

PREVALENCIA DE DEMENCIA EN POBLACIÓN GENERAL: UNA REVISIÓN

Prevalence of dementia in general population: a review

Heike Hesse

Postgrado de Neurología - UNAH, Instituto de Neurociencias,
Honduras Medical Center y Asociación Hondureña de Alzheimer

RESUMEN: Según la OMS, aproximadamente 24 millones de personas sufren algún tipo de demencia. El aumento en el número de casos para el año 2010 se espera sea de 37%. Las demencias son un grupo de enfermedades neurológicas generalmente crónicas y progresivas, que cursan con deterioro adquirido en las funciones cognitivas superiores, sin alteración en el estado de alerta; alteraciones neuropsiquiátricas y dependencia en actividades rutinarias. Se cree que la causa más común es la Enfermedad de Alzheimer. Se estima una prevalencia mundial de demencia de 6.1% entre las personas mayores de 65 años. Un dato replicado muchas veces es que las prevalencias tienden a duplicarse cada cinco años de vida. Las prevalencias parecen ser iguales entre los sexos; ser menores en países en desarrollo y aumentar según el grado de analfabetismo. En América Latina un análisis comparativo de 8 estudios obtuvo una prevalencia de 7.1. En Honduras, no se han realizado estudios sobre la prevalencia de demencia, pero un estudio dirigido a varias enfermedades reveló una prevalencia de personas con quejas prominentes de memoria de 3.2 /1000. Es muy importante conocer la prevalencia de demencias en nuestro país para la adecuada asignación de recursos. **Rev Med Hondur 2009;77(1):29-34**

Palabras clave: Demencia, Alzheimer, Prevalencia.

INTRODUCCIÓN

Un reporte reciente de la Organización Mundial de la Salud demostró que los trastornos neurológicos afectan a casi un billón de personas en el Mundo. Las enfermedades neurológicas afectan a personas en todos los países, sin respetar edad, sexo o nivel socio-económico. Según este reporte, de ese billón de pacientes, casi 24 millones sufren de demencia tipo Enfermedad de Alzheimer.¹

Según *Alzheimer's Disease International-ADI*, entre 1990 y el año 2010 los casos de demencia en los países desarrollados aumentará de 7.4 a 10.2 millones (un aumento de 37%). Por la escasez de datos en países en vías de desarrollo, es difícil hacer proyecciones, sin embargo estos países también muestran tendencias que indican que la población anciana, de mayor riesgo para demencia, está en aumento.²

La determinación de la prevalencia e incidencia de los trastornos demenciantes es sumamente importante, pues los costos sanitarios, personales, emocionales y laborales asociados a estas enfermedades son altos.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en Medline, PubMed y Lilacs utilizando las palabras claves: Demencia, Prevalencia, Alzheimer, Epidemiología. Se escogieron artículos originales y artículos de revisión, así como algunos resúmenes publicados en idiomas diferentes al inglés y al español. Se invitó al Dr. Roberto Nimitri y Dr. Nilton Custodio a que contribuyeran con sus análisis sobre la situación en América Latina.

Recibido 07/2008, aceptado con modificaciones 21/1/2009
Correspondencia: Dra. Heike Hesse, Honduras Medical Center, 5º. Piso, Bo. Las Minillas,
Ave. Juan Lindo, Tegucigalpa, Honduras. Correo-E: hhesse@hmc.hn

DEFINICIÓN Y TIPOS DE DEMENCIA

Las demencias son un grupo de enfermedades neurológicas generalmente crónicas y progresivas, que cursan con deterioro adquirido en las funciones cognitivas superiores (memoria, pensamiento, orientación, lenguaje, calculia, aprendizaje y juicio). El estado de alerta no se encuentra obnubilado. Adicionalmente, se observan alteraciones neuro-psiquiátricas, que en conjunto, marcan una disminución en las funciones sociales y de la vida cotidiana.³ Este documento se centra en las demencias de inicio tardío, es decir después de los 65 años de edad.

Los criterios diagnósticos más utilizados para demencia son los de La *American Psychiatric Association*⁴ descritos en el DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual – IV edition*) (Ver Tabla 1). La

Tabla 1:

Criterios Diagnósticos de Demencia Según el DSM-IV (4).

A. Desarrollo de déficits cognoscitivos múltiples que se manifiestan por:

1. Alteración de la memoria: alteración en la capacidad de aprender nueva información o recordar información previamente aprendida.

2. Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia, alteración en las funciones ejecutivas (capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo).

