

EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Por ENRIQUE GALLI*

RESUMEN

Se revisa la literatura actual de epidemiología de la demencia y en particular de la Enfermedad de Alzheimer. La epidemiología descriptiva, señala una prevalencia que fluctúa entre 4.5% y 18.5% para personas mayores de 65 años, y una incidencia anual entre 1.4 y 2.5. La Epidemiología analítica señala factores etiológicos genéticos (compromiso de cromosomas 14 ó 21), exposición de aluminio y factores psicosociales como la educación y trastornos psiquiátricos previos.

SUMMARY

The current literature about epidemiology of dementia, and particulary Alzheimer's Disease epidemiology is reviewed. Descriptive Epidemiology marks a prevalence that fluctuates between 4.5% and 18.5% for persons over 65 years, and an annual incidence between 1.4 and 2.5. Analitic Epidemiology, marks etiologic genetic factors (chromosomes 14, 19 or 21 linked to familial forms), aluminium exposition and psicosocial factors as education and previous psychiatric disorders.

PALABRAS-CLAVE: Demencia, Enfermedad de Alzheimer, epidemiología descriptiva, epidemiología analítica.

KEY WORDS: Dementia, Alzheimer's disease, descriptive epidemiology, analitic epidemiology.

* Jefe del Departamento de Psiquiatría de la UPCH. Vicepresidente de la Sociedad Peruana de Psiquiatría Biológica. Lima, Perú.

INTRODUCCION

La ciencia contemporánea ha logrado un notable avance en el desarrollo e investigación de las Ciencias de la Salud, conllevando a una mejor calidad de vida y por ende una supervivencia mayor. Se proyecta que para el año 2000, la población mundial se verá incrementada en 32% y alcanzará unos 6,100 millones de habitantes. El incremento poblacional, entre los países desarrollados y subdesarrollados será totalmente dispar; es así como la población entre 65 y 75 años se incrementará en 33.2% en los países desarrollados, mientras que en los países subdesarrollados este aumento será del 104.2%¹. Los cambios de prevalencia para la demencia son más impresionantes; KRAMER encuentra que en poblaciones entre 65 y 70 años, en los países desarrollados, el incremento entre los años 1975 al 2000 será del 24%, mientras que tal incremento en los países menos desarrollados llegará al 99%².

La sociedad humana está experimentando un cambio trascendental con el aumento de la población añosa. El envejecimiento poblacional es relevante ya que el 9% de la población total mundial pasa los 60 años. Así en los países de elevada fecundidad como los latinoamericanos, esta población fluctúa entre 5% y 7% del total de habitantes; en cambio, en los países de escasa fecundidad (países desarrollados) alcanza cifras del 15% al 18%³. En el Perú, las últimas estadísticas dan una cifra de 4.6% de gerontes según el INEI⁴. Se estima que al finalizar el siglo habrá alrededor de 20 millones de gerontes en América Latina.

La demencia es una de las enfermedades más comunes en la población de la tercera edad, después de la depresión⁵, alcanzando niveles de prevalencia entre

el 10.7%⁶ al 17.8%⁷. Estudios canadienses entre 1986 y 1993⁸ corroboran estos resultados.

Los síntomas clínicos básicos consisten en la disminución de la memoria, fundamentalmente de fijación, el compromiso del pensamiento abstracto y del juicio (funciones cognoscitivas), y trastornos en la conducta que se manifiestan como "cambios en la personalidad" o síntomas psicopatológicos (funciones conductuales)⁵, todo como resultado de disturbios en las funciones corticales. La epidemiología de la demencia en general, y de la enfermedad de Alzheimer (EA), en particular, se puede subdividir en una descriptiva y otra analítica; ambas se tocan líneas abajo.

EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA

La prevalencia de la EA para las personas mayores de 65 años es estimada entre 4.5%⁹ y 18.5%¹⁰. Los valores promedio fluctúan entre el 5 y el 10% considerando las EA puras y las asociadas con la demencia cerebro-vascular (DV). Con la edad, los porcentajes de prevalencia van incrementándose.

