



LA DIMENSIÓN INTEGRAL DEL ALZHEIMER. Visión desde la Geriátría y la Gerontología



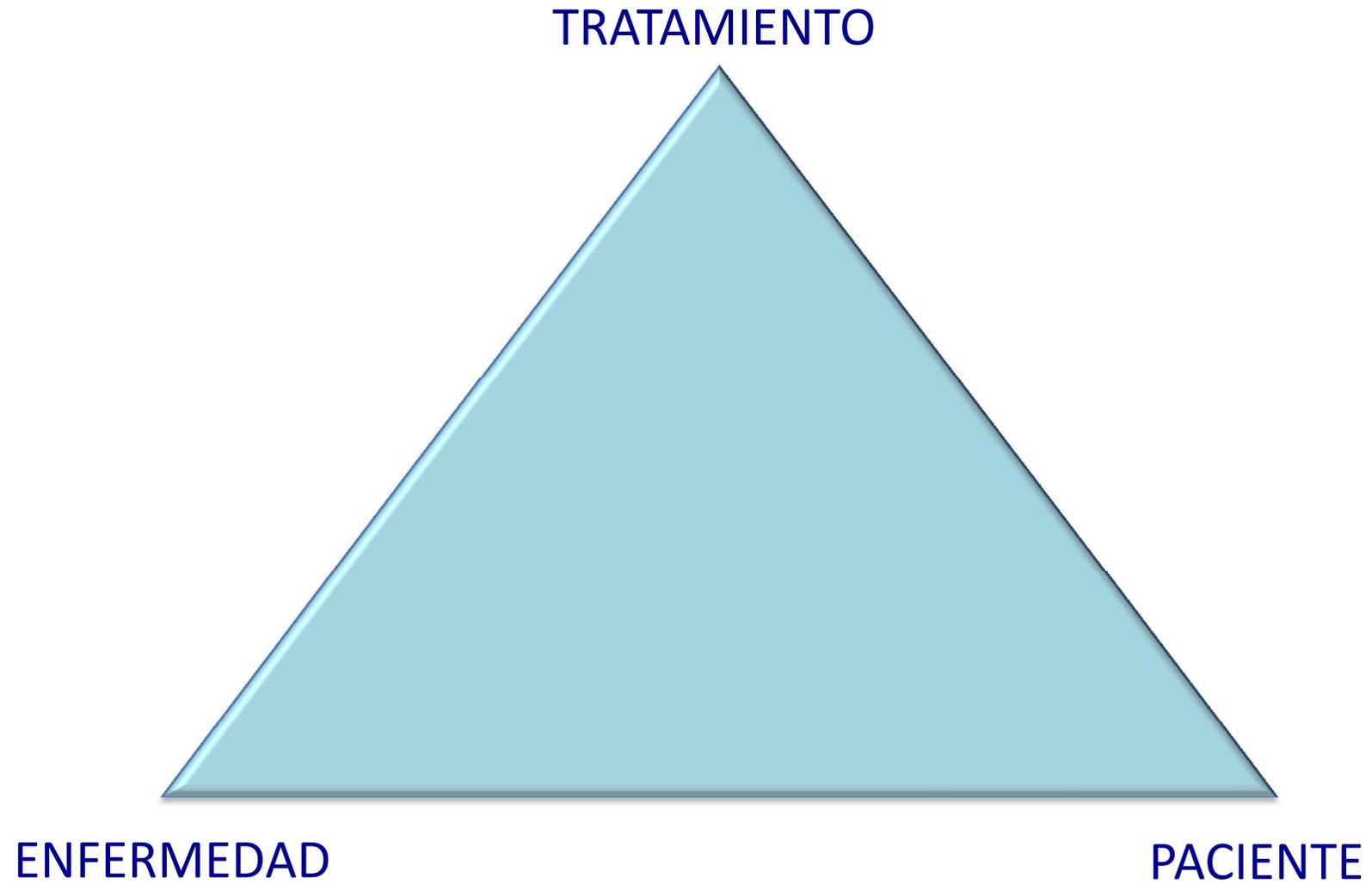
José A. López Trigo.
Geriátría



Sociedad Española
de Geriátría y Gerontología



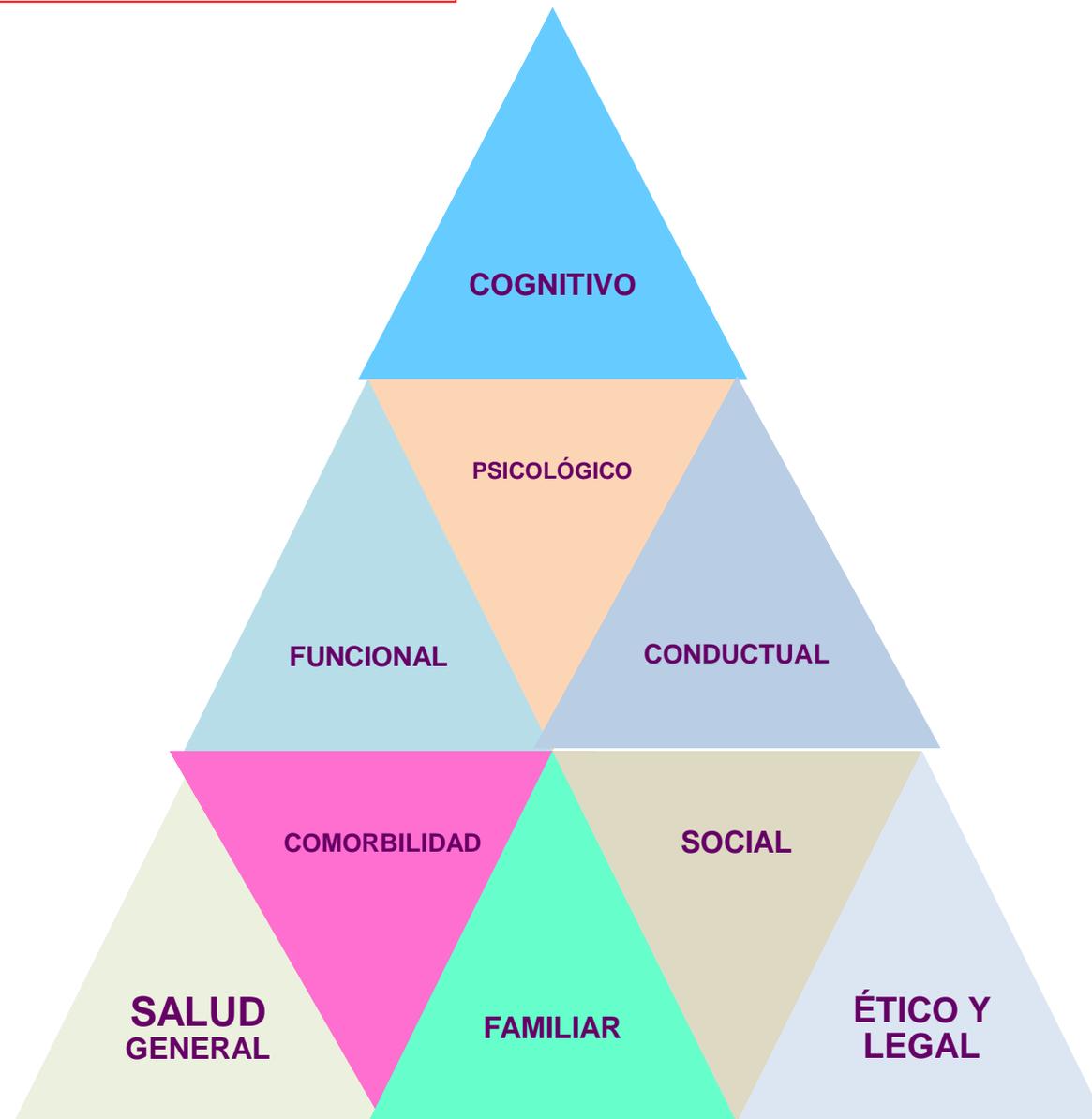
MODELO CLÁSICO Y PARA
MUCHAS ENFERMEDADES