B. Los defectos cognoscitivos de los criterios A1 y A2 han de ser de la suficiente intensidad como para provocar un deterioro significativo de la actividad social y laboral.

demenia es un diagnóstico sindrómico con muchas etiologías. A continuación se detallan las principales:

1. Enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno neurodegenerativo progresivo que se manifiesta por deterioro cognitivo particularmente de memoria semántica, alteración progresiva en las actividades de la vida diaria y una variedad de síntomas neuropsiquiátricos.⁵

2. Demencia por Cuerpos de Lewy (DCL) se caracteriza por demencia, alteraciones de la marcha y el equilibrio, alucinaciones visuales prominentes, ideas delirantes tempranas en el curso de la enfermedad, fluctuaciones en el estado de alerta e hipersensibilidad a los neurolépticos tradicionales.⁶

3. Demencias Fronto-Temporales (DFT), anteriormente conocidas como Enfermedad de Pick, ocurren por degeneración progresiva de los lóbulos frontales y/o lóbulos temporales anteriores. Se caracterizan por deterioro cognitivo, que se acompaña de prominentes alteraciones conductuales, sociales, de las funciones ejecutivas y del lenguaje, desproporcionados en relación al defecto de memoria.⁷ Existen tres fenotipos que son la demencia Fronto-temporal o variante frontal; Demencia semántica o variante temporal y Afasia no fluente.

4. Demencia Vascular (DV) o Deterioro Cognitivo Vascular comprende varios fenotipos que resultan de la disrupción repetida del riego vascular cerebral por una serie de factores de riesgo vascular, patología de los vasos sanguíneos, tipos de daño cerebral vascular y distribución regional de los infartos o hemorragias.⁸

5. Otras demencias: existen otras causas intracraneales de demencia, causadas por una gran diversidad de patologías, como ser el hematoma subdural crónico; hidrocefalia normotensa; y las condiciones auto-inmunes, neoplásicas, para-neoplásicas e infecciosas, incluyendo la enfermedad de Creutzfeld-Jacob.⁵

6. Demencia que puede ser secundaria a enfermedades médicas o psiquiátricas, pueden ser tratables y, en ocasiones, reversibles. Entre éstas se incluyen la hipercalcemia, hipotiroidismo, depresión, polifarmacia y déficit de vitamina B12 o de ácido fólico.¹ Se especula que en países en vías de desarrollo, la alta prevalencia de déficits nutricionales podría influir en la epidemiología de las demencias. En India, hay datos que sugieren que la anemia podría ser un factor de riesgo para demencia, lo que implica que los estudios en países desarrollados podrían no explicar la complejidad del problema global de demencia.⁹

PREVALENCIA DE DEMENCIA EN DIFERENTES PAÍSES Y REGIONES GEOGRÁFICAS: TENDENCIAS GENERALES

Se han realizado muchos estudios de prevalencia alrededor del Mundo, los cuales demuestran diferencias importantes entre las regiones, que podrían ser causadas teóricamente por diferencias metodológicas. Sin embargo, la gran mayoría de los estudios parecen demostrar que existe un marcado aumento en la prevalencia de la demencia con la edad. El primer meta-análisis sobre la prevalencia global de demencia, elaborado por Jorm y colaboradores,¹⁰ se realizó con estudios en 22 regiones del Mundo. Hofman y Rocca realizaron un meta-análisis de 12 estudios realizados en Europa en la década de los 80's.¹¹ Ambos meta-análisis encontraron que las

prevalencias de demencia se duplicaban aproximadamente cada 5 años. Un tercer meta-análisis realizado por Ritchie y colaboradores utilizó estudios más recientes que los anteriores e incorporó criterios diagnósticos más estandarizados.¹³ Se encontraron prevalencias menos variables entre los diferentes estudios, y las prevalencias tendían a duplicarse cada 5.7 años. En la tabla 2 se realiza un resumen de los hallazgos por grupo etario de estos meta-análisis.

Las incidencias de demencia también muestran un aumento asociado a la edad. En una meta-análisis de 12 estudios, Gao y colaboradores estimaron las incidencias anuales por grupo etario de todas las demencias y para la EA en particular.¹³ Los estudios fueron realizados en EUA, Suecia, Reino Unido, Alemania, Francia, China y Japón. Los datos muestran un aumento significativo de la incidencia, incluyendo la EA, con la edad, duplicándose aproximadamente cada 5 años.

