

## Epidemiología de las demencias

Juan José Morales-Virgen\*

El incremento en la frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas los padecimientos demenciales, es ya un problema de salud pública para los países altamente industrializados. Debido a que la mayoría de la información existente en la literatura mundial carece de cifras latinoamericanas, y al hecho demostrado de ciertas diferencias en las formas de presentación y en los factores de riesgo estudiados, se hace inminente la necesidad de realizar este tipo de investigaciones; en nuestro país, con la finalidad de conocer el comportamiento de estas enfermedades, facilitar la asistencia y la intervención y planificación de los servicios asistenciales.

Desde 1950 se consideraba que alrededor de cien millones de personas eran mayores de 60 años; se espera que esta cifra aumente en el año 2025 hasta mil millones.<sup>1</sup> En el último censo poblacional (1990) realizado en nuestro país se determinó que aproximadamente cinco millones de personas eran mayores de 60 años de edad y se espera que para el año 2015 tal cifra se duplique. A lo anterior se agrega que desde 1991 la Organización Mundial de la Salud, por medio de un grupo de expertos, considera que el envejecimiento poblacional y la transición en salud de los países en desarrollo, son fuente de preocupación en el mundo entero, pues más de 60% de la población mundial mayor de 60 años vive en esas regiones.

Los estudios para determinar la frecuencia de las demencias en la población tienen un gran relevancia, pues a partir de ellos se planifican los servicios de salud para el estudio y el manejo de los pacientes. Los trabajos epidemiológicos muestra-

ron en sus inicios importantes variaciones en cuanto a criterios diagnósticos, metodología y detección de casos. El mayor número de estudios reportados son de tipo transversal, por lo que se ha intentado aplicar diversas encuestas para describir la prevalencia del problema, principalmente en el grupo de 60 a 79 años de edad. Se estima una prevalencia de demencia moderada y severa, con una tasa de 6.1 ( $\pm 2.3$ ) casos por habitante, de los cuales 2.0 son del tipo Alzheimer, 2.8 del tipo vascular y 1.3 debido a causa mixta u otras (Folstein, 1981); en forma más destacada, el estudio de East Boston del mismo año, reportó una tasa de prevalencia de enfermedad de Alzheimer de 12.3 casos por 100 habitantes<sup>2</sup>

De acuerdo con el metanálisis de Hoffman y Rocca en 1991, considerando el periodo comprendido entre 1980 y 1990, con estudios europeos y con base en los criterios del DSM-III, se encontró que para la prevalencia había diferencias claras, ya que pudo observarse un incremento brusco por grupos de edad (cada cinco años); en el grupo de menos de 75 años, el predominio fue en los varones y en el grupo de 75 y más en las mujeres. En cuanto a la enfermedad de Alzheimer, los mismos autores tomaron los criterios del NINCDA-ADRDA (McKahn, 1984), en donde también encontraron diferencias en las tasas de prevalencia por edad y sexo, pero no por área geográfica. El mayor hallazgo fue un aumento exponencial de número de casos por 100 habitantes de acuerdo con la edad: 0.02 en el grupo de 30 a 59 años, 0.3 en el grupo de 60 a 69 años, 3.1 en el grupo de 70 a 79 años y 10.8 en el grupo de 80 a 89 años. Por sexo, los hallazgos fueron menos consistentes, de la misma

\* Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Consultante de Geriatria.

Correspondencia y solicitudes de reprints: Dr. Juan José Morales Virgen, Vasco de Quiroga No. 15 Sección XVI, CP. 14000, México, D.F.

forma en que lo demuestran estudios en poblaciones de Italia y Finlandia, donde coinciden al señalar una mayor incidencia en mujeres que en varones en todos los grupos de edad, debido posiblemente a una mayor sobrevivencia del sexo femenino, o bien al riesgo real que existe de Alzheimer en mujeres; sin embargo, otros autores en Suecia y Estados Unidos difieren al encontrar una mayor incidencia en varones; esto puede ser explicado por diferencias metodológicas más que por diferencias geográficas.<sup>3</sup>

Existen pocos estudios referentes a la incidencia, ya que es necesario un seguimiento adecuado para detectar nuevos casos; sin embargo, sobresalen tres ensayos por su metodología y resultados: el de Kay, realizado en 1972 en Newcastle, quien en un período de cuatro años, reportó una tasa de incidencia anual de demencia en mayores de 64 años de edad de 1.4 casos por 100 habitantes. Otro estudio fue realizado por Jarvik, Ruth y Matsuyama, en 1980; tras un seguimiento de seis años, encontraron una tasa de incidencia de 2.7 con una edad promedio de 83 años. Finalmente, Mortimer, Schuman y French, en 1981, reportaron en un estudio longitudinal realizado en Baltimore una tasa de un caso por 100 habitantes mayores de 65 años de edad; en dicho estudio, los resultados sobre prevalencia e incidencia de enfermedad de Alzheimer muestran tasas muy elevadas, lo cual quizá se deba a que los criterios diagnósticos utilizados (NINCDS-ADRDA) son menos estrictos que los del DSM-III, en que se basaron para el metanálisis europeo. El hecho de las pequeñas variaciones en la prevalencia e incidencia de esta enfermedad en particular, contrasta con las grandes diferencias genéticas y ambientales propuestas como factores de riesgo, lo cual cabe explicar por la carencia de series de tiempo para el estudio de incidencia.<sup>4,5</sup>