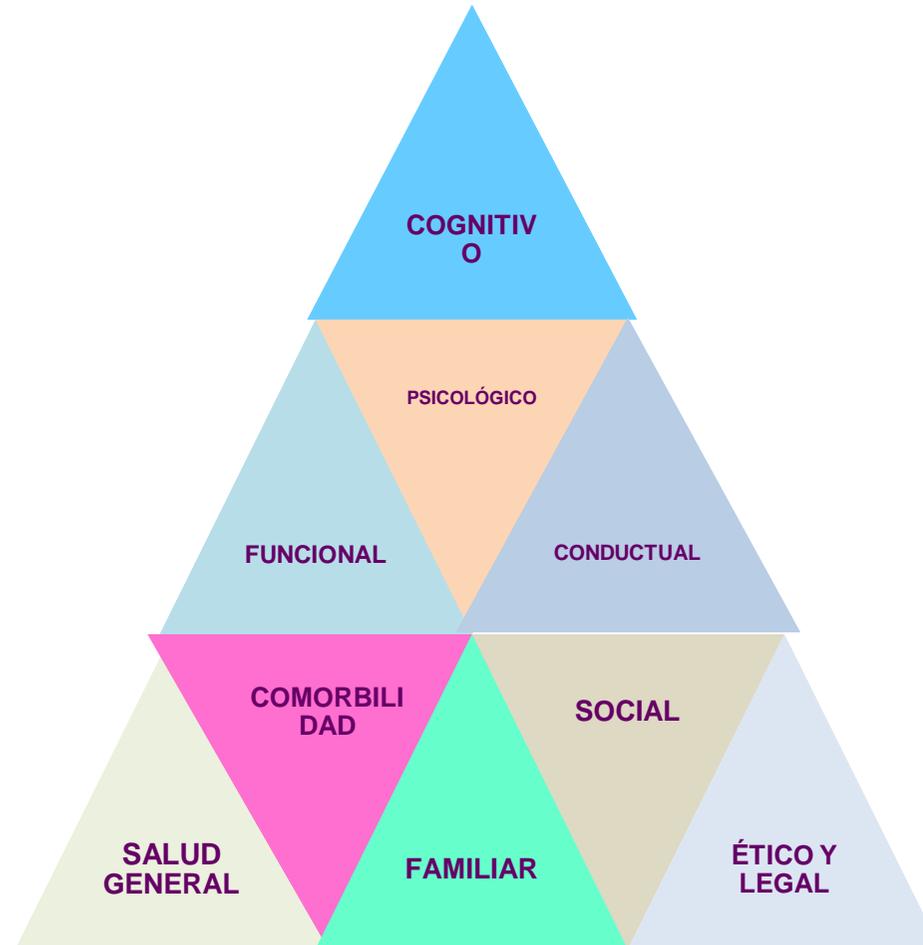
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

