

Chile lidera el ranking latinoamericano de prevalencia de enfermedad de Parkinson

Parkinson's Disease in Chile: Highest Prevalence in Latin America

Señor Editor:

El actual escenario sociodemográfico mundial, caracterizado por un aumento de la esperanza de vida y una población cada vez más envejecida, ha traído como consecuencia el aumento de enfermedades neurodegenerativas, entre ellas el Parkinson. Actualmente esta patología constituye el segundo trastorno neurodegenerativo más común después de la enfermedad de Alzheimer, afectando a una de cada cien personas mayores de 60 años¹.

El Parkinson es una enfermedad progresiva, etiológicamente heterogénea y multifactorial, caracterizada principalmente por una tríada motora que, clínicamente, se expresa con temblor en reposo, rigidez y enlentecimiento de los movimientos (bradiquinesia) o incapacidad de iniciar los mismos (acinesia). Adicionalmente, y en etapas más tardías, se observan alteraciones en la postura y la marcha^{2,3}.

Se sabe que la alteración patológica que subyace a la enfermedad de Parkinson es la pérdida de las neuronas en el área ventral de la pars compacta de la sustancia nigra del mesencéfalo, responsables de producir la dopamina; un neurotransmisor que actúa en el estriado, modulando el movimiento y el tono muscular. Es de causa desconocida, pero existe consenso respecto al papel que jugaría la interacción de factores ambientales y genéticos⁴.

Un reciente estudio publicado en "The Lancet Neurology", que incluyó 94 estudios de prevalencia, 34 de incidencia y 10 estudios de riesgo de mortalidad en diferentes zonas geográficas del mundo; concluyó que, a nivel global, la prevalencia de la enfermedad de Parkinson se ha duplicado en los últimos 26 años, pasando de 2,5 millones de personas (IC 95% 2,0-3,0) en 1990 a 6,1 millones (IC 95% 5,0-7,3) el año 2016⁵.

Esta investigación, reportó además que la enfermedad de Parkinson fue causa de 211.296 muertes en el mundo el año 2016 y responsable de 3,2 millones de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs). En relación con el año 1990, la mortalidad y DALYs registrados en el 2016 fueron 2,6 y 2,5 veces mayor, respectivamente. Este aumento no se explica únicamente por el aumento en el número de personas mayores y, por ende, por el aumento de la esperanza de vida de la población, ya que las tasas estandarizadas por edad también aumentaron en la mayoría de las regiones⁵. El estudio también destaca que la prevalencia de Parkinson en el 2016 fue 1,4 veces mayor

en hombres que en mujeres y que su aumento estuvo asociado al nivel socioeconómico de la población, donde países con un mayor ingreso per cápita (industrializados) han sido los que han experimentado los mayores aumentos en la prevalencia y mortalidad asociada a la enfermedad⁵.

Considerando la rápida transición epidemiológica que ha experimentado la población chilena, y el aumento en la esperanza de vida que sitúa a Chile como uno de los países más longevos de Latinoamérica, es relevante describir el escenario epidemiológico de la enfermedad de Parkinson, con el fin de orientar políticas de salud pública para la prevención y tratamiento de enfermedades neurodegenerativas, las cuales presentan un fuerte vínculo con el actual envejecimiento de la población chilena. En este contexto, el estudio indica que entre el periodo 1990-2016, las muertes atribuidas a Parkinson aumentaron en 16,5% y la prevalencia en 19,9%, situando a Chile como el país Latinoamericano que registra el mayor aumento en la prevalencia de esta patología, seguido por Paraguay, El Salvador, Honduras y Guatemala, mientras que los países que reportaron el menor incremento en la prevalencia fueron Argentina, Cuba y Uruguay (Figura 1). En relación al número de muertes atribuidas al Parkinson, Chile se sitúa en la 5ta posición después de Paraguay, Haití, Bolivia y Honduras (Figura 1)⁵.

Los autores del extenso informe⁵ sugieren, que si bien el envejecimiento de la población es un factor importante que contribuyó al aumento del Parkinson, también existen otras posibles razones que explicarían su aumento, como la duración de la enfermedad asociada al aumento de la esperanza de vida (lo que se relaciona con los avances diagnósticos y terapéuticos y una mejor educación sanitaria de la población) y a posibles factores de riesgo ambientales relacionados con la creciente industrialización; lo que ha sido confirmado por varios estudios^{6,7}. Esto explicaría que diferentes países hayan experimentado diferentes tendencias debido a las diferencias en el entorno físico o social, lo que también ha sido ratificado por otros estudios^{3,8,9}. Otro posible factor que explicaría el aumento de la patología según el estudio⁵, es la disminución de las tasas de tabaquismo, ya que el riesgo de desarrollar Parkinson aumenta en personas que han dejado de fumar. Si bien no hay claridad en los potenciales mecanismos que expliquen como el tabaquismo se asocia a un menor riesgo, hay estudios que sugieren que el abandono del tabaquismo podría ser una de las razones en el alza en la prevalencia de Parkinson¹⁰.