El objetivo primario en el estudio de las demencias es investigar las causas potenciales y los medios para prevenirlas, *i.e.* los genes predisponentes y los factores ambientales, y por otro lado, la mención que hacen diversos estudios epidemiológicos de que la mayor parte de los pacientes con demencia se encuentran en la comunidad y no en las instituciones.<sup>6</sup>

Una de las dificultades metodológicas en el estudio del deterioro cognoscitivo, en relación con el

envejecimiento, es la selección de los sujetos y los cambios generacionales.<sup>3</sup> Varios de los aspectos de las funciones mentales se alteran en la edad avanzada; sin embargo, existe gran variabilidad en el grado de afectación; la razón por la que un buen número de sujetos muestran cambios cognoscitivos importantes en este período y la mayoría permanecen con un desempeño prácticamente igual que los adultos, se desconoce. Hasta el momento, es evidente que al menos un número considerable de estos cambios se encuentran relacionados con diferencias estructurales y funcionales, aun en ancianos sanos y otros cambios se relacionan con el mismo envejecimiento.<sup>7</sup>

La búsqueda de nuevos casos es importante por diferentes razones: la sensibilidad de los instrumentos de tamizaje sigue una metodología diferente en cada estudio; existen muchos instrumentos de medición, lo cual dificulta las comparaciones; la limitación en la estandarización de las variables se debe a la dificultad en el lenguaje y la adaptación de algunos instrumentos (por ejemplo el Mini-Mental State Exam); hay diferencias en la aplicación e interpretación de los criterios diagnósticos, así como grandes problemas para identificar los distintos tipos de demencia (enfermedad de Alzheimer, mixta vascular y otras).<sup>8,9</sup>

El futuro de la investigación epidemiológica deberá encaminarse hacia algunos puntos en particular dentro del estudio de las demencias, principalmente a la realización de estudios longitudinales para determinar la incidencia y prevalencia de los diferentes tipos de demencia; distinguir los factores asociados con un diagnóstico en las primeras fases; a realizar estudios y comparaciones con países en desarrollo y al abordaje de las situaciones geográficas para el estudio de factores de riesgo no descritos.<sup>3</sup>

Referirse a la epidemiología de las demencias resulta primordial para conocer la magnitud del problema en nuestro medio; sin embargo, la carencia de estudios como fuente importante de información limita el conocimiento. Los estudios epidemiológicos recientes abordan el diagnóstico de las demencias en dos etapas: en la primera se incluyen pruebas de tamizaje para detectar los casos potenciales en la comunidad; la segunda se realiza mediante protocolos clínicos o neuropsicológicos que intentan estandarizar el diagnóstico.<sup>9,10</sup>

Finalmente, la demencia es un grave problema, que incluye costos directos e indirectos en materia sanitaria muy elevados, así como una importante carga para la familia; por lo cual, las líneas de investigación deben dirigirse al diagnóstico correcto y oportuno, así como al desarrollo de modelos de atención específicos para dichos enfermos.

## Referencias

1. **Mayeux R, Schofield PW.** Alzheimer's disease. En: Hazzard WR. Principles of geriatric medicine and gerontology. 3a. ed. McGraw Hill, 1994:1035-1050.
2. **Van Der Cammen TJM.** The size of the problem: epidemiology of dementia. En: Eburon Delft, ed. Diagnostic approach and management: aspects of early dementia. 1991:53-85.
3. **Anthony JL, Aboraya A.** Epidemiology of selected mental disorders in later life. En: Birren JE, ed. Handbook of mental health and ageing. 2a. ed. San Diego: Academic Press, 1990:32-40.
4. **Colsher PL, Wallace RB.** Epidemiologic considerations in studies of cognitive function in the elderly: methodology and nondementing acquired dysfunction. *Epidem Rev* 1991;13:2-27.
5. **Sayetta RB.** Rates of senile dementia-Alzheimer type in the Baltimore longitudinal study. *Chron Dis* 1986;39:271-286.
6. **Breitner JCS, Welsh KA.** Genes and recent developments. En: The epidemiology of Alzheimer's disease and related dementia. *Epidem Rev* 1995;17:39-47.
7. **Shalat SL, Seltzer B, Pidcock C, Baker EL.** Risk factors for Alzheimer's disease: a case-control study. *Neurology* 1987;37:1630-1633.
8. **Henderson AS.** The epidemiology of Alzheimer's disease. *Br Med Bull* 1986;42:3-10.
9. **Breteler MB, Claus JJ, Dujin CM y cols.** Epidemiology of Alzheimer's disease. *Epidem Rev* 1992;14:59-77.
10. **Hoffman A, Rocca WA, Brayne C.** The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 prevalence findings. *Ann Neurol* 1991;30:381-390.