarlo con las cifras antes presentadas, se requiere una mirada detenida en varios de sus determinantes.

El estudio colombiano Epineuro halló una prevalencia nacional de demencia de 13,1/1000 habitantes (IC95 % = 8,5-19,3) (6). Posteriormente, los esfuerzos en la investigación y cálculo de estadísticas nacionales sobre demencia

resurgieron con el análisis de la encuesta SABE Colombia (realizada a 23.694 personas mayores de 60 años) finalizado en el 2015. Este último reporta en datos preliminares, una prevalencia global de 17,6% para deterioro cognitivo leve (DCL) y de 9,4% para demencia (7). Además de comprender la perspectiva estadística, entender la etiología del síndrome demencial permite dirigir las estrategias que es preciso implementar: en la demencia tipo Alzheimer, las formas de agregación familiar (autosómico-dominante) constituyen la minoría de los casos. Variantes causales o patogénicas como las de los genes APP, PSEN1 y PSEN2 se deben tener en cuenta para el cribado direccionado y la detección temprana en sujetos con historia familiar y patrón de herencia autosómico dominante. En Colombia y Antioquia la geografía y factores idiosincráticos culturales convierten al país en un aislado genético, lo que ha permitido describir múltiples familias con riesgo genético para la variante en PSEN1-E280A (Yarumal, Antioquia) y variante PSEN1-I416T (Girardota, Antioquia), en el primer caso con cerca de 6.000 miembros y en el segundo con 93, ambas formas con un patrón autosómico-dominante (8,9). La demencia de aparición esporádica representa la mayoría de los casos y constituye una prioridad en políticas de salud pública. Los principales factores de riesgo cardiovasculares identificados (causantes de disfunción endotelial) son: tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, enfermedad aterosclerótica, estados proinflamatorios crónicos y escasa actividad física (10-12). Asimismo, contribuyen otras entidades que afectan el sistema nervioso central como infecciones, consumo de psicoactivos, trauma craneoencefálico crónico, baja reserva cognitiva, entre otras (13,14).

1. Semillero de Neurociencias y Envejecimiento, Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
2. Grupo Neurociencias de Antioquia, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.
3. Grupo Neuropsicología y Conducta, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.
4. Centro de Memoria y Cognición, Intellectus. Unidad de Geriátria, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá. Colombia

Recibido 12/9/19. Aceptado: 8/10/19.

Correspondencia: Elkin García-Cifuentes, elkingarciaci@gmail.com

Además, se han reportado factores protectores dentro de los cuales la actividad física es el más relevante (15). En concordancia con este modelo, con la cohorte de Framingham, se demostró que el control de factores de riesgo cardiovascular (a excepción de obesidad y diabetes) disminuyó la incidencia de demencia de 3,6 casos por cada 100 personas en 1970 a 2 por cada 100 personas para el 2010. Estos resultados se han replicado gracias al valioso papel de intervenciones dirigidas a la prevención y reducción del riesgo cardiovascular (12).

En Colombia, los enfoques y esfuerzos en salud pública se han concentrado en prevención primaria y terciaria (16); sin embargo, las acciones encaminadas a la prevención secundaria son un punto clave en el DCL pues representan un momento crucial para un oportuno diagnóstico y tratamiento (15-17). Una vez debutan los síntomas cognitivos, la intervención en estadios tempranos debe enfocarse en mantener la funcionalidad del paciente y disminuir la

progresión de la enfermedad. Se ha planteado que tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas tienen mayor impacto durante las fases tempranas o preclínicas. Para conseguir este impacto se requieren políticas en salud pública que alcancen zonas rurales y urbanas y que orienten el diseño de herramientas diagnósticas para detección temprana. Estas deben ser fácilmente asequibles y llevar a intervenciones poblacionales que mejoren la calidad de vida del paciente y su familia, más allá de las medidas paliativas actuales (18,19).

Finalmente, como limitaciones para alcanzar este enfoque preventivo se reconocen: el desconocimiento de la etiología multifactorial, la difícil tamización y la falta de recursos en investigación, la ausencia de tratamientos modificadores que aumentan los gastos primarios al sistema de salud y las implicaciones en calidad de vida de los pacientes y sus familias (20,21).

