

Entrevista con el Dr. Ciro Gaona Yáñez

A los 65 años, de cada 100 personas 3 a 10 pueden tener demencia

Natalia Orihuela Guzmán

SEMBLANZA

Ciro Rafael Gaona Yáñez cursó estudios de pregrado en la Universidad de Carabobo. Luego, realizó postgrado en Neurología en el Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, donde fue adjunto del servicio durante varios años. Según él, el mayor aprendizaje ha sido convivir con los pacientes: “me metí en este camino creyendo que iba a ayudar a mucha gente, pero el más ayudado he sido yo”. Actualmente se desempeña como neurólogo en el Centro Médico Loira y coordina en Venezuela, junto al Dr. Aquiles Salas, el grupo internacional de investigación de la demencia 10/66. Este grupo, dirigido por Martin Prince, de la Universidad de Londres, investiga la prevalencia de demencias en países en desarrollo, a través de trabajos en África, Asia, América Latina y Europa. El nombre 10/66 se debe a que 66 por ciento de las personas con demencia viven en países en vías de desarrollo, pero menos del 10 por ciento de los estudios sobre epidemiología de estos trastornos se realizan en estos países. Así mismo, ha sido Director Principal de la Fundación Alzheimer de Venezuela.

Ciro Gaona es, como el mismo confiesa, “felicísimamente casado y padre de dos hijos, una niña de 16 años y un varón de 10”. En sus ratos libres le gusta ejercitarse físicamente, bien sea yendo al gimnasio o caminando al aire libre. Además, practica actividades como meditación o tai-chi. Si de leer se trata le gusta de todo, cualquier género o autor, y con relación a la música sus gustos también son muy variados: desde Bach, hasta ir a un concierto de Black Eyed Peas con sus hijos o bailar al ritmo de Olga Tañón. Le encanta la música en vivo, por lo cual es un asiduo asistente a conciertos.

Conversar con el Dr. Ciro Gaona, neurólogo y especialista en el tema de las demencias, es adentrarse unas horas en un mundo fascinante, amplio y complejo, que como él mismo dice, es imposible abordar desde un punto de vista meramente científico: “es necesario darle un toque espiritual”.

En su opinión, lo más importante para que el paciente y sus familiares puedan enfrentar una patología crónica y degenerativa, como la demencia en cualquiera de sus tipos; es entender que el esquema a seguir no involucra únicamente fármacos. Las medidas no farmacológicas tienen igual o mayor importancia.

El cerebro, “un pedazo de carne que pesa poco más de un kilo, constituido únicamente de proteínas y grasas; que parece como un casco, una esponja; que tiene la consistencia del yogurt, de la pasta de diente”, tal como él lo describe, “parece mentira que tenga que ver con tantas cosas: con que muevas un brazo, sientas una pierna. Se relacionan con todo, desde los sentimientos más nobles del ser humano como el amor, la generosidad, el respeto, y el genuino interés por los demás; hasta movimientos complejos”.

Ciro Gaona está convencido de que somos alma, espíritu, cuerpo, pero también somos cerebro. Asegura que el cerebro tiene el misterio de unir lo divino y lo celestial con lo terrenal y lo humano: “tiene la gran capacidad de integrar”.

Como afirma el especialista, no hay una respuesta única a todas estas patologías, cada uno de nosotros puede brindar una ayuda y muchas veces nos conformamos con acompañar a quienes la padecen en el duro camino de la demencia, y enriquecernos de esa compañía.

¿Cómo se define la demencia? La demencia es un trastorno cognitivo global ó múltiple, que implica desde la limitación hasta la incapacidad en las áreas laboral, social, familiar y

personal, y cambios en la personalidad del paciente. La demencia involucra siempre un cuadro patológico, nunca puede ser considerado algo normal en el envejecimiento, y el área que se ve afectada es la cognitiva. Se comprometen varias funciones cognitivas y lo más duro para todos nosotros, es que la persona va dejando de ser la misma que hemos conocido. Demencia es un síndrome, de manera tal que es una combinación de síntomas producida por diferentes enfermedades. La combinación es única y muy particular para cada paciente. La demencia, en la mayoría de los casos, es progresiva. Usualmente cuando la identificamos ya tiene mucho tiempo de evolución y se reconoce porque los síntomas son muy obvios o porque se asocian a otro problema que actúa como detonante, como una enfermedad, intervención quirúrgica, la pérdida de un ser querido o una mudanza.