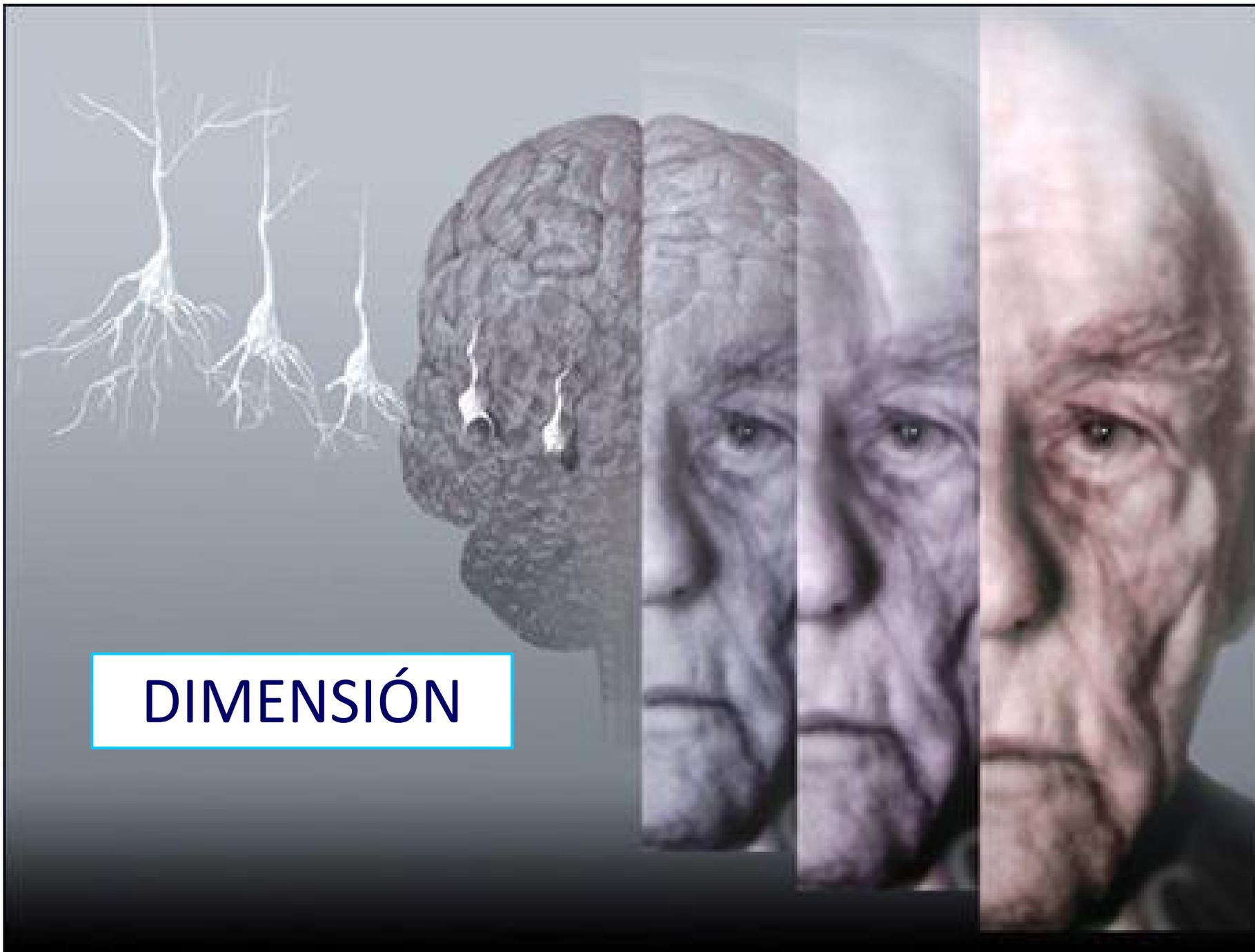


Ante la situación de demencia

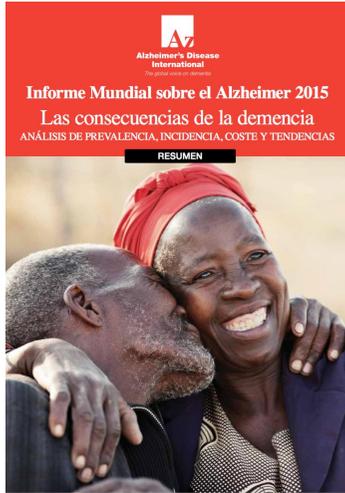


Ante la situación de demencia : RESPUESTA INTEGRAL





DIMENSIÓN



Las consecuencias de la demencia

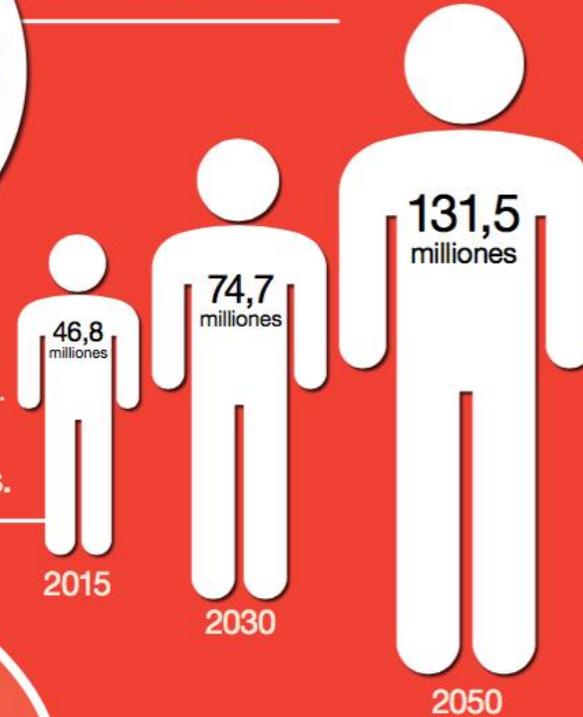


En 2015, aparecerán 9,9 millones de casos de demencia nuevos en todo el mundo,

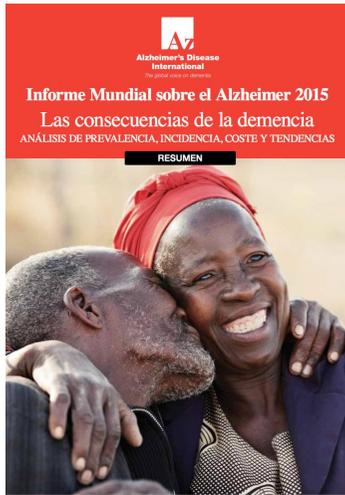
uno cada 3 segundos

46,8 millones de personas sufren demencia en todo el mundo en 2015.

Esta cifra casi se duplicará cada 20 años.



Gran parte del incremento se producirá en países con rentas bajas y medias (PRBM): en 2015, el 58% de las personas con demencia vive en PRBM, cifra que ascenderá al 63% en 2030 y al 68% en 2050.



El coste mundial total de la demencia en 2015 se sitúa en 818 000 millones USD. En 2018, la demencia se convertirá en la enfermedad del billón de dólares, y ascenderá a

2 billones en 2030.

Si la demencia mundial fuera un país, sería la

décimo octava economía

más grande del mundo y superaría los valores de mercado de empresas como Apple y Google.

