

# Cambios cognitivos en la enfermedad de Párkinson

**Los síntomas cognitivos** son frecuentes en la enfermedad de Párkinson, aun cuando no todos los padecen. Los cambios cognitivos varían desde problemas leves hasta deficiencias más serias que pueden afectar las actividades diarias. Similar a la lentitud de movimiento (o bradicinesia), las personas que padecen de EP a menudo manifiestan lentitud en los procesos mentales (conocida como bradifrenia).

Las funciones intelectuales (o cognición) se refieren a las habilidades mentales utilizadas para procesar la información y aplicar el conocimiento. Estos procesos nos permiten realizar funciones diarias tales como prestar atención, resolver problemas y recordar dónde están las cosas y cómo hacer ciertas actividades. Cuando la gente habla acerca de las funciones intelectuales, a menudo se limitan a la “memoria”, pero la “memoria” es solamente una de las diferentes funciones intelectuales. La atención, la memoria de trabajo, la función ejecutiva y la función visual-espacial son las áreas cognitivas más frecuentemente afectadas en la EP.

**Atención y memoria de trabajo.** La atención es la habilidad de centrarnos de manera selectiva en un aspecto en particular de nuestro medio ambiente, olvidando a menudo estímulos de igual importancia. Es probable que a las personas con EP se les haga difícil concentrarse en una conversación, leer un libro o hablar con alguien mientras están caminando. La memoria de trabajo se refiere al proceso de almacenar información temporalmente en la mente y manipularla al cabo de poco tiempo; la aritmética mental es un ejemplo. A menudo estos procesos cognitivos están asociados al estado de vigilia y empeoran cuando los pacientes están somnolientos o toman medicamentos sedantes. Estos procesos cognitivos ocurren en los lobos frontal y parietal del cerebro. La memoria de trabajo también se sitúa en los ganglios basales y la corteza prefrontal dorsolateral, que son regiones afectadas por la EP.

**Función ejecutiva.** La función ejecutiva incluye la habilidad de planificar, organizar, iniciar y regular el comportamiento

orientado al logro de una meta. Estas conductas podrían incluir la realización de actividades múltiples, la resolución de problemas, el comienzo de nuevas tareas y el cambio de tareas. La función ejecutiva se sitúa en la corteza prefrontal y el sistema de neuronas productoras de dopamina, que son áreas afectadas por la EP. La disfunción ejecutiva es uno de los cambios cognitivos más referidos en la EP.

**Memoria.** En general, el concepto de memoria se refiere al aprendizaje y al recuerdo de información. Sin embargo, la memoria puede clasificarse en diferentes procesos y tipos. Existe la memoria inmediata (de segundos o minutos), la memoria corta (de minutos o días) y la memoria larga (de días o años). También existe la memoria de hechos, conceptos o acontecimientos (memoria declarativa) y la memoria para hacer ciertas cosas tales como amarrarse los zapatos o andar en bicicleta (memoria procedural), así como la memoria de trabajo (descrita anteriormente). La memoria declarativa se aloja en el hipocampo o lobo temporal del cerebro, mientras que la memoria procedural se sitúa en el área frontal y de los ganglios basales. Es probable que las personas con EP tengan dificultad para recordar información pero, en general, el deterioro de la memoria es menor que en las personas que sufren de enfermedad de Alzheimer. Con frecuencia, las personas con EP recuerdan información con más facilidad cuando se les dan pistas u opciones, lo cual las ayuda a recuperar la información “almacenada” en la memoria del cerebro.

**Habla.** El habla incluye el nombramiento de objetos, la generación de palabras, la comprensión y los conceptos

verbales. El problema más frecuente del habla asociado a la EP es el de encontrar las palabras “adecuadas”. Además, las personas con EP tienden a hablar menos y a utilizar un lenguaje más sencillo. Las dificultades del habla pueden ser frustrantes para los pacientes y sus cuidadores porque la comunicación verbal es una parte muy importante de la conducta humana.

**Función visual-espacial.** Estas habilidades nos permiten hacer un mapa espacial de nuestro ambiente y nos dan el sentido de la dirección. Las funciones visuales-espaciales nos permiten calcular la distancia y percibir la profundidad, utilizar las imágenes mentales, copiar dibujos y construir objetos. Un ejemplo sería poder dar instrucciones a alguien trazando la ruta en la mente, o armar un rompecabezas. Estas habilidades están alojadas en el lobo parietal del cerebro.