¿En el caso de la demencia qué funciones cerebrales resultan comprometidas?

El cerebro tiene miles de funciones y propiedades pero en las demencias la atención se centra en las funciones mentales superiores. La función mental superior tiene dos compartimientos: el área de las emociones, afectos, conducta, percepción; que normalmente es atendida por un psiquiatra o psicólogo; y el área cognitiva, que son los recursos con los que yo enfrento mi día a día. Dentro de las funciones cognitivas encontramos facultades como memoria, lenguaje, comunicación, orientación en tiempo y espacio, razonamiento, atención, concentración, funciones ejecutivas, etc. Estas últimas, las funciones ejecutivas, son muy importantes, y comprenden orientación, planificación, programación, inicio, realización, finalización, corrección, supervisión, organización de pasos, modulación y ajuste. Esto es aplicable a cualquier acción, desde cepillarse los dientes o cocinar, hasta dirigir una institución o un país. Estas funciones se integran unas con otras permanentemente y el recurso más “taquillero” de las funciones cognitivas, por llamarlo de alguna manera, es la memoria. **¿Existen varios tipos de memoria, o es una sola?** Existen muchos tipos de memoria. Podemos almacenar y evocar o recordar estímulos visuales, auditivos, táctiles y hasta espirituales.

Existe una memoria “semántica” que es toda la información o conocimiento que tengamos sobre un tópico en particular (todo lo que hemos aprendido sobre geografía, cocina o medicina, por ejemplo) y una memoria “episódica” que es la relacionada con todas las anécdotas que recordamos. Igualmente, podemos hablar de la memoria de lo que podemos decir o expresar (declarativa) y la relacionada con lo que hacemos o ejecutamos, implícita, no declarativa, como bailar, conducir un vehículo, cocinar. En relación al tiempo existen tres tipos de memoria:

.- Memoria inmediata: solamente se basa en repetir o evocar lo que apenas terminamos de ver, oír o sentir. En ningún momento implica almacenar en nuestro cerebro y sólo tiene que ver con prestar adecuada atención y concentración.

.- Memoria reciente: es la memoria de “todos los días”, es lo almacenado día a día, lo ocurrido en la mañana de hoy, lo que desayuné, los recados y diligencias a realizar, recordar a qué vine al cuarto o a la cocina, dónde coloqué las llaves o los lentes. Es la memoria más frágil y la que más puede fallar y enfermar.

.- Memoria remota: constituida por todos aquellos recuerdos muy consolidados en el cerebro y que persisten por mucho tiempo, en especial lo relacionado a nuestra infancia y adolescencia, nuestros recuerdos biográficos, por ejemplo.

¿Además de las fallas de memoria, típicas del Alzheimer, qué otras

manifestaciones pueden asociarse a demencia? El epicentro de la enfermedad es netamente cognitivo y a esto se pueden asociar otras manifestaciones clínicas. De ellas las más difíciles, para la familia especialmente, son las del área psiquiátrica y conductual: apatía, desinterés, ansiedad, depresión, agitación, agresividad, delirios, alucinaciones, trastornos de identificación (no reconoce a su cónyuge e hijos, etc.)

¿Cuál es la principal causa de demencia en personas mayores? La Enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia en el adulto mayor. Involucra, en general, más del 50 por ciento de los casos, y sus componentes se encuentran, aunque no de manera exclusiva, en el 80 por ciento de las demencias. Una persona con demencia puede presentar más de un componente patológico, por ejemplo: Alzheimer, problemas circulatorios (vasculares cerebrales), alteraciones metabólicas, antecedentes de traumatismos, etc. Los problemas vasculares se asocian frecuentemente a demencia.

¿Cuáles son los hallazgos patológicos más importantes en la Enfermedad de Alzheimer? Los hallazgos más relevantes al microscopio son: acumulación anormal de un material neurotóxico, dañino para el cerebro y sus neuronas, denominado beta-amiloide, bien sea porque hay una producción anormal, que en ocasiones puede estar relacionada con predisposición genética en el cromosoma 21; o porque el amiloide se acumula, se agrega y se adhiere formando placas amiloides. Estas placas incluyen amiloide neurotóxico y todos los productos de destrucción cerebral. La acumulación de esta sustancia también puede ser producto de fallas en la limpieza o depuración del amiloide. Otro hallazgo patológico de la enfermedad de Alzheimer es que dentro de las neuronas existen unas estructuras muy importantes para la energía y estructura neuronal denominadas microtúbulos, que al fosforilarse la proteína tau, se desorganizan y forman nudos dentro de las neuronas, denominados marañas neurofibrilares.