Prevalencia según sexo:

La mayoría de los estudios no han logrado evidenciar diferencias en el riesgo de demencia según el sexo. Sin embargo, algunos estudios muestran una mayor prevalencia de EA en las mujeres, como el meta-análisis de Gao.¹³ Este efecto es mayor en los países europeos y asiáticos, pero no en los estudios de EUA; una excepción es el estudio Framingham, el cual ha revelado una prevalencia de 30.5 por cada 1000 habitantes varones y de 48.2 por cada 1000 mujeres.¹⁴ En Rochester, Minnesota, se realizó un análisis de lo que se cree son todos los casos incidentes de demencia entre 1985 a 1989, y no se logró encontrar una diferencia significativa entre la incidencia de demencia o de EA entre hombres y mujeres en esta población.¹⁵

Prevalencia en diferentes regiones geográficas:

En cuanto a las diferencias entre países y regiones geográficas, se ha determinado según los meta-análisis de Jorm y colaboradores que la EA es la demencia más común en poblaciones caucásicas. El mismo autor encontró mayores prevalencias de demencia vascular en japoneses y en personas de la ex Unión soviética, mientras que el resto de los países reportaban mayor prevalencia de EA o igual prevalencia entre EA y DV.¹⁶ La prevalencia de demencia total en Japón es similar a la de otros países desarrollados; sin embargo, los estudios iniciales demostraban que la EA era relativamente rara y la DV relativamente común. La proporción de casos de DV versus los casos de EA era de 1:1 hasta 3:1 comparada con una proporción de 1:2.5 observada en estudios europeos y norteamericanos.

Tabla 2. Resumen de los hallazgos de tres meta-análisis, que muestran las prevalencias de demencia en mayores de 60 años en porcentajes (10, 11, 12).

Grupo de edad	Jorm (%)	Hofman (%)	Ritchie (%)
60 – 64	0.7	1.0	0.9
65 – 69	1.4	1.4	1.6
70-74	2.8	4.1	2.8
75 – 79	5.6	5.5	4.9
80 – 84	11.1	13.0	8.7
85 – 89	23.6	24.5	16.4

No se sabe aún si las diferencias encontradas entre los países del Este de Asia y los países con poblaciones caucásicas son reales, y si lo son, si son debidas a factores ambientales o a factores genéticos. Dos estudios americanos de ancianos japoneses emigrados en Hawai¹⁷ y en King County¹⁸ mostraron una proporción de DV contra los casos de EA más parecida a la descrita para países europeos y norteamericanos. Esto sugiere que son factores ambientales los que marcarían la diferencia encontrada entre las regiones de Asia del Este y el de las regiones caucásicas.

Datos más actuales parecen indicar que la EA tiene mayor prevalencia que la anteriormente descrita en países del Este Asiático.¹ Esto podría deberse a que la expectativa de vida ha aumentado en estos países y que los factores de riesgo vascular se están controlando mejor desde el punto de vista de salud pública.

Los datos en países en vías de desarrollo empiezan a surgir. De los primeros estudios con metodologías muy bien aceptadas son los estudios realizados en India y en China, que muestran prevalencias muy similares a las encontradas en los países desarrollados.^{19,20} En otros estudios, como el realizado entre los indios nativos de Norte América y en otras regiones de la India se observan bajas prevalencias. En el estudio de prevalencia de los Indios Cree de Canadá se encontró una prevalencia de demencia de 0.5% y en los canadienses anglo-parlantes de Manitoba se encontró una prevalencia de 3.5%.²¹ Otro estudio que demostró bajas prevalencias es un estudio realizado en una cohorte de personas mayores de 55 años en Ballabgarh, India. Se encontró una prevalencia global de demencia de 1.36% en personas mayores de 65 años, y de 0.62% específicamente para la EA.²²

Un estudio muy interesante es el estudio conocido como el estudio Indianápolis-Ibadan. Se compararon las prevalencias de demencia, utilizando el mismo protocolo de diagnóstico, entre las poblaciones de afroamericanos en Indianápolis (n= 2,494) y en personas nativas negras residentes en Ibadan, Nigeria (n= 2,212).²³ Ambas poblaciones compartían una misma ascendencia étnica, pero residían en ambientes muy diferentes. Se encontró una prevalencia de 8.24% entre los habitantes de Indianápolis, comparada a una prevalencia de 2.29% en los africanos residentes en Nigeria. Un hallazgo muy interesante fue la ausencia de una asociación entre demencia y la presencia del alelo apoE4 en las personas Nigerianas; sin embargo, esa asociación sí se demostró en los afroamericanos. Los factores de riesgo vascular mostraron una menor prevalencia en los africanos que en los americanos. De tal forma, factores genéticos y biológicos podrían tener una contribución a la diferencia en prevalencia entre las dos poblaciones.