REFERENCIAS

1. WHO. The top 10 causes of death. WHO [Internet]. 2017 [citado 2017 abr. 1]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
2. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's Dement.* 2013;9(1):63-75. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23305823>
3. Martin Prince A, Wimo A, Guerchet M, Gemma-Claire Ali M, Wu Y-T, Prina M, et al. World Alzheimer Report 2015 The global impact of dementia an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. 2015 [citado 2017 dic. 20]; Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
4. Prince M, Ali G-C, Guerchet M, Prina AM, Albanese E, Wu Y-T. Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimers Res Ther.* 2016;8(1):23.
5. Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Rodriguez JLL, et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *Lancet.* 2012;380(9836):50-8.
6. Pradilla AG, Vesga BE, León-Sarmiento FEF, Pradilla A, Vesga G, Boris E, et al. Estudio neuroepidemiológico nacional (Epineuro) colombiano. *Rev Panam Salud Pública.* 2003;14(2):104-11. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000700005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento SABE Colombia 2015. Resumen ejecutivo [Internet]. 2015 [citado 2017 dic. 20];1-11. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ResumenEjecutivo-Encuesta-SABE.pdf>
8. Lopera F, Ardilla A, Martínez A, Madrigal L, Arango-Viana JC, Lemere CA, et al. Clinical features of early-onset Alzheimer disease in a large kindred with an E280A presenilin-1 mutation. *JAMA.* 1997;277(10):793-9.
9. Ramírez Aguilar L, Acosta-Urbe J, Giraldo MM, Moreno S, Baena A, Alzate D, et al. Genetic origin of a large family with a novel PSEN1 mutation (Ile416Thr). *Alzheimer's Dement.* 2019;15(5):709-19.
10. MacKnight C, Rockwood K, Awalt E, McDowell I. Diabetes mellitus and the risk of dementia, Alzheimer's disease and vascular cognitive impairment in the Canadian Study of Health and Aging. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2002;14(2):77-83. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/FullText/64928>
11. Mattson MP. Late-onset dementia: a mosaic of prototypical pathologies modifiable by diet and lifestyle. *NPJ Aging Mech Dis.* 2015;1(1):15003. Disponible en: <http://www.nature.com/articles/npjamd20153>
12. Satizábal CL, Beiser AS, Chouraki V, Chêne G, Dufouil C, Seshadri S. Incidence of dementia over three decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med.* 2016;374(6):523-32. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1504327>
13. Bennett DA, Wilson RS, Schneider JA, Evans DA, Beckett LA, Aggarwal NT, et al. Natural history of mild cognitive impairment in older persons. *Neurology.* 2002;59(2):198-205. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12136057>
14. Clare L, Wu Y-T, Teale JC, MacLeod C, Matthews F, Brayne C, et al. Potentially modifiable lifestyle factors, cognitive reserve, and cognitive function in later life: A cross-sectional study. *PLOS Med.* 2017;14(3):e1002259. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28323829>
15. Sattler C, Erickson KI, Toro P, Schröder J. Physical fitness as a protective factor for cognitive impairment in a prospec-

- tive population-based study in Germany. *J Alzheimers Dis.* 2011;26(4):709-18. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21694450>
16. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental Bogotá. Boletín de Salud Mental Demencia. 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
17. Sabia S, Dugravot A, Dartigues JF, Abell J, Elbaz A, Kivimäki M, et al. Physical activity, cognitive decline, and risk of dementia: 28 year follow-up of Whitehall II cohort study. *BMJ.* 2017;357;j2709.
18. Kivipelto M, Mangialasche F, Ngandu T. Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol.* 2018;14(11):653-66. doi: 10.1038/s41582-018-0070-3.
19. Prince M, Comas-Herrera A, Knapp M, Guerchet M, Karagiannidou M. World Alzheimer Report 2016 Improving health-care for people living with dementia coverage, Quality and costs now and in the future. *Alzheimer's Disease International.* 2016. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2016>
20. Rojas G, Bartoloni L, Dillon C, Serrano CM, Iturry M, Allegri RF. Clinical and economic characteristics associated with direct costs of Alzheimer's, frontotemporal and vascular dementia in Argentina. *Int Psychogeriatr.* 2011;23(4):554-61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21044400>
21. Kelaiditi E, Cesari M, Canevelli M, Abellan van Kan G, Ousset P-J, Gillette-Guyonnet S, et al. Cognitive frailty: Rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) international consensus group. *J Nutr Health Aging.* 2013;17(9):726-34. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s12603-013-0367-2>