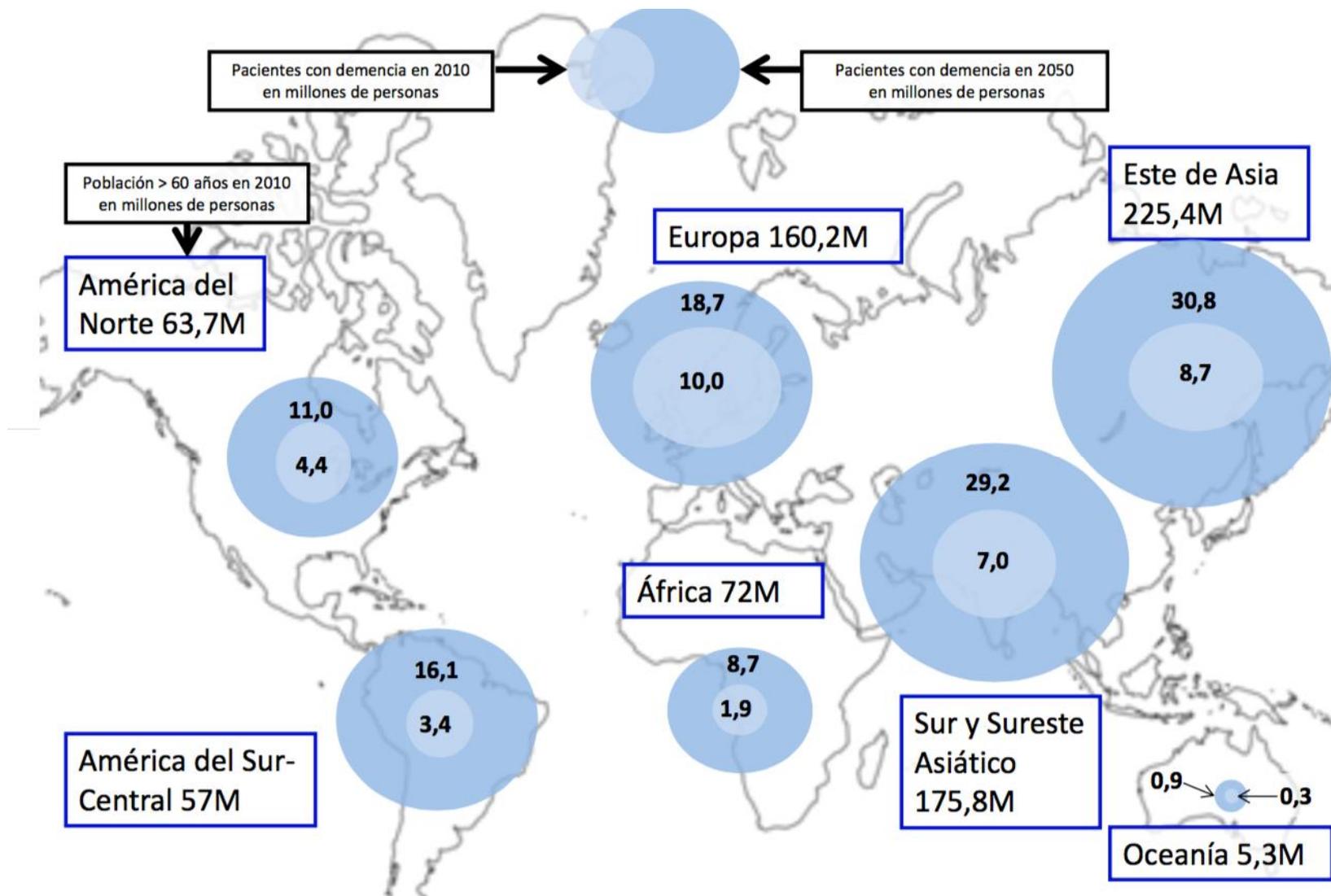


Fuente: ranking Forbes 2015



Este mapa muestra el número de personas que sufren demencia en cada región del mundo en 2015.

Ahora debemos involucrar a más países y regiones en la acción mundial contra la demencia.



Población con demencia en 2010 y proyecciones de crecimiento para el año 2050 en Europa y el resto del mundo (Elaborado a partir de datos de: Abbott A. Dementia: A problem for our age. Nature 2011; 475, S2–S4)



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



DETERIORO COGNITIVO LEVE

Impacto económico del deterioro cognitivo y la demencia

David Cantarero Prieto

ISSN: 0211-130X

Revista Española de Geriatria y Gerontología

Volumen 52, Extraordinario 1, Junio 2017

DOCUMENTO DE CONSENSO

Deterioro cognitivo leve
Detección y manejo. Un reto de salud pública

Editor asociado: J.A. López Trigo

Editorial

J.A. López Trigo

Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve

J. Guisasa Rodríguez y G. Guzmán Gutiérrez

Patrones del envejecimiento cerebral

C. Fernández Veleiro, R. Ventura Velez y B. Crespo Santiago

Métodos de cribaje del deterioro cognitivo leve en atención primaria

A. Plaza Pizar

Patología asociada al deterioro cognitivo leve. Factores de riesgo y predictivos

M. Artero Jimenez y J.L. González Guzmán

Deterioro comportamental leve: un nuevo concepto para las fases prodrómicas de la demencia

L. Agüero Ortiz y J. López Álvarez

Deterioro cognitivo/demencia: valoración y seguimiento. Aspectos funcionales

R. López Marañón

Evaluación clínica y herramientas diagnósticas

R. Gil Gregorio

Intervención terapéutica farmacológica del deterioro cognitivo leve

E. Amado Marañón y J. Azúa Lohras

Intervenciones no farmacológicas

M. Novado Irujo

Algoritmo diagnóstico

R. Yubero Panizo

Algoritmo terapéutico

T. Gil Gregorio

La farmacia comunitaria en la detección del deterioro cognitivo leve. Signos de alerta

M.T. Claver y A. Molinero

Patrones de detección del deterioro cognitivo leve en enfermería

A.J. Sainza y J.C. Arrieta Sainza

Impacto económico del deterioro cognitivo y la demencia

D. Cantarero Prieto

Indizada en
IME, IBECIS, Bibliomed, Biosis, PsycInfo, EMBASE/Excerpta Medica,
Embase Alert, PsycINFO, SCOPUS y MEDLINE/PubMed

www.elsevier.es/regg

Por último, y en lo que se refiere al año 2014, puede afirmarse que el coste anual medio total (costes directos e indirectos) en España por cada paciente afectado por deterioro cognitivo, demencia y Alzheimer estaría en torno a los **30.000 euros**.

Gran parte de dicha carga económica se refiere especialmente a los costes de tipo indirecto que suelen recaer en el individuo afectado por estas enfermedades y sus familiares.



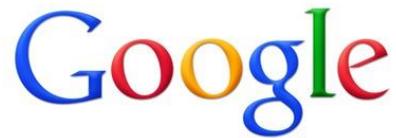
DIMENSIÓN CIENTÍFICA
Otra forma de conocer el impacto.



IMPACTO DE LAS DEMENCIAS

-EL IMPACTO CIENTÍFICO : referencias a demencia en la literatura médica eran escasísimas hasta hace pocos años (de 3 en 1935 y 25 en 1950, más de 90000 en 2007, más de 150000 en 2016).