La incidencia también fue evaluada en el estudio Indianápolis-Ibadan. Se encontró una incidencia de 1.35% en los africanos de Nigeria y de 3.24 en los afro-americanos.²⁴ La incidencia de EA definida clínicamente también fue menor en los nigerianos (1.15%) que en los americanos (2.52%). Estas diferencias epidemiológicas entre poblaciones del mismo origen étnico, pero residentes en regiones geográficas muy diferentes, podrían ayudar en el descubrimiento de factores ambientales o hereditarios que se pudiesen modificar para prevenir o tratar las demencias.

En conclusión, hay una tendencia a considerar que la prevalencia de las demencias es menor en los países en vías de desarrollo que en los países más desarrollados. Esta diferencia no se expli-

ca enteramente por diferencias en las sobrevividas de los pacientes, pues las incidencias también son menores en países en vías de desarrollo. Podría ser que las demencias en etapas tempranas son sub-diagnosticadas en estos países. Otras explicaciones son diferentes exposiciones ambientales. También es posible que las personas mayores en países pobres sean sobrevivientes excepcionales; alguna característica biológica que les dio la capacidad de sobrevivir a las enfermedades infantiles también les podría conferir protección contra las demencias.¹

Prevalencia y la escolaridad:

Otra variable muy interesante es la escolaridad. Una gran cantidad de estudios realizados en diferentes regiones del Mundo muestran una correlación entre el riesgo de demencia con la menor escolaridad. Se debe determinar si esta es una observación debida a que las pruebas neuropsicológicas "penalizan" a las personas de menor escolaridad, diagnosticándolas como deterioro cognitivo. Sin embargo, también es posible que la menor escolaridad se asocie con menor estimulación neurológica y menor reserva cerebral. En un estudio realizado en Ashkelon, una región rural de Israel, la prevalencia de demencia se asoció a menor educación, encontrándose mayores prevalencias entre los inmigrantes de África y de Asia, precisamente por su baja escolaridad.²⁵

Número de casos en el Mundo:

Los datos obtenidos de estos estudios y meta-análisis son realmente muy importantes; sin embargo, tienen la limitante que a veces se comparan estudios con diferentes metodologías. Idealmente, para poder comparar prevalencias e incidencias de diferentes países y regiones geográficas, se debería de utilizar un mismo protocolo. Se han hecho esfuerzos internacionales multicéntricos que intentan realizar esto. Uno de ellos es el grupo 10/66, patrocinado por *Alzheimer Disease International* y la Organización Mundial de la Salud. Este grupo logró realizar la validación de un protocolo de diagnóstico para demencia en poblaciones de varios países en desarrollo,²⁶ y se espera que el uso de este protocolo unitario permita la recolección de datos epidemiológicos factibles de comparación.

Es tan poco lo que se sabe de la prevalencia de las demencias en algunas regiones y países, por lo que saber el número de casos de demencia en el Mundo es difícil. Wimo y colaboradores realizaron un estimado de la magnitud global del problema de demencia.²⁷ En conclusión, calcularon que en el año 2000 existían aproximadamente 25 millones de personas con demencia en el Mundo. Entre las personas mayores de 65 años, se estima una prevalencia mundial de demencia de 6.1%. La mayor parte residen en países en vías de desarrollo. De ellos, un 46.5% viven en Asia, 29.1% en Europa 4.9% en África, 6.6% en América Latina, 12.1% en América del Norte, y 0.8% en Oceanía. En su análisis, Wimo y colaboradores asumieron que la prevalencia específica por edad era la misma en todas las regiones del Mundo.

Posteriormente en el año 2005, *Alzheimer's Disease International* comisionó a un panel de expertos que calculó una prevalencia mundial de 24.3 millones de personas con demencia, y una incidencia anual de 4.6 millones de casos nuevos, aproximadamente un caso cada segundo.²⁸ La mayor parte de estos pacientes, 60.1%

según el panel, residen en países en vías de desarrollo. Solo en China, se estima que viven alrededor de 5 millones de pacientes; los países que le siguen son la Unión Europea, EUA, India, Japón, Rusia e Indonesia (Ver Tabla 3). El incremento en el número de casos no será uniforme, se estima que los casos en China, India y en los países del Sudeste asiático pueden incrementarse en más de 300% para el año 2040.

Estos estimados se suponen son más sensibles a las variaciones entre las diferentes regiones. La opinión de estos expertos refuerza la noción ya expuesta que la prevalencia de demencias es menor en las regiones en vías de desarrollo. Esto podría deberse a la influencia que estudios únicos, de buena metodología, ejercen al estimar la prevalencia en toda una región.^{22,23} En ausencia de estudios en muchas regiones geográficas, se deben realizar generalizaciones con cautela, en vista de posibles diferencias entre el área rural y el área urbana, o incluso entre diferentes grupos étnicos en la misma región. De hecho, el panel de expertos reconoce que la evidencia epidemiológica es muy escasa en América Latina, Rusia y Europa del Este, África y el Oriente Medio. En la Figura 1 se pueden observar las diferentes regiones del Mundo, así como la calidad y cantidad de estudios epidemiológicos sobre prevalencia de demencia que en ellas se han realizado. Se puede observar que Honduras y gran parte de América Latina no cuentan ni siquiera con un estudio epidemiológico de calidad en el tema.

