DAVID PÉREZ MARTÍNEZ, JEFE DE SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

"EL ALZHEIMER ES EL MAYOR RETO AL QUE SE ENFRENTA LA NEUROLOGÍA EN ESTOS MOMENTOS"

El Hospital Universitario 12 de Octubre es un centro de referencia en neurología tanto a nivel nacional como de Comunidad de Madrid, sobre todo en enfermedades neurodegenerativas y en enfermedades neuromusculares.

Lo que más atrae a muchos profesionales a orientarse hacia un área del conocimiento como es el cerebro es que éste es el gran desconocido. Es uno de los órganos más complejos del cuerpo humano. **David Pérez Martínez**, *jefe de Servicio de Neurología del Hospital Universitario 12 de Octubre*, confiesa que "*tiene su dureza*" en el sentido de que las secuelas suelen provocar a los pacientes una discapacidad y una calidad de vida complicada. "*No sólo repercute en ellos, sino también en los familiares que han de cuidarlos*", recuerda. Por otro lado, "*tiene la trascendencia de que estás investigando el cómo somos como personas*". Destaca que "*somos lo que nuestro cerebro nos dice y nos hace*". Resume que hay "*una vertiente asistencial, como en el resto de la medicina*", pero "*también una parte casi trascendente a la hora de investigar el sustrato de nuestra conciencia*".

Le preguntamos por el momento en el que se encuentra la neurología. Explica que, en EE UU, desde 1990 hasta 2000, tuvo lugar "*la década del cerebro*". Había inquietud por el hecho de que las enfermedades neurológicas iban creciendo y no había la suficiente investigación básica para poder afrontar los retos que tenían. Se invirtió muchísimo y estamos ahora obteniendo los frutos de toda esa investigación. "*La neurología, en el siglo XX, era una especialidad muy interesante desde el punto de vista académico, pero con muy pocas herramientas terapéuticas. En estos 18 años del siglo XXI, se han descubierto numerosas nuevas intervenciones terapéuticas, especialmente en la enfermedad de Parkinson, en la esclerosis múltiple, en las enfermedades neuromusculares, con el apoyo de las terapias genéticas*", expone. Si bien, subraya que "*todavía queda campo de desarrollo en la enfermedad de Alzheimer, que es*

el mayor reto al que se enfrenta la neurología en estos momentos". Hoy por hoy, se está investigando en todas las enfermedades neurodegenerativas, como demencias o Parkinson. No sólo en Alzheimer. "*Hay algunos mecanismos que probablemente sean comunes a todas. La investigación básica nos da pistas para poder intentar explicar cómo funcionan este tipo de enfermedades*", comenta. Es verdad que las intervenciones terapéuticas en los modelos de enfermedad que hay ahora se van centrando en Alzheimer. "*Ha sido gracias a que en los últimos diez años tenemos biomarcadores más potentes para detectar a pacientes con Alzheimer*", matiza. En el siglo XX, hace 20 años, el diagnóstico de esta enfermedad era por exclusión. Con las pruebas, se comprobaba que el paciente no padecía otras enfermedades y se concluía que tenía Alzheimer. Entre un 15 y un 30% de los diagnósticos era equivocado. En realidad, se sufría otra demencia o una demencia vascular.

Actualmente, disponemos de herramientas bioquímicas y pruebas de neuroimagen funcional como el PET, que permiten seleccionar pacientes con muy alta probabilidad de tener enfermedad de Alzheimer, pura o casi pura. "*Las nuevas intervenciones terapéuticas van orientadas a ese grupo de pacientes, especialmente mediante terapias inmunológicas*", afirma Pérez Martínez. Con inmunización pasiva, con anticuerpos frente a algunas de las proteínas que se acumulan en el cerebro. "*Desgraciadamente, a día de hoy, y después de diez años de ensayos clínicos en este ámbito, aún no tenemos buenas noticias en relación con la eficacia. Sí sabemos mucho más que hace diez años, pero tenemos ahora el problema encima de la mesa de que creemos que las dianas terapéuticas que estábamos utilizando hace diez años probablemente estén erradas, o hay algo que nos hace fallar en el empeño de utilizarlas*", puntualiza.

Diagnóstico e intervención precoces

¿El diagnóstico precoz es clave? El jefe de Servicio de Neurología del 12 de Octubre responde afirmativamente. "*No es clave en el sentido de que no tenemos una intervención farmacológica ideal. Las terapias farmacológicas que hay aprobadas actualmente para el Alzheimer son claramente poco eficaces*", lamenta. Por eso, el ímpetu de intentar mejorar la investigación en ese campo. En cambio, sí es clave en otro aspecto. En los últimos 20 años hay más evidencias de que las intervenciones no farmacológicas mejoran el pronóstico de este tipo de pacientes. Cita estas intervenciones: estimulación cognitiva, ejercicio físico y control de los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, sobrepeso). "*Un conjunto de este tipo de intervenciones produce un efecto muy relevante en aquellos pacientes que tienen un deterioro cognitivo leve o una enfermedad de Alzheimer leve*", remarca. Su evolución es mucho más benigna que en aquellos pacientes en los que no se interviene de esta manera.