- En nuevas tecnologías :



7/4/2015 demencia - Buscar con Google

 demencia +Jose Antonio

Web Imágenes Noticias Videos Libros Más ▾ Herramientas de búsqueda

Aproximadamente 8.450.000 resultados (0,26 segundos)

7/4/2015 Alzheimer. - Buscar con Google

 Alzheimer. +Jose Antonio

Web Imágenes Noticias Videos Libros Más ▾ Herramientas de búsqueda

Aproximadamente 85.300.000 resultados (0,40 segundos)

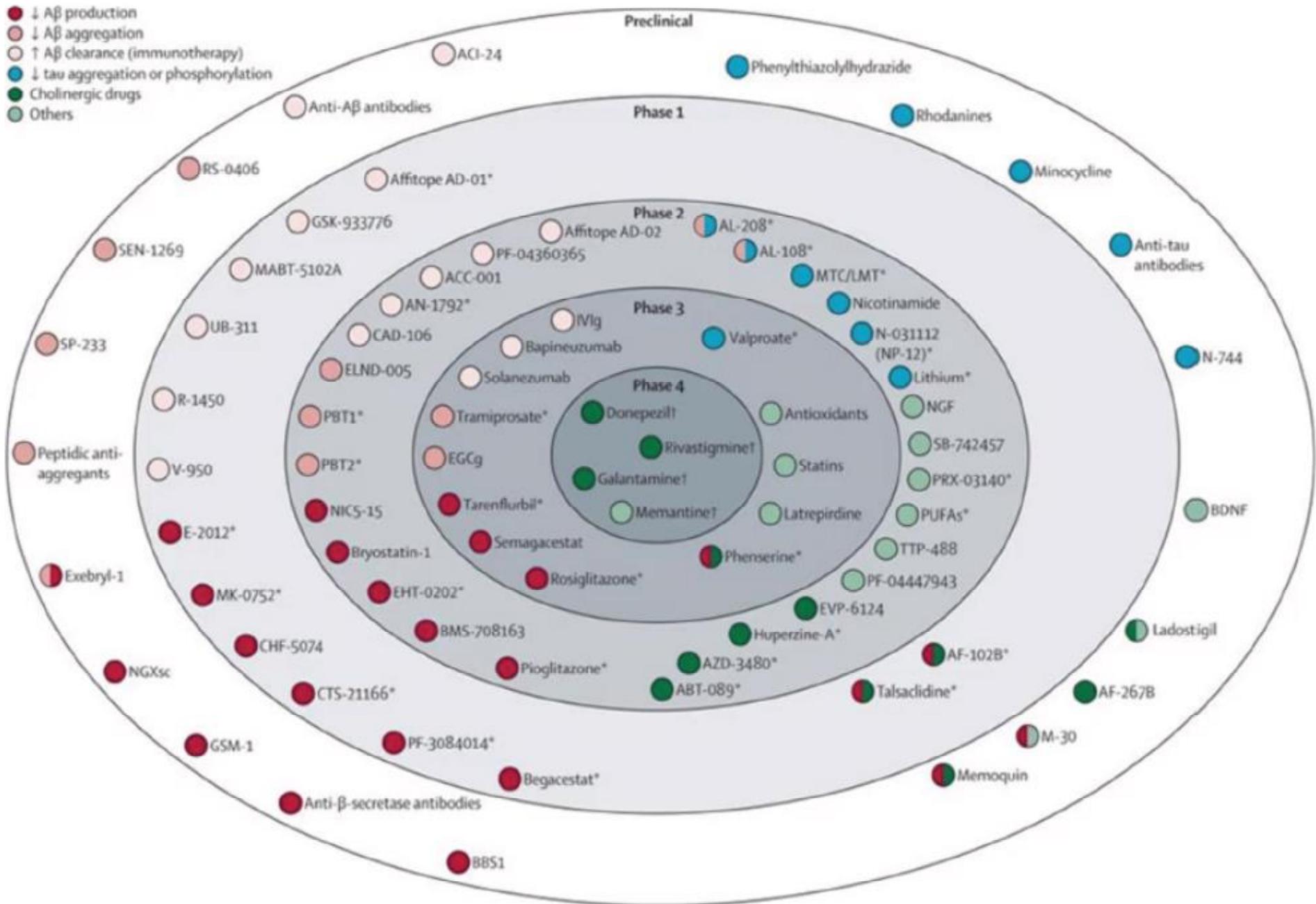


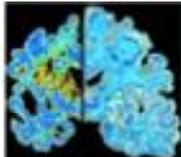
PubMed

Search results

Items: 1 to 20 of 6332

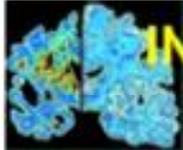
- ↓ Aβ production
- ↓ Aβ aggregation
- ↑ Aβ clearance (immunotherapy)
- ↓ tau aggregation or phosphorylation
- Cholinergic drugs
- Others





PERSPECTIVAS DE FUTURO EN EL TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER

- Inhibidores de la Acetilcolinesterasa.
- Inhibidores de la Butirilcolinesterasa.
- Liberadores de acetilcolina.
- Agonistas receptor nicotínico alfa4beta2.
- Agonistas parciales R-nicotínico alfa 7.
- Agonistas del R-muscarínico M1.
- Antagonistas del R-muscarínico M2.
- Antagonistas del R-muscarínico M3.
- Agonistas inversos del R-histaminérgico-3
- Antagonistas del R-histaminérgico-3
- Moduladores de los receptores GABA.
- Agonistas del receptor 5-HT1A.
- Antagonistas del receptor 5-HT3.
- Agonistas parciales del receptor 5-HT4.
- Antagonistas del receptor 5-HT6.
- Inhibidores del transporte de la serotonina.
- Antagonistas de NMDA.
- Moduladores de los receptores AMPA.
- Agonistas del adrenoceptor Alfa-1
- Ligandos del receptor sigma 1.
- Moduladores de NFK Beta.
- Promotores de la producción de interleuquina.
- Recaptadores de radicales libres.
- Moduladores de citoquinas.
- Inhibidores agregación de proteína beta-amiloide.
- Inhibidores de la Gamma secretasa.
- Inhibidores de la Beta secretasa.
- Agentes quelantes.
- Fármacos que disuelven depósitos beta-amiloide.
- Inhibidores de la fosfodiesterasa IV.
- Inhibidores de la HMG-CoA reductasa.
- Inhibidores de la peroxidación lipídica.
- Inhibidores de la producción de óxido nítrico.
- Inhibidores de MAO-B.
- Inhibidores de VEGF.
- Moduladores de los canales de calcio.
- Inmunoglobulinas.
- Anticuerpos monoclonales.
- Terapia con células madre.
- Antagonistas del receptor de la progesterona.
- Inhibidores de GSK3 beta.
- Activadores del R- crecimiento de fibroblastos (FGFR1).
- Agonistas de los receptores PPAR.
- Plantas medicinales.
- Terapia génica.
- Vacunas.