Aunque las prevalencias de la demencia se mantuvieran estables, el aumento en la población de la tercera edad, la cual tiene el mayor riesgo para demencia, a lo largo del Mundo causaría que los casos totales de pacientes demenciados se multipliquen de forma proporcional.

La prevalencia de demencias y de las etiologías de estas demencias depende del tipo de población estudiada. Por ejemplo, en cohortes de pacientes demenciados obtenidos en hospitales o clínicas de memoria, la etiología más frecuente de demencia comprobada en estudios de autopsia es la Enfermedad de Alzheimer, seguido de deterioro cognitivo vascular o demencia por cuerpos de Lewy.²⁹ Si bien estos estudios basados en hospitales y clínicas dan información muy útil del subgrupo de pacientes que acuden a ellos, probablemente no sean representativos de la población general.

Tabla 3. Resumen de las prevalencias estimadas por región geográfica según la reunión de expertos patrocinada por *Alzheimer Disease Internacional* (2005) (28):

Región Geográfica:	Prevalencia estimada (%) en personas mayores de 65 años
Europa Occidental	5.4
Europa Oriental con baja mortalidad	3.8
Europa Oriental con alta mortalidad	3.9
Norte América	6.4
América Latina	4.6
África del Norte y Oriente Medio	3.6
Pacífico Occidental desarrollado	4.3
China y Pacífico Occidental en desarrollo	4.0
Indonesia, Sri Lanka y Tailandia	2.7
India y Asia del Sur	1.9
África	1.6
TOTAL	3.9

Hay estudios que han intentado tomar muestras más representativas de la población general. En un estudio con autopsias de una población de hombres americano-japoneses se encontró que la demencia vascular podría ser tan común como la EA para este subgrupo de personas.³⁰ Un estudio clínico-patológico de sujetos mayores del Reino Unido sugiere que la mayor parte de pacientes con demencia tienen una enfermedad mixta del tipo EA-vascular.³¹

El papel de la enfermedad mixta del tipo EA-Vascular ha sido objeto de mucho interés en los últimos años. La enfermedad mixta es común incluso en personas con diagnóstico clínico de EA típica que se manejan en centros terciarios de cuidado para demencia.³¹ Un estudio clínico-patológico reciente realizado en voluntarios mayores obtenidos de 40 centros del noreste de Illinois, EUA (*Rush Memory and Aging Project*), demostró que más de la mitad de los sujetos autopsiados tenían hallazgos neuropatológicos significativos, que podrían contribuir a deterioro cognitivo. Adicionalmente, la mayor parte de los pacientes con demencia clínica al momento de la muerte tenía patología mixta del tipo EA-Vascular, seguido de la combinación EA-LBD y EA-Vascular-LBD. Si existían más de tres diagnósticos histopatológicos, el riesgo de demencia aumentaba el triple.²⁹ Otro estudio de población general en el Reino Unido demostró igualmente que la enfermedad mixta EA-Vascular fue la más común en personas con demencia.³³ Este estudio encontró una proporción similar de personas con EA que el estudio de Illinois, pero mayor porcentaje de pacientes con patología vascular, probablemente por diferentes criterios diagnósticos patológicos para enfermedad vascular. En la Figura 1 se muestra la IRM cerebral de un paciente con enfermedad mixta Alzheimer-Vascular.

Situación en América Latina:

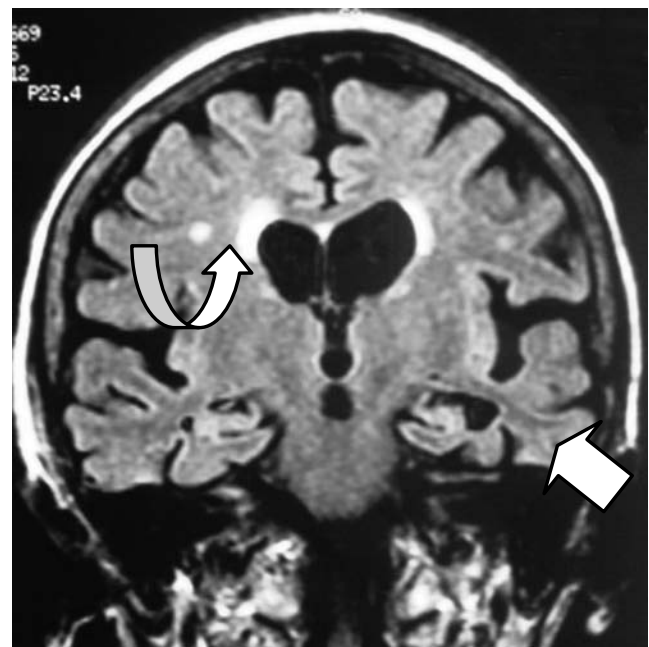


Figura 1. Imagen de resonancia magnética cerebral de un paciente con deterioro cognitivo clínicamente compatible con Enfermedad de Alzheimer, observándose amplitud de surcos, giros y ventrículos secundaria a atrofia, particularmente en lóbulo temporal izquierdo y su hipocampo (flecha recta). Nótese la coexistencia de enfermedad vascular de pequeño vaso con algunas hiperintensidades subcorticales y leucoaraiosis (flecha curva).

Hay pocos estudios poblacionales sobre la prevalencia de demencia en América Latina. El panel de expertos comisionado por *Alzheimer's Disease International* en el año 2005, mencionado anteriormente en este artículo, consideró que América Latina tenía proporcionalmente pocos casos, pero con un rápido incremento en los próximos años.²⁸

Una presentación reciente por Nitrini y colaboradores en la Conferencia Internacional de la Enfermedad de Alzheimer del 2008 mostró los datos de un análisis colaborativo de los estudios epidemiológicos publicados más representativos en América Latina. Se obtuvieron datos de 8 estudios en 6 países, que incluían a Brasil, Uruguay, Chile, Cuba, Perú y Venezuela. La mayor parte de los estudios utilizó los criterios del DSM IV para definir demencia. Al realizar el análisis comparativo, se evaluaron 31,174 personas mayores de 65 años, de las cuales 2,223 reunían criterios para demencia, obteniendo una prevalencia de 7.1 (6.8 – 7.4, CI 95%). Es interesante hacer notar que las prevalencias en América Latina no difieren estadísticamente de las encontradas en otros meta-análisis en cuanto a prevalencia de demencia por grupo etario o sexo. Sin embargo, casi todos los estudios de América Latina encontraron una diferencia estadísticamente significativa entre la prevalencia en personas analfabetas y los alfabetos, siendo la prevalencia mayor en las personas sin estudios formales. La explicación de esta observación es especulativa en estos momentos, pero podría ser el resultado de una mayor reserva cognitiva por mayor estimulación cerebral en las personas alfabetizadas.

En América Central los datos son muy escasos. En Guatemala, la Asociación Grupo Ermita, miembro de *Alzheimer Disease International*, comunica que en un único estudio realizado en ese país en Palín, Escuintla se hizo un censo en 5943 personas, siendo 243 mayores de 65 años, de las cuales el 12% tenían algún indicio de demencia (comunicación personal). En Honduras, no se han realizado estudios sobre la prevalencia o incidencia de demencia. Un estudio para determinar la prevalencia de varias enfermedades neurológicas, realizado casa por casa en una comunidad urbana de nivel socio-económico medio en la capital (estudio Kennedy) reveló una prevalencia de personas con quejas prominentes de memoria de 3.2 / 1000.³⁴

CONCLUSIONES

Se estima que existen aproximadamente 25 millones de personas con demencia en el Mundo, y que la prevalencia mundial en promedio es de alrededor de 6.1% en adultos mayores de 65 años. La variabilidad entre países y regiones es grande, probablemente reflejando una combinación de diferencias metodológicas y variabilidad real en la prevalencia. Lo que sí parece estar seguro es que la mayor parte de las personas con demencia viven en países en desarrollo. Casi todos los estudios realizados, aún en diferentes áreas del Mundo, demuestran que las prevalencias aumentan con

la edad, casi duplicándose cada 5 años de vida. Hay algunos datos que parecen indicar que las mujeres tienen mayor riesgo de EA y los hombres de DV, pero estos hallazgos no son consistentes entre todos los estudios.

En la actualidad, el factor más importante que determina el aumento en el número de personas con demencia es el aumento global en la expectativa de vida. Hay un aumento proporcional en el número de individuos de la tercera edad, que secundariamente provocará un aumento proporcional en el número de nuevos casos de demencia. Sin embargo, es posible que nuevos hallazgos modifiquen esta tendencia, como por ejemplo, el encontrar tratamientos preventivos (vacunas) o curativos, los cuales disminuirían las prevalencias. El proporcionar mejores cuidados a los enfermos, prolongándoles la vida, provocaría aumentos en las prevalencias. También la detección de etapas más tempranas de las enfermedades demenciantes modificarían las estadísticas.