Independientemente de ese beneficio real, cuantitativo en marcadores de salud, la población muestra un interés por saber qué va a pasar en el futuro. Si uno acude a consulta con un trastorno cognitivo, quiere tener un diagnóstico de lo que va a pasar en los siguientes diez o 15 años en relación con su patología, para prepararse. Opina que es una necesidad por parte del paciente el que le puedan aportar un informe con la suficiente fiabilidad sobre el pronóstico de este tipo de enfermedades.

Se sabe que, si hay algunas enfermedades que tienen una relación clara con la edad, son las neurodegenerativas. En especial, las demencias. En particular, el Alzheimer. El aumento del envejecimiento de la población ha hecho aumentar el número de casos. "*Hay un estudio en Inglaterra, otro en Francia y otro en Suecia, en los que la incidencia global parece que se ha reducido algo. Eso es una buena noticia. El que haya menor incidencia no quiere decir que haya menos casos, porque la población anciana ha crecido más. Eso quiere decir que algo estamos haciendo bien en los últimos 20-30 años, porque se está reduciendo lentamente la incidencia global de las demencias, y de la enfermedad de Alzheimer en particular. Parece ser que es la intervención precoz sobre los factores de riesgo cardiovascular, la hipertensión, la diabetes, la hipercolesterolemia, los planes de ejercicio físico en la población, el nivel educativo poblacional, que ha aumentado, la educación sanitaria, los seguros sanitarios universales*", reflexiona. Pérez Martínez siempre manifiesta que "*el Estado del Bienestar protege de la demencia, de alguna manera*". Esas intervenciones, si se efectúan precozmente, desde la juventud hasta las edades media de la vida, tienen un beneficio en etapas posteriores.

No está claro de que haya actualmente más casos de gente joven. "*Aunque es un número apreciable*", pronuncia. Se cree que, por debajo de 65 años, sólo en nuestro país, puede haber entre 25.000 y 35.000 pacientes con Alzheimer. Es una tasa pequeña, de un 0,5-1% de los casos, pero al tener 500.000 o 600.000 pacientes de Alzheimer en nuestro país, van apareciendo enfermos jóvenes. En ellos, el diagnóstico es más difícil: "*Ningún médico piensa a priori que alguien joven pueda tener una demencia y hay trastornos en el ámbito psicológico que hace pensar que los síntomas están relacionados con la depresión, con un trastorno de la ansiedad, con estrés y no que está desarrollando una enfermedad de Alzheimer o una demencia precoz*". Otro problema es que las intervenciones terapéuticas no están adaptadas a ellos. Los centros de Día están más orientados a gente más mayor, al igual que los programas de estimulación, por lo que habría que "*repensar y reorientar algún centro específico para este tipo de pacientes*".

Alzheimer, en primer lugar, y Parkinson, a cierta distancia, son las

La neurofisiología y la neurología infantil están englobadas dentro del Servicio

El equipo de Neurología del Hospital Universitario 12 de Octubre está formado por 24 profesionales. Según informa David Pérez Martínez, poseen una característica que no es habitual en otros servicios de Neurología. "*La neurofisiología y la neurología infantil están englobadas dentro del Servicio*", indica. Si un paciente con pocos meses tiene una patología neurológica, pueden seguirle hasta que sea anciano por el mismo equipo. "*No hay problemas de transición. Nosotros los vemos longitudinalmente durante todo el proceso*", señala. Por otro lado, cuentan con la facilidad de poder hacer las pruebas neurofisiológicas, lo que posibilita poder atender al paciente en el menor tiempo posible.

Se ha dedicado sobre todo a trabajar en las enfermedades neurodegenerativas

Nació en Madrid en 1971. Estudió Medicina en la Universidad Complutense de Madrid (UCM), licenciándose en el año 1995. David Pérez Martínez se formó en el Hospital Universitario 12 de Octubre como neurólogo. De 2001 a 2007, trabajó en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid. En 2008, fue nombrado jefe de sección de Neurología en uno de los nuevos hospitales de la Comunidad de Madrid, el Hospital Infanta Cristina de Parla. En 2016, volvió al 12 de Octubre como jefe de Servicio. Se ha dedicado en su vida profesional sobre todo a trabajar en las enfermedades neurodegenerativas. Principalmente, el Alzheimer. También fue director de la Fundación del Cerebro, la fundación para difundir la información neurológica a pacientes y a la ciudadanía por parte de la Sociedad Española de Neurología (SEN), desde 2010 a 2015.