La incidencia de la EA es de difícil determinación porque tiene un inicio insidioso y el diagnóstico precoz es muy difícil. Los estudios longitudinales por más de 5 años en New Castle en Inglaterra¹¹, estiman una incidencia anual de 1.4. Mientras que estudios en Suecia¹² dan una incidencia de 2.3. Tanto la incidencia como la prevalencia se incrementa con la edad como se comprueba en estudios en Rochester, Estados Unidos. Rocca sugiere que cuando la edad y el sexo son tomados en cuenta, no hay diferencias geográficas significativas en la prevalencia del EA. En cuanto al incremento exponencial de la incidencia de la EA con la edad,

pareciera ser de tres a uno con cada 10 años por encima de los 65.

Las causas más frecuentes de demencia son EA y DV. La frecuencia de EA es más alta en la mayoría de poblaciones europeas, Shanghai y Estados Unidos. Según BRUN las demencias más frecuentes son: EA 42%, DV 26%, EA + DV 12%¹³. MORRIS en sus estudios y revisiones de la EA considera una frecuencia de cerca del 75%¹⁴. Sin embargo, en Rusia y Japón los porcentajes de frecuencia de ambas demencias son similares.

EPIDEMIOLOGIA ANALITICA

La epidemiología analítica estudia los factores concernientes a la etiología de la enfermedad, en otras palabras, la implicancia de los factores de riesgo en la EA. Actualmente se sugiere un factor genético en la etiología de la EA, especialmente en las de tipo presenil, en relación al cromosoma 21 y otros cromosomas como el 14 y el 19¹⁵. Hay una asociación positiva con historia familiar de EA, parientes con el Síndrome de Down, Enfermedad de Parkinson, edad avanzada de la madre al nacer el niño (más de 40 años), edad prematura (menos de 18 años) y antecedentes de traumatismo cerebral en particular en el sexo masculino.

La exposición al aluminio pareciera tener cierta relación con la EA, sin embargo no hay evidencia convincente aún. Es así como la ingesta excesiva de niveles de aluminio en el agua en algunas zonas de Inglaterra, no han revelado incremento de la EA¹⁶. Tampoco la ingestión crónica de antiácido con aluminio se asocia con el incremento de riesgo de DA. Sin embargo, el uso de desodorantes conteniendo aluminio pareciera tener algún grado de relación.

Los factores psicosociales como la educación y trastornos psiquiátricos previos, y su tratamiento, parecieran tener cierto factor de riesgo. Se ha encontrado una asociación entre historia de depresión y casos de EA de inicio tardío. Sin embargo, no se ha encontrado asociación entre eventos de vida traumáticos, tratamiento antidepresivo y la EA. En Italia, FRATGLIONI (1991) sugiere que no hay relación entre EA y la deprivación educacional. En cambio, en China los trabajos sugieren lo contrario¹⁷, entre los lectores del Talmud es rara la EA.

Hay hipótesis virales, aún no claras, como la del herpes simplex¹⁸, sobre todo si hay encefalitis, en relación de comorbilidad con la EA. La posibilidad de una autoinmunidad es otro factor a tener presente¹⁹. La anestesia general y el consumo de alcohol también son factores de riesgo algo menores.

CONCLUSIONES

1. La epidemiología descriptiva nos da una prevalencia aproximada del 5 al 10% de la EA, que es la más frecuente de las demencias a nivel mundial y la prevalencia se incrementa exponencialmente con la edad.

2. La epidemiología analítica nos da como factores de riesgo a los siguientes: genética, historia familiar de EA y de Síndrome de Down y Enfermedad de Parkinson, historia de depresión, historia de TEC fundamentalmente en hombres, historia de encefalitis, historia de herpes, anestesia general, consumo de alcohol, exposición al aluminio, deprivación educacional, y sobre todo el envejecimiento.

