Envejecimiento y demencias

Cristina Saavedra
CES Colegio Universitario Cardenal Cisneros