Al ser el envejecimiento un fenómeno global; los hallazgos reportados en relación con esta tendencia epidemiológica deberían servir de base para seguir avanzando en la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública en nuestro país; ya que, si bien la enfermedad de Parkinson está cubierta por el Sistemas de Garantías en

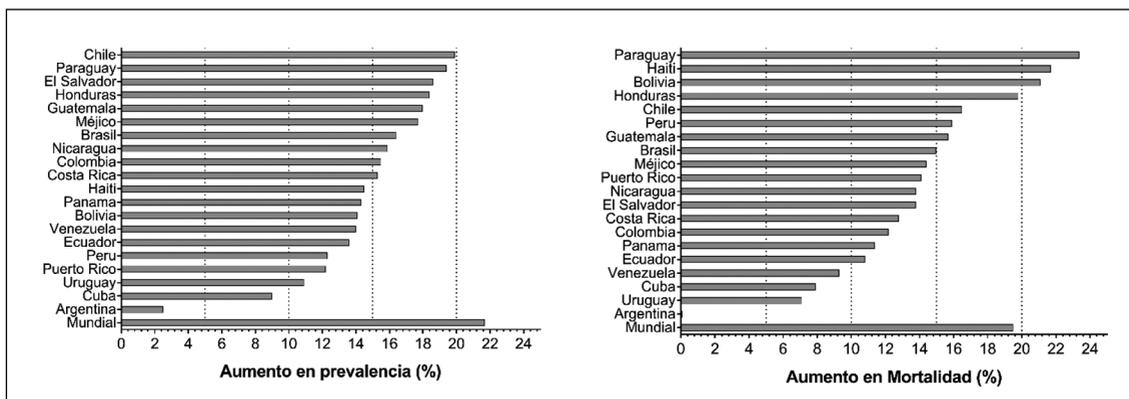


Figura 1. Cambio en la prevalencia y mortalidad atribuida a la enfermedad de Parkinson en Centro y Latino América entre los años 1990 y 2016. Datos ajustados por edad y fueron extraídos de (5).

Salud (AUGE), el programa no considera terapias que contribuyan a fortalecer aquellas capacidades que se van deteriorando a medida que avanza la enfermedad, de tal forma de reducir la carga asociada a las enfermedades neurológicas comunes en una población que envejece.

Ana María Leiva^{1,a}, María Adela Martínez-Sanguinetti^{2,b}, Claudia Troncoso-Pantoja^{3,c}, Gabriela Nazar^{4,d}, Fanny Petermann-Rocha^{5,6,e}, Carlos Celis-Morales^{5,7,f}, en representación de los investigadores del grupo ELHOC.

¹Instituto de Anatomía, Histología y Patología, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

²Instituto de Farmacia, Facultad de Ciencias, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

³CIEDE-UCSC, Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción. Concepción, Chile.

⁴Departamento de Psicología y Centro de Vida Saludable. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

⁵BHF Glasgow Cardiovascular Research Centre, Institute of Cardiovascular and Medical Science, University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom.

⁶Institute of Health and Wellbeing, University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom.

⁷Centro de Investigación en Fisiología del Ejercicio-CIFE, Universidad Mayor. Santiago, Chile.

^aProfesora de Biología y Química. MSc. Neurociencias y Salud Mental.

^bBioquímica. MSc. Nutrición y Dietética. ^cMSc. Salud Pública basada en la evidencia; MSc Gerontología

^dPhD.

^eNutricionista. MSc Nutrición Humana.

^fProfesor de Educación Física, Doctor en Ciencias Cardiovasculares y Biomédicas.

Referencias

1. Erkinen MG, Ohk K, Geschwind M. Clinical Neurology and Epidemiology of the Major Neurodegenerative Diseases. *Cold Spring Harb Perspect Biol* 2018; 10 (4). pii: a033118.
2. Jankovic J. Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008; 79 (4): 368-76.
3. León B. Epidemiology of Parkinson's disease in Spain and its contextualisation in the world. *Rev Neurol* 2018; 66 (4): 125-34.
4. Guía Clínica Enfermedad de Parkinson. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, MINSAL, 2010.
5. GBD 2016 Parkinson Disease Collaborators. Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2018; 17: 939-53.
6. Palacios N. Air pollution and Parkinson's disease-evidence and future directions. *Reviews on environmental health. Rev Environ Health* 2017; 32 (4): 303-13.
7. Gunnarsson LG, Bodin L. Parkinson's disease and occupational exposures: a systematic literature review and meta-analyses. *Health*. 2017; 43 (3): 197-209.
8. Marras C, Beck JC, Bower JH, Roberts E, Ritz E, Ross GW. Prevalence of Parkinson's disease across North America. *Parkinson's Disease* 2018; 4: 21.
9. Carriere N, Verloop D, Dupont, C, Fontaine V, Tir M, Krystkowiak P, et al. Descriptive study of the parkinsonian population in the north of France: Epidemiological analysis and healthcare consumption. *Revue Neurologique* 2017; 173 (6): 396-405.
10. Costa P, Zabetian C, Ching S, Agarwa P, Yearout D, Chek-oway H. Smoking and haptoglobin phenotype modulate serum ferritin and haptoglobin levels in Parkinson disease. *J Neural Transm* 2016; 123: 1319-30.

Correspondencia a:

Ana María Leiva Ordoñez

Instituto de Anatomía, Histología y Patología, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

aleiva@uach.cl