¿Es posible prevenir las demencias? Lo que es posible es estimular la sinaptogénesis, la formación de sinapsis entre neuronas. Cada neurona es una maravilla, como lo es cada uno de los seres humanos, pero cada neurona no es nada en tanto en cuanto no se comunique; como sucede también con los seres humanos. Los contactos eléctricos y estímulos bioeléctricos y neuroquímicos entre neuronas, se relacionan absolutamente con todo, con que te enamores, te apasionas por un juego, con que estés deprimido. Esto no quiere decir que todo se va a resolver corrigiendo un contacto eléctrico, pero sí está demostrado que la sinaptogénesis es, en un altísimo porcentaje, formada por cada persona. En el común de la gente la formación de sinapsis no es más de un 25 o 30 por ciento genética, y más de un 75 por ciento es decidida por cada uno de nosotros. Cada persona puede ser el arquitecto de su cerebro, independiente de cuál carga genética tenga. La sinaptogénesis se puede estimular a diferentes niveles. Dedicando un tiempo a la lectura, compartiendo con otros individuos, realizando ejercicio físico, estimulamos la sinaptogénesis. Con esto no quiero decir que vamos a tener una función óptima o que podemos garantizar que no padeceremos una demencia en el futuro, pero pudiera ser mejor que si no estimulamos nuestro cerebro. Es muy importante el número de neuronas que tenemos, pero es más importante el uso que les damos.

¿Qué métodos se emplean para diagnosticar demencia? Para determinar demencia es muy importante la evaluación neuropsicológica, que consiste en la auditoria de las funciones cognitivas para precisar su compromiso y severidad. Para evaluar el estado estructural del cerebro y sus vasos se emplea algún método de neuroimagen, como la Resonancia Magnética Nuclear Cerebral; es útil para evaluar el grado de atrofia cerebral y las zonas más afectadas, el compromiso cerebrovascular, y descartar otras lesiones como tumores, hematomas o hidrocefalias susceptibles de intervención quirúrgica. Es imprescindible evaluar un área muy importante en la memoria denominada hipocampo, que

puede presentar diferentes grados de atrofia.

También se hacen exámenes de laboratorio que deben incluir desde glicemia y colesterol, hasta perfil tiroideo y niveles séricos de folato, B12 y homocisteína.

Hay pruebas especiales como PET Cerebral (Tomografía de emisión de positrones, que evalúa la perfusión y metabolismo cerebral), estudio genético -el más popular es la determinación de ApoE- y medición de relación del amiloide en sangre. **¿Existe relación entre demencia y edad?** La demencia no es exclusiva de los adultos mayores, pero mientras más edad tenemos más oportunidad de sufrir estas enfermedades. Al los 65 años, de cada 100 personas 3 a 10 pueden tener demencia, pero a los 80-85 años, de cada cuatro personas dos padecen demencia. Existe un estadio precoz en el que es muy importante el diagnóstico, denominado trastorno cognitivo mínimo, en el que ocurren los primeros síntomas (confirmados por la evaluación neuropsicológica) pero no hay repercusión funcional en las actividades diarias del paciente.

¿Qué otros factores de riesgo se asocian a demencia? Para muchos hay una preferencia en el sexo en cuanto a que en la mujer se ve con más frecuencia que en el hombre, pero esta frecuencia en el sexo habría que revisarla pues las mujeres viven más que los hombres, y de hecho se preocupan más por los problemas de salud y de una manera más acertada que el común de los hombres, lo que podría optimizar el diagnóstico. La demencia es una enfermedad compleja en la que interactúan factores genéticos y otros no hereditarios, relacionados con nuestro estilo de vida y el ambiente. El 99 por ciento de los casos se consideran esporádicos y de aparición tardía, es decir no son absolutamente determinados por la genética. No obstante, debemos recordar que sí puede existir sólo la predisposición y por tal motivo debemos cuidar y corregir aquellos factores susceptibles de cambio.

Son importantes los factores vasculares y otros como colesterol, diabetes, hipertensión, aumento de la circunferencia abdominal, dietas inadecuadas, traumatismos craneoencefálicos. La inactividad física y mental también es un factor de riesgo, los trastornos metabólicos y endocrinos.