### **Evaluación cognitiva**

Existen varias maneras de evaluar las funciones intelectuales en el ambiente clínico o en la investigación. Los relatos de los pacientes, sus cuidadores, cónyuges o amigos son importantes. El médico podría hacer preguntas sobre la función cognitiva, si los problemas cognitivos han alterado las funciones intelectuales y si afectan las actividades cotidianas y el trabajo. El médico podría hacer exámenes cortos para evaluar los procesos mentales y la memoria, sin embargo, en general, la “norma de oro” es hacer pruebas neuropsicológicas formales, más integrales. Las pruebas neuropsicológicas incluyen una multitud de exámenes con respuestas escritas y orales, y evalúan diferentes ámbitos cognitivos. Estas pruebas pueden durar entre 45 minutos y varias horas.

### **Cambios cognitivos en las personas con EP**

Las deficiencias cognitivas leves, que no afectan la capacidad de llevar a cabo las actividades cotidianas, se han denominado “deterioro cognitiva leve”. Este deterioro puede presentarse en cerca del 25% de los pacientes con EP. Ahora sabemos que los cambios cognitivos leves pueden presentarse a principios de la EP e incluso durante su diagnóstico. Estos cambios pueden que afecten o no las actividades o el trabajo de una persona, dependiendo de las necesidades específicas.

La demencia representa un síndrome en el cual los pacientes tienen problemas en más de un área cognitiva y

estos problemas cognitivos limitan significativamente las actividades cotidianas. Aproximadamente el 40% de los pacientes con EP sufrirán de demencia. En estudios de larga duración, se ven índices más altos de demencia, en particular en pacientes que sufren de EP desde hace muchos años. A los pacientes con síntomas motores, a menudo se les diagnostica demencia con cuerpos Lewy. La demencia por EP y la demencia con cuerpos de Lewy se consideran a menudo “trastornos de cuerpos de Lewy” relacionados.

### **Causas del deterioro cognitivo en los pacientes con EP**

Las causas exactas del deterioro cognitivo en los pacientes con EP no son del todo claras. Ocurren cambios en las señales neuroquímicas que incluyen la dopamina, pero también la acetilcolina, la serotonina y la norepinefrina, que son importantes desde el punto de vista de las funciones intelectuales, la memoria, la atención y el estado de ánimo. En estudios de autopsias, se han encontrado cuerpos de Lewy (acumulaciones anormales de proteínas) en las neuronas de las áreas del cerebro responsables de los procesos cognitivos; en algunos casos, es probable que también haya enfermedades cerebrovasculares o la patología de la enfermedad de Alzheimer.

Además de la EP, existen otras causas importantes de la disfunción cognitiva, entre las que se encuentran enfermedades tales como trastornos de la tiroides, deficiencia de vitamina B12, infecciones de las vías urinarias y neumonía. En estos casos, por lo general mejoran los síntomas cognitivos, la confusión y las alucinaciones después de que la enfermedad ha sido tratada. Algunos medicamentos para tratar el dolor o los problemas de la vejiga pueden que causen somnolencia o confusión y por ello afectan la función cognitiva. La sordera o una vista defectuosa también pueden ser causas de problemas cognitivos. Un descanso incompleto o una somnolencia excesiva durante el día pueden afectar la función cognitiva. La depresión podría imitar los síntomas cognitivos. Lo mismo puede decirse de la ansiedad y la apatía. Por último, los traumas craneales, las convulsiones, los accidentes o “miniaccidentes” cerebro-vasculares podrían ser otras causas de deficiencias cognitivas.

Los medicamentos dopaminérgicos (levodopa, agonistas de la dopamina, inhibidores de MAO-B), que se utilizan para tratar la EP, afectan de manera variable las funciones intelectuales. Algunos estudios indican que estos medica-

mentos mejoran el estado de vigilia, la memoria de trabajo y las habilidades de planificación. Mientras que otros estudios indican que los medicamentos dopaminérgicos no tienen efecto alguno en las funciones intelectuales de las personas con EP y, en algunos casos, no mejoran los síntomas cognitivos ni la somnolencia, especialmente cuando se trata de los agonistas de la dopamina. Los pacientes de edad avanzada no toleran los agonistas de la dopamina ni los anticolinérgicos tan bien como los toleran las personas más jóvenes, y son más susceptibles a experimentar confusión y alucinaciones.

### **Estrategias para el manejo de los problemas cognitivos**

Si los problemas cognitivos se presentan de manera abrupta, es probable que el médico trate de determinar en primer lugar si hay alguna infección, un problema neurológico (por ejemplo, un accidente cerebro-vascular) o si se ha recetado un nuevo medicamento recientemente. Si los problemas cognitivos aumentan gradualmente, puede que se haga otro tipo de evaluación. En este caso, podría ser útil que un neurólogo, neurosiquiátrata o un especialista en funciones intelectuales examine al paciente.