INICIO Y PREVALENCIA DE SÍNTOMAS PSICOCONDUCTUALES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN RELACIÓN CON EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

Prevalencia (% pacientes)

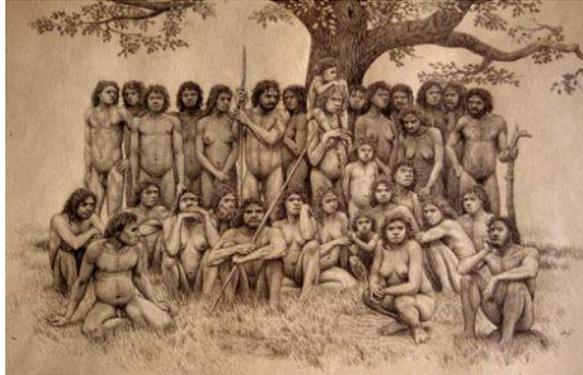




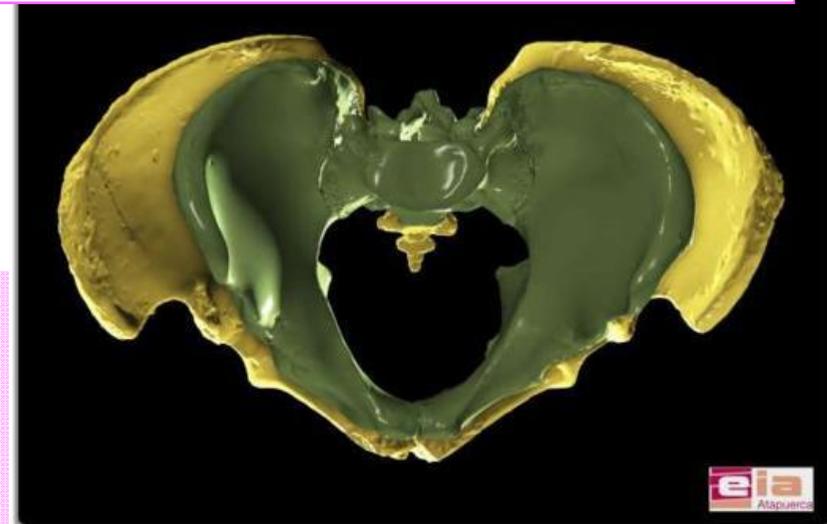
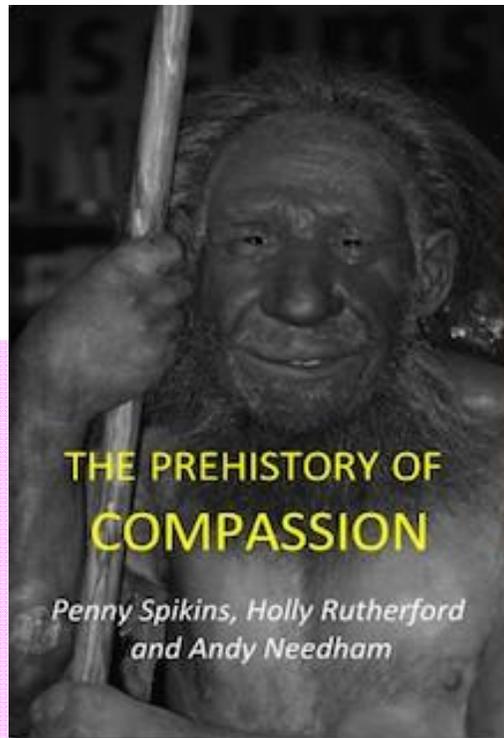
DIMENSIÓN del CUIDADO
Algo inherente a la humanidad.



El cuidado de los ancianos surgió hace 500.000 años



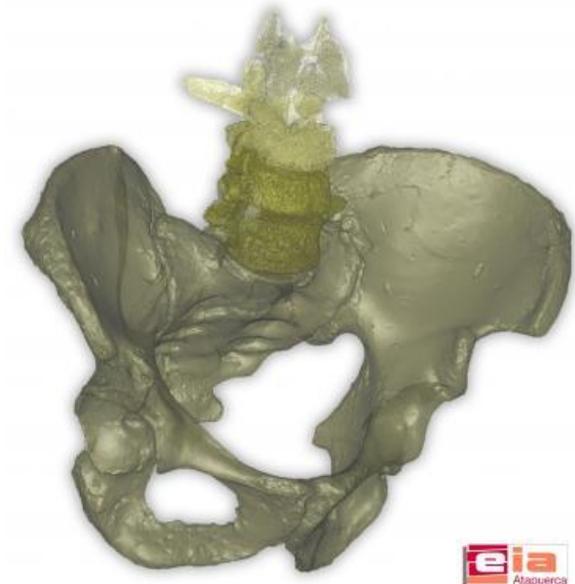
El equipo de Atapuerca halla restos de un humano que vivió hasta una edad avanzada con una minusvalía en la espalda. El trabajo sugiere por tanto que el grupo de cazadores al que pertenecía el anciano debió de cuidar de él. ***"Si no hubiera tenido cuidados, no habría sobrevivido tantos años"***, añade el investigador.



La pelvis del heidelbergensis (en amarillo), junto a una humana.

Tras años de trabajo, científicos españoles podrían haber descubierto el primer caso de cuidado de los mayores. Un equipo de investigadores de Atapuerca ha conseguido recomponer la pelvis y la mayor parte de la columna de un homínido de hace 500.000 años. Por el análisis de los restos han descubierto que era mayor de 45 años, lo que entonces era pura senectud. También han demostrado que sufría artrosis interespinosa, tenía una joroba lumbar y al menos una vértebra desplazada, lo que, además de serios dolores de espalda, le impediría vivir sin la ayuda de otros.

El grupo de investigadores, formado por paleoantropólogos del centro UCM-ISCIH de Evolución y Comportamiento Humanos de Madrid, recuperó varios restos de homínidos hace años en la Sima de los Huesos, en la sierra de Atapuerca. Tras un minucioso trabajo establecieron que se trataba de una población con más de 500.000 años de antigüedad, lo que la sitúa en pleno periodo geológico del Pleistoceno Medio. El grupo pertenecía al *Homo heidelbergensis*, especie humana antecesora de los neandertales. Entre los restos hay varios ancianos.





AQUELLO QUE USTEDES HACEN Y CONOCEN
PARA QUE SIGA SIENDO “SIEMPRE YO”.



Decálogo de un paciente con enfermedad de Alzheimer

- SE PACIENTE CONMIGO: Recuerda que soy la víctima
- HÁBLAME
- SE TIERNO CONMIGO
- CONSIDERA MIS SENTIMIENTOS
- TRATAME CON DIGNIDAD Y RESPETO
- RECUERDA MI PASADO
- RECUERDA MI PRESENTE
- RECUERDA MI FUTURO
- HAZLO CONMIGO, NO SÓLO POR MI
- QUIÉREME



Los diez NUNCAS que el cuidador debe respetar ante un enfermo de Alzheimer

- Nunca discutas con el enfermo, ponte de acuerdo con él.
- Nunca trates de razonar con él, distrae su atención.
- Nunca le avergüences, ensálzalo.
- Nunca trates de darle lecciones, serénalo.
- Nunca le pidas que recuerde, rememórale las cosas y los hechos.
- Nunca le digas “ya te dije”, repíteselo cuantas veces haga falta.
- Nunca le digas “tú no puedes”, dile “haz lo que puedas”.
- Nunca le exijas u ordenes, pregúntale o enséñale.
- Nunca condesciendas, dale ánimos o ruégale.
- Nunca fuerces, refuerza la situación.