enfermedades neurodegenerativas más prevalentes. No obstante, se diagnostican cada vez más algunas otras demencias, como la demencia frontotemporal o la demencia con cuerpos de Lewy. Los pacientes de la demencia frontotemporal padecen trastornos de conducta, muchas veces sin trastorno cognitivo. Suelen aparecer en servicios de Psiquiatría inicialmente, con un diagnóstico que realmente los psiquiatras se dan cuenta de que hay una demencia y no una enfermedad psiquiátrica primaria. Los de la demencia con cuerpos de Lewy tienen una especie de mezcla entre signos de Parkinson y signos cognitivos como los del Alzheimer. Es más complicado el tratamiento por esa mezcla de ambos.

En el 12 de Octubre, hay un equipo multidisciplinar orientado sólo al diagnóstico de trastornos cognitivos. Está compuesto por cuatro neurólogos, dos neuropsicólogas y una enfermera. Este equipo atiende a los pacientes más complejos, a los pacientes más jóvenes o aquellos que son candidatos a participar en algún proyecto de investigación. El resto de la atención se suele hacer en los centros de especialización que están más cerca del paciente, sobre todo si son pacientes mayores, para no tener que hacerles ir al centro hospitalario. La enfermera además desarrolla un papel de gestora de casos en los que son complejos o hay trastornos de conducta, "*que es la principal complicación que pueden tener los pacientes de demencia*". Asimismo, para el Parkinson cuentan con un área monográfica, con tres facultativos y una enfermera, que es gestora de casos. "*Es importante apoyarse, y nosotros lo hacemos desde el equipo de trastornos cognitivos y demencias y el de Parkinson, en las asociaciones de pacientes. Este apoyo es fundamental para mantener la continuidad asistencial en domicilio y en aquellas terapias en las que hay mayor dificultad poder ofrecer accesibilidad*", asevera. Participan en talleres de memoria, de logopedia, de terapia ocupacional específica para pacientes con Parkinson, etcétera.

Pérez Martínez hace hincapié en que el pilar fundamental para ver si uno tiene éxito o no en una terapia para un enfermo de Alzheimer es el cuidador. "*La relación habitual médico-paciente que se establece, en el caso de las demencias, es un trío. Es cuidador-paciente-médico. En un momento dado; puede fallar el paciente, pero no el cuidador. Es nuestro mediador a la hora de dar las pastillas, de monitorizar la respuesta al tratamiento, el que sufre la respuesta al tratamiento, si es insuficiente o no, las 24 horas del día. Nosotros tenemos grandes problemas cuando el paciente no tiene un buen cuidador. La principal causa de institucionalización es o falta de cuidador o que el cuidador ha claudicado*", apunta. Sin ninguna duda, "*hay que apoyar al cuidador*". Respecto a las investigaciones que se están llevando a cabo en el 12 de Octubre en este campo, precisa que intervienen en siete ensayos clínicos, en diferentes estadios clínicos. "*Sobre todo, en terapias inmunológicas frente a la proteína beta-amiloide y frente a la proteína tau, que es otro marcador que tiene la enfermedad de Alzheimer*", especifica. Participan también en ensayos en trastornos de conducta asociados a la enfermedad de Alzheimer. En colaboración con la Fundación de I+12, tienen un proyecto de biomarcadores en saliva precoces para enfermedad de Alzheimer. "*Uno de los problemas de los biomarcadores en este momento es que sólo son fiables aquellos que se extraen del líquido cefalorraquídeo, y hay que hacer una punción lumbar, que es una prueba agresiva, o utilizar un marcador con un PET, que es una prueba cara, que también tiene radioactividad*", dice. Por otra parte, tienen una línea de investigación en neuroepidemiología, con un estudio que inició el 12 de Octubre hace 15 años para analizar en un población rural (Arévalo), en una urbana (Getafe) y en el centro de Madrid qué prevalencia de incidencia hay en enfermedades neurodegenerativas, tanto de Parkinson como enfermedad de Alzheimer y seguirlos mediante entrevistas sucesivas para ver qué ha pasado con esos pacientes.

Las nuevas tecnologías representan una oportunidad para intentar acercarse al paciente a domicilio. Un proyecto que realizaron con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) fue el desarrollo de un guante para intentar reducir el temblor en los pacientes con Parkinson. A finales de año, participarán en un ensayo con la Universidad Politécnica de Cataluña para una monitorización de la movilidad en pacientes con Parkinson. Sería como un holter, pero para el movimiento. "*Es un cinturón que nos va a ayudar a los neurólogos a monitorizar qué tipo de ejercicio físico hace el paciente, qué fases de día está reducida o aumentada y planificar un tratamiento específico al paciente*", describe. Como un traje hecho a medida.