Hay una tendencia a considerar que la prevalencia de las demencias es menor en los países en vías de desarrollo que en los países más desarrollados. Como ya se mencionó, esta diferencia no se explica enteramente por diferencias en la supervivencia de los pacientes, pues las incidencias también son menores en países en vías de desarrollo. Explicaciones propuestas especulan que las demencias en etapas tempranas son sub-diagnosticadas en países en desarrollo; que diferentes exposiciones ambientales o diferencias en los genes determinan diferentes prevalencias; y la posibilidad que las personas mayores en países pobres sean sobrevivientes excepcionales. Adicionalmente, es importante analizar las conclusiones de estudios que demuestran que factores diferentes a los encontrados en culturas occidentalizadas desarrolladas podrían causar demencia, como el hallazgo en la India de la anemia ferropriva como factor de riesgo. Es muy interesante especular sobre cómo los déficits nutricionales en países pobres podrían modificar las prevalencias de demencia. Por lo tanto, debemos de considerar como un hecho que los datos que se tienen hasta la fecha, casi todos de países desarrollados, no explican todos los puntos concernientes al problema global de demencia.

Las estadísticas en América Latina son escasas. Según el panel de expertos comisionado por *Alzheimer Disease International*, la prevalencia regional es de 4.6%. El panel consideró que América Latina tenía proporcionalmente pocos casos en el año 2005, pero con un rápido incremento en los casos proyectados en los próximos años. Los datos presentados para países individuales son escasos y de muy variada metodología, pero los que se han podido recolectar muestran prevalencias en el límite superior de los observados en Europa y Norte América, con algunas zonas sospechosas de alta prevalencia como ser la región del Caribe. En Honduras, no contamos con datos epidemiológicos que hayan determinado específicamente la prevalencia de demencia, por lo que la realización de estudios poblacionales nos ayudaría a la planificación y aprovechamiento de los escasos recursos de salud.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global burden of neurological disorders: estimates and projections. In: *Neurological disorders: Public health challenges*. Geneva: WHO; 2007.p.27-39.
2. Alzheimer Disease International. The prevalence of dementia. Factsheet No. 3 April 1999.
3. Cummings, JL. Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2004; 351: 56-67
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Ed.. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
5. Farlow MR. Alzheimer's disease. En: Miller AE, Marra CM, Williams MA, et al. Editores. *CONTINUUM – Dementia*. 2007; 13(2):3968
6. McKeith IG, Dickson DW, LoweJ, Emre M, O'Brien JT, Feldman H, Cummings J, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium.. *Neurology*, Dec 2005; 65: 1863-72.
7. Viskontas, I, Miller, B. Frontotemporal Dementia. En: Miller AE, Marra CM, Williams MA, et al. Editores. *CONTINUUM – Dementia*. 2007; 13(2):87-108
8. Chui, H. Vascular Cognitive Impairment. En: Miller AE, Marra CM, Williams MA, et al. Editores. *CONTINUUM – Dementia*. 2007; 13(2):109-143.
9. RS Pandav, V Chandra, HH Dodge, ST DeKosky, and M Ganguli. Hemoglobin levels and Alzheimer disease: an epidemiologic study in India. *Am J Geriatr Psychiatry*, Sep 2004; 12: 523-6.
10. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatrica Scand* 1987; 76: 465-479.
11. Hofman A, Rocca WA, Brayne C, Breteler MM, Clarke M, Cooper B. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. *Int J Epidemiol* 1991; 20: 736-748
12. Ritchie K, Kildea D, Robine JM. The relationship between age and the prevalence of senile dementia: a meta-analysis of recent data. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 763-769
13. Gao S, Hendrie HC, Hall KS, Hui S. The relationship between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer Disease: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:809-815
14. Bachman, DL, Wolf, PA, Linn, R, JE Knoefel, J Cobb, A Belanger. Prevalence of dementia and probable senile dementia of the Alzheimer type in the Framingham Study. *Neurology* 1992; 42: 115
15. Edland SD, Rocca WA, Petersen RC, Cha, RH, Kokmen, E. Dementia and Alzheimer Disease Incidence Rates Do Not Vary by Sex in Rochester, Minnesota. *Arch Neurol* 2002; 59: 1589-1593.
16. Jorm AF. Cross-national comparisons of the occurrence of Alzheimer's and vascular dementias. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 1991; 240: 218-222