EVITAR Y ROMPER DESIGUALDADES : UN RETO SOCIAL PARA QUE
CADA PERSONA TENGA DERECHO A AQUELLO QUE NECESITA



Ley de rentas básicas
Ley de servicios sociales
“Sunami de dependencia”
Carteras de servicios.....



1. **Agregar salud a los años.**
2. Envejecimiento saludable.
3. **La salud en la vejez.**
4. Sistemas de salud.
5. **Sistemas de cuidados a largo plazo.**
6. Hacia un mundo amigable con las personas mayores.
7. Los próximos pasos



© Organización Mundial de la Salud, 30-09-2015



AGREGAR SALUD A LOS AÑOS

La respuesta actual de salud pública: más de lo mismo no es suficiente.

- Se necesita **un cambio sistémico**. Los sistemas de salud suelen estar mejor **diseñados para curar enfermedades agudas** que para gestionar y reducir al mínimo las consecuencias de los estados crónicos prevalentes en la vejez .
- Además, en estos sistemas frecuentemente se **trabaja de manera compartimentada**, por lo que se abordan cada una de estas cuestiones por separado. Esta situación puede conducir a la polifarmacia y a intervenciones innecesarias.
- Los servicios de salud en los países de ingresos altos **tampoco están adecuadamente integrados con los sistemas de atención a largo plazo**.
- Se suelen utilizar los **costosos servicios de atención de casos agudos para atender cuadros crónicos** y no se logra fomentar plenamente el funcionamiento de las personas mayores que reciben atención a largo plazo.

CUIDADOS A LARGO PLAZO



LOS PROBLEMAS

1. La creciente necesidad de cuidados a largo plazo
1. Enfoques actuales de cuidados a largo plazo
Domicilio, UED, residencias, hospitales
3. El personal de los cuidados a largo plazo:
subestimado y carente de apoyo y capacitación
4. Una atención anticuada y fragmentada
5. El financiamiento de los cuidados a largo plazo
siempre tiene un costo



Demencia , un problema complejo y muy heterogéneo :

- Heterogeneidad de las personas enfermas.
- Heterogeneidad de los diversos tipos de demencia.
- Heterogeneidad en la evolución de cada demencia en concreto.
- Heterogeneidad en las familias y en los cuidados.
- Heterogeneidad en los centros/dispositivos de cuidados.

La demencia es el paradigma de los síndromes geriátricos



¿ QUÉ APORTAN LA GERIATRÍA Y LA GERONTOLOGÍA
EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DEMENCIA?



La Medicina Geriátrica se postula fundamentalmente en el cuidado y atención a los ancianos frágiles o de alto riesgo (generalmente muy mayores, viven solos, padecen enfermedades graves o invalidantes, con alta hospitalaria reciente, que toman medicaciones vitales, los institucionalizados con pocas garantías) y los denominados pacientes geriátricos (presentan pluripatología, enfermedades crónicas, compromiso funcional, problemática psicológica y/o socio-familiar añadida)

La herramienta esencial de la Geriatria es la VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL :

- **Física**
- **Mental**
- **Funcional**
- **Social**

Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. Clin Geriatr Med 1992,8:1-7.