Los medicamentos que se utilizan para tratar la demencia en la EP se basan en los tratamientos para la enfermedad de Alzheimer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) aun cuando sean enfermedades diferentes. Los medicamentos actúan sobre el sistema colinérgico (sistema neuroquímico responsable de la atención y la memoria) e incluyen: donepezilo (Aricept), rivastigmina (Exelon) y galantamina (Razadyne). Por el momento solo la rivastigmina (Exelon) cuenta con la aprobación de la FDA para tratar la demencia por EP. En estudios clínicos se ha indicado que los beneficios cognitivos de estos medicamentos han sido modestos y que el paciente debe hablar con su médico sobre su uso. Entre los efectos colaterales se encuentran náusea, diarrea y, en algunos casos, empeoramiento del temblor. La memantina (Namenda) es otro medicamento aprobado por la FDA para tratar la enfermedad de Alzheimer, pero se deben profundizar los estudios en cuanto a su uso en casos de demencia por EP. En la actualidad estos medicamentos no cuentan con la aprobación de la FDA para tratar casos de deterioro cognitivo leve.

Las estrategias sin medicamentos podrían ayudar a los pacientes con sus tareas intelectuales, comunicación

y otras actividades cotidianas, y a mejorar la calidad de vida. Entre estas estrategias son útiles los recordatorios de pastillas, los relojes despertadores y los temporizadores. También son buenas estrategias la simplificación de actividades en pasos más pequeños, el uso de agendas para controlar el tiempo y hacer seguimiento a las actividades y la preparación de listas de cosas por hacer. Es importante mantener una rutina regular para la realización de actividades y ejercicios diarios. Los artículos de uso diario en el hogar (como utensilios, vasos, llaves, etc.) deben guardarse siempre en el mismo lugar; además, se recomienda etiquetar las gavetas. A menudo los pacientes responden mejor si se les dan opciones o pistas, en particular si tienen dificultad para encontrar las palabras o si sus facultades mentales son lentas. El “ejercicio” mental es tan importante como el ejercicio físico. Si bien no se conoce el mecanismo exacto, los estudios indican que cuando se encierra a las ratas en “ambientes enriquecidos” con juguetes y objetos interesantes, aumenta el crecimiento de su cerebro y tienen una mejor capacidad para aprender que las que se mantienen en un ambiente “aburrido”. Algunas de las actividades mentales son armar rompecabezas, jugar a las cartas, leer libros, asistir a charlas y conciertos o aprender una nueva actividad. Estas tareas pueden complementarse con ejercicios físicos como por ejemplo aprender unos nuevos pasos de baile. Al igual que con los ejercicios físicos, no hay un ejercicio mental “adecuado” único. Las interacciones sociales son una pieza importante de la estimulación mental, y pueden realizarse muchas actividades con amigos y familiares.

El manejar automóviles es un tema de seguridad importante que debe tomarse en cuenta pues abarca muchos procesos cognitivos y motores. Algunos terapeutas ocupacionales realizan pruebas simuladas o reales de manejo que pueden ayudar a los médicos y familiares a tomar decisiones sobre las habilidades para manejar. En el caso de pacientes con una demencia más avanzada, los programas de cuidado diario para adultos y las actividades de grupo en los hogares de cuidado pueden mejorar la interacción social. Los trabajadores sociales pueden ser valiosos a la hora de ayudar a los pacientes y a los cuidadores a manejar los estresores y las frustraciones.

En conclusión, el deterioro cognitivo a menudo va de la mano con la EP. En los últimos años ha aumentado enormemente la toma de conciencia sobre el deterioro cognitivo en la EP, sin embargo, es necesario entender aún

más las causas de este deterioro asociado a la EP y mejorar las intervenciones, tareas en las cuales están centrados los trabajos de investigación actuales.

**Por Jennifer G. Goldman, MD, MS**

La doctora Goldman es profesora asociada en la Sección de la Enfermedad de Párkinson y Trastornos del Movimiento, Departamento de Ciencias Neurológicas del Centro Médico de la Universidad Rush, en Chicago, IL.

Traducción al español por: **Ricardo López Castellanos, MD**

El contenido de este suplemento tiene como único objetivo informar al lector, por lo que no debe utilizarse para fines de tratamiento, sino para que el paciente converse con su médico.

Para obtener copias adicionales gratuitas de este artículo, sírvase llamar a la Asociación Americana de la Enfermedad de Párkinson al (800) 223-2732 o visitar su sitio web **[apdaparkinson.org](http://apdaparkinson.org)**

© Copyright 2017, APDA, Inc.