17. White L, Petrovich H, Ross GW, KH Masaki, RD Abbott, EL Teng. Prevalence of dementia in older Japanese-American men in Hawaii: the Honolulu-Asia Aging Study. *JAMA* 1996; 276: 955-960
18. Graves AB, Larson EB, Edland SD, JD Bowen, WC McCormick, SM McCurry. Prevalence of dementia and subtypes in the Japanese-American population of King County, Washington State: the Kame project. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 760-771
19. Shaji S, Promodu K, Abraham T, Roy, KJ, Verghese. An epidemiological study of dementia in a rural community in Kerala, India. *Br J Psychiatry* 1996; 166: 379-385
20. Zhang M, Katzman R, Salomon D, Jin, H, Cai, GJ, Wang, ZY. The prevalence of dementia and Alzheimer's disease in Shanghai, China: Impact of age, gender and education. *Annals Neurol* 1990; 27: 428-437
21. Hendrie HC, Hall KS, Pillay N, Rodgers, D, Prince, C, Norton, J. Alzheimer's disease is rare in Cree. *Int Psychogeriatr* 1993; 5: 5-14
22. Chandra V, Ganguli M, Pandav R, Johnston, J, Belle, S, DeKosky, ST, et al. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in rural India: The Indo-US study. *Neurology* 1998; 51: 1000-1008
23. Hendrie HC, Osontokun BO, Hall KS, Ogunniyi AO, Hui SL, Unverzagt FW, et al. Prevalence of Alzheimer's disease and dementia in two communities: Nigerian Africans and African Americans. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1485-1492
24. Hendrie HC, Ogunniyi A, Hall KS, Baiyewu O, Unverzagt FW, Gureje O, et al. Incidence of dementia and Alzheimer disease in 2 communities: Yoruba residing in Ibadan, Nigeria and African-Americans residing in Indianapolis, Indiana. *JAMA* 2001; 285(6): 739-747
25. Kahana E, Galper Y, Zilber N, Korczyn, AD. Epidemiology of dementia in Ashkelon: the influence of education. *J Neurol* 2003; 250: 424-428
26. Prince M, Acosta D, Chiu H, Scazufca M, Varghese M. Dementia diagnosis in development countries: a cross-cultural validation study. *Lancet* 2003; 361: 909-917
27. Wimo A, Winblad B, Agüero-Torres H, von Strauss, E. The magnitude of dementia occurrence in the World. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2003; 17(2): 63-67
28. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366: 2112-2117
29. Schneider JA, Arvanitakis Z, Bang W, Bennet, DA. Mixed brain pathologies account for most dementia cases in community-dwelling older persons. *Neurology* 2007; 69: 2197-2204
30. White L, Petrovich H, Hardman J, Nelson, J Davis DG, Ross GW, et al. Cerebrovascular pathology and dementia in autopsied Honolulu-Asia Aging Study participants. *Ann NY Acad Sci* 2002; 977: 9-23
31. Fernando MS, Ince PG. MRC - Cognitive Function and Ageing Neuropathology Study Group: Vascular pathologies and cognition in a population-based cohort of elderly people. *J Neurol Sci* 2004; 226: 13-17
32. Gearing M, Mirra SS, Hedreen JC, Sumi, SM, Hansen LA, Heyman, A. The Consortium to establish a registry for Alzheimer disease (CERAD). Part X. Neuropathology confirmation of the clinical diagnosis of Alzheimer's disease. *Neurology* 1995; 45: 461.466
33. Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study (MRC-CFAS). Pathologic correlates of late onset dementia in a multicenter, community-based population in England and Wales. *Lancet* 2001; 357: 169-175
34. Medina MT, Durón RM, Ramírez F, Aguilar R, Dubón S, Zelaya A. et al. Prevalencia de enfermedades neurológicas en Tegucigalpa: el estudio Kennedy. *Rev. Méd. Hondur.* 2003; 71: 8-17

Abstract: According to WHO, approximately 24 million persons suffer from some form of dementia. The rise in the number of cases by 2010 is expected to be of 37%. Dementias are a group of neurological diseases, generally chronic and progressive, characterized by acquired impairment in cognitive function without alteration of consciousness, neuropsychiatric symptoms and functional impairment. It is believed the most common cause is Alzheimer's disease. World prevalence in persons 65 years and older is estimated to be 6.1%. A well established fact is that prevalence tends to duplicate every five years. It is not different between males and females; tends to be lower in developing countries and increases with illiteracy. In Latin America, a comparative study of 8 epidemiological surveys revealed a prevalence of 7.1%. In Honduras, no formal prevalence study has been performed, but a survey aimed to study several diseases revealed 3.2 persons / 1000 with significant memory complaints. It is very important to determine the prevalence of dementia in our country to adequately allocate resources. **Rev Med Hondur 2009;77(1):29-34**

Keywords: Dementia, Alzheimer's disease, Prevalence