PERSONA
CON DEMENCIA

Geriatra

Neurólogo

MF y C

Psiquiatra

Internista

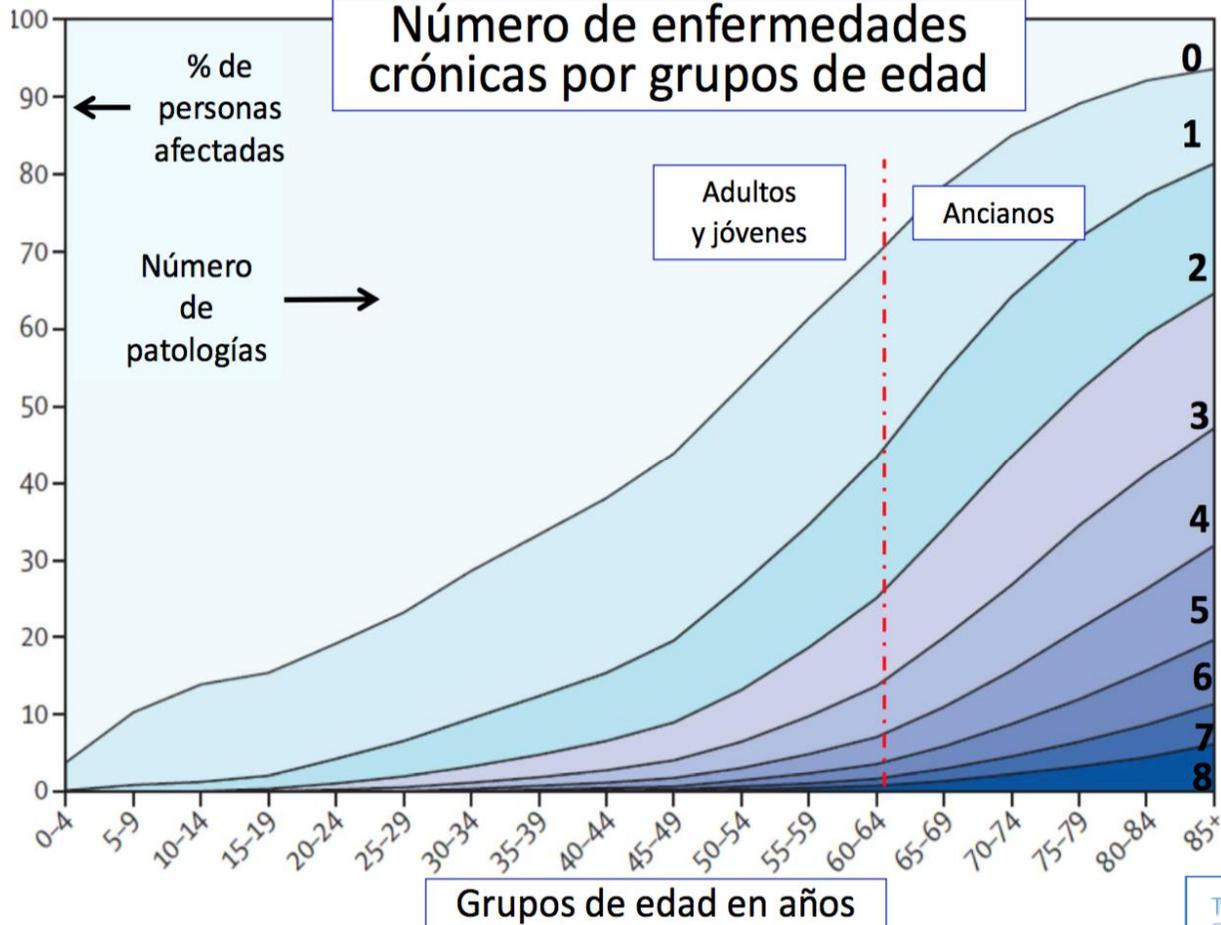
Psicólogo

Terapeuta
ocupacional

Fisioterapeuta

Otros

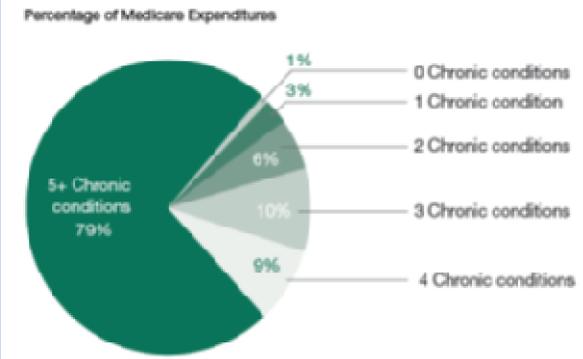
Número de enfermedades crónicas por grupos de edad



Número de enfermedades crónicas padecidas y porcentaje de personas afectadas, distribuidas por grupos de edad
 (Elaboración a partir de: Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012; 380: 37-43)

2/3 del GASTO SANITARIO SE CONCENTRA EN PERSONAS CON 5 o MÁS ENF. CRÓNICAS

Two-Thirds of Medicare Spending is for People With Five or More Chronic Conditions



Source: Medicare Standard Analytic File, 2007

CARTA AL EDITOR

Presencia de especialista en geriatría en los centros que atienden a pacientes con demencia

El cuidado de los pacientes con demencia representa uno de los cambios más relevantes en los sistemas sanitarios europeos, ya que el progresivo aumento de la esperanza de vida, asociado al incremento de la prevalencia de la demencia, hace que cada vez sea más necesaria una asistencia geriátrica especializada de calidad. Las personas con deterioro cognitivo no sólo presentan una mayor utilización de servicios, sino que tienen una percepción de mayor necesidad de recibir servicios, que actualmente no les son prestados⁴. La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) ha comunicado en diversas ocasiones la escasez de geriatras que hay en España⁴.

La Geriatría relaciona e integra todas las parcelas que conforman la vida de la persona mayor (cuerpo, mente, función, entorno social)



La demencia es el paradigma de enfermedad que altera todas las parcelas que conforman la vida de la persona mayor.



La Geriatría puede y debe hacer importantes y valiosas aportaciones al complejo campo de las demencias.



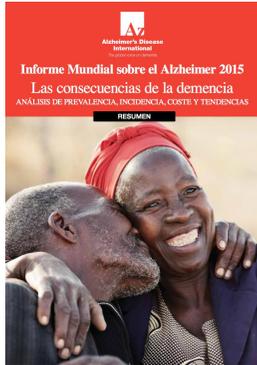
“Demencias en Geriatría : desde el principio hasta el final ”.



¿HACÍA DÓNDE DEBEMOS IR?



Conclusiones y recomendaciones



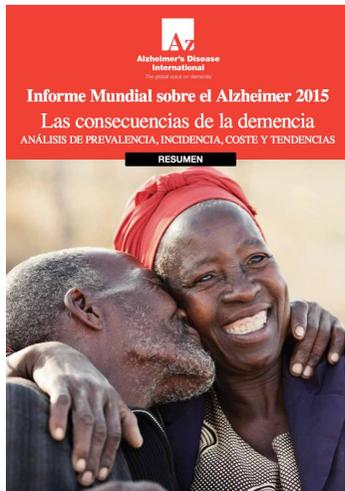
- a) Concienciación sobre la demencia.
- b) Creación de comunidades respetuosas con la demencia que reduzcan el estigma asociado a esta enfermedad.
- c) Promoción de medidas de reducción del riesgo.
- d) Medidas para mejorar el diagnóstico y reducir su duración media.
- e) Apoyo para los familiares cuidadores a través de información, apoyo social, descanso y asesoramiento.
- f) Acceso a servicios de asistencia extrahospitalarios y residenciales de larga duración y mejora de la asistencia para los pacientes con demencia ingresados en hospitales

g) Compromiso con la asistencia centrada en la persona y con una asistencia que reduzca al mínimo las limitaciones médicas y físicas.

h) Estrategias laborales, incluida formación.

i) Uso de la tecnología para ayudar a las personas con demencia en su hogar y ampliación del alcance de los servicios a zonas rurales.

j) Reconocimiento de que las personas con demencia merecen asistencia de buena calidad al final de su vida, respetando su dignidad y sus deseos personales.



Conclusiones y recomendaciones





**Alzheimer's Disease
International**

The global voice on dementia

World Alzheimer Report 2016

Improving healthcare for people living with dementia

COVERAGE, QUALITY AND COSTS NOW AND IN THE FUTURE

- “ Las necesidades de las personas con demencia y sus cuidadores cambian con el tiempo.
- “ Los sistemas de atención deben ser receptivos a esto, mantener un contacto regular, monitorizar y revisar los planes de atención, y proporcionar apoyo e intervención para satisfacer las necesidades.
- “ El cuidado de la salud debe ser continuo, holístico y centrado en la persona, tratando a la persona integralmente de acuerdo con sus valores y preferencias.
- “ Se debe prestar la atención necesaria en todos los niveles asistenciales de salud y en los proveedores de cuidados sociales.

Algunos lo dicen bien, caminamos porque podemos caminar, caminamos porque queremos acabar con la enfermedad, caminamos porque aunque ellos, los enfermos, no recuerden, somos muchos los que no los olvidamos.



David Alexander Colville (1920)

“Yo hago lo que tú no puedes, y tú haces lo que yo no puedo. Juntos podemos hacer grandes cosas”

Madre Teresa de Calcuta.



Sociedad Española
de Geriatria y Gerontología



joselopeztrigo@gmail.com