¿Cuál es el tratamiento indicado?

Para mí todo paciente tiene que ser dentro de lo posible tratado desde el punto de vista vascular, proteger los riesgos de enfermedad cerebro vascular, y esto incluye la utilización de anti-agregantes y otros tratamientos. Luego, una vez tratados factores como depresión, carencia de vitamina B12, etc. hay tres cosas fundamentales.

Debemos recordar que una neurona se comunica con otra mediante neurotransmisores, el neurotransmisor más importante en la memoria se llama acetilcolina. Sobre él hay una enzima que lo destruye que se llama acetilcolinesterasa. Cuando este sistema se ve afectado lo que hasta hoy está demostrado que funciona efectivamente es la inhibición de la acetilcolinesterasa; de manera tal que la poquita o mucha acetilcolina que tenga el paciente esté más tiempo activa. En el país se emplean tres inhibidores de colinesterasa: Donepezilo, que fue aprobado en el año 96; Rivastigmina que fue aprobada en el mundo en 1998 y la Galantamina, aprobada a nivel mundial en el año 2000 y que está en Venezuela desde 2004.

El Donepezilo es exclusivamente inhibidor de colinesterasa. Rivastigmina tiene un efecto adicional desde el punto de vista bioquímico, posee un efecto dual. La Galantamina, por su

parte, no solamente inhibe la colinesterasa, sino que actúa sobre receptores nicotínicos, haciendo que la neurona pre-sináptica libere más acetilcolina y que la post-sináptica esté más dispuesta al trabajo sináptico. El tratamiento dependerá de cada paciente particular y no está aprobado dar más de uno de estos medicamentos. Por otra parte hay un neurotransmisor que se llama Glutamato, que cuando está aumentado causa toxicidad, y en los circuitos en los que está muy disminuido se relaciona con pérdida de memoria. Hay una molécula capaz de modular el Glutamato llamada Memantine. Existen otros fármacos a punto de ser aprobados, que actúan sobre el amiloide. Para disminuir la producción de amiloide se emplearán en el corto plazo inhibidores de beta y gamma secretasa, como Flurizan o flurbiprofeno y Leucoprolide, que es un producto hormonal. Para facilitar la limpieza del amiloide el más importante es el Alzhemed, que se une al amiloide e impide que estas placas se queden en el cerebro. También están en desarrollo la segunda y tercera generación de vacunas y muy especialmente anticuerpos anti-amiloide. Actualmente con productos ya conocidos, como litio y ácido valpróico, y con otros en desarrollo como inhibidores de GSK3 y terapias genéticas, se ha logrado disminuir la fosforilación de la tau y la formación de marañas neurofibrilares. También están muy adelantados los estudios con factores de crecimiento nervioso y células madre.

El paciente que tenga un patrón de Alzheimer va a ser un mejor respondedor a todos estos tratamientos, pero puede utilizarse en otros tipos de demencia. Sin embargo, en la medida que te vas alejando más del patrón del Alzheimer el paciente puede responder menos. Otra cosa fundamental que hay que tener en cuenta es que en el tratamiento del Alzheimer y otros tipos de demencia necesariamente hay que involucrar a la familia, porque el paciente va a ser cada vez más dependiente. En la familia siempre hay un personaje que se involucra más que el resto, que es lo que llamamos el cuidador. No es raro ver que a nivel físico y mental el cuidador se deteriore más que el mismo paciente, por lo cual la familia también debe brindarle apoyo.

¿Además del Alzheimer, qué otros tipos de demencia existen? Los problemas "vasculares cerebrales" (Enfermedad cerebrovascular) tienden a causar demencia, al igual que problemas metabólicos (diabetes, enfermedades de la tiroides, obesidad, etc.). Existen "primos del Alzheimer" relativamente frecuentes como la demencia por cuerpos de Lewy (con signos de parkinson, caídas frecuentes y alucinaciones desde el principio de la enfermedad) y la demencia fronto-temporal, en la que lo más llamativo son los trastornos de conducta, comportamiento y de personalidad. Muchas infecciones pueden producirla como la del virus del SIDA, u otras enfermedades neurológicas como la Esclerosis Múltiple, Parkinson, tumores, hematomas o algunas hidrocefalias. Además diversos medicamentos pueden causar compromiso de la memoria y cuadros afectivos como la depresión. Por ello es necesario realizar un estudio completo, sistemático e integral.