3. Los factores de riesgo son heterogéneos para la EA.

RESUME

Une révision est fait des publications en épidémiologie des démences et en particulier de la maladie d'Alzheimer. L'épidémiologie descriptive montre une prévalence d'entre 4.5 et 18.5% pour les personnes âgées de plus de 65 ans et une incidence annuelle de 1.4 à 2.5. L'épidémiologie analytique signale des facteurs de risque génétiques (Chromosomes 14 et 21), d'exposition à l'aluminium et des facteurs psychosociaux (éducation et maladies psychiatriques précédentes).

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde die Literatur über Demenz und Alzheimer Krankheit untersucht. Ihre Praevalenz waere zwischen 4.5-18.5% für Personen über 65 Jahre mit 1.4-2.5 jaehrlicher Haeufigkeit. Es gibt genetische und sozialen Ursachen, die sehr wichtig zu merken sind.

BIBLIOGRAFIA

1. MANN A., GRAHAM, & ASHBY, D. (1984): "Psychiatric illness in residential homes for the elderly: a survey in one London Borough". *Age and Ageing*, 13: 257-265. - 2. KRAMER, M. (1980): "The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities". *Acta Psychiat Scand, Supplement 285*: 262, 383, 396. - 3. FAHRER, R.D. et al. (1986): "Gerontopsiquiatria". En *Psiquiatria*, G. Vidal & R. Alarcón (Eds) Ed. Médica Panamericana S.A., Buenos Aires. - 4. I.N.E.I. (1994): *Informe Oficial del Instituto Nacional de Estadística e Informática*; Lima, Perú. - 5. GALLI, E. & BANCALARI, E. (1995): "Psicogeriatría en Latinoamérica: Prevalencia de la depresión y la demencia". Conferencia en el 18vo. mitin de la A.A.P.V., Cancún, México. - 6. HAGNELL, O., LANKE, J., ROSMAN, B. & OJESJO, L. (1983): "Current trends in the incidence of senile and multi-infarct dementia. A prospective study of a population followed over 25 years. The Lundby study". *Arch Psychiat and Neurol Sci*. 233: 423-438. - 7. BICKEL, H. & COOPER, B. (1989): "Incidence of dementing illness among persons aged over 65 years in an urban population". En *Epidemiology and prevention of mental disorders*, B. Cooper & T. Helgason (eds), Royledge, London (5): 587-599. - 8. ROCKWOOD, K. & STANDNYK, K. (1994): "The prevalence of dementia in the elderly: a Review" *Can. J. Psychiat*. 39 (5): 253-257. - 9. HASEGAWA, K. (1979): "The prevalence of dementia of Alzheimer's Disease". *Int. J. Ment Health* 8:36-49. - 10. NIELSEN, J. (1973): Alzheimer's Disease, Descriptive and Analytic Epidemiology. *Acta Psychiat. Scand*, 38: 307-30. - 11. ROTH, M., In KATZMAN, R., TERRY, R. & BICK, K. (eds) (1988): *Alzheimer's disease: senile dementia and related disorders*, Raven Press, New York: 337-339. - 12. HAGNELL, O.A. (1966): *Prospective study of the incidence of mental disorders*. Svenska, Bokforlage, Stockholm. - 13. BRUN, L. (1981): "An epidemiologist views senile dementia". *Am. J. Epidem.* 115, 155-162. - 14. MORRIS, J.C. (1994): "Differential diagnosis of Alzheimer's disease". *Clin. Geriatr. Med.* 19 (2):257-276. - 15. HARDY, J. (1994): "Alzheimer's disease. Clinical molecular genetics". *Clinical. Geriatr.-Med.* 10(2):239-247. - 16. MARTYN, L. et al. (1989): "Geographical relation between Alzheimer's disease and aluminium in drinking water". *Lancet*, 59-65. - 17. SHEN, YC, LI - G.; LI Y.T; et al. (1994): "Epidemiology of age related dementia in China". *Chin-Med-J-Engl.* 1994 107(1): 60-64. - 18. DINN, J.J. (1980): "Transolfactory spread of virus in herpes simplex excephalitis". *Lancet*, 1392. - 19. SING, E & FUDENBERG, B. (1986): "Detection of brain auto-antibodies in the serum of patients it Alzheimers's disease but no Dow's syndrome". *Immunology [Letters]*, 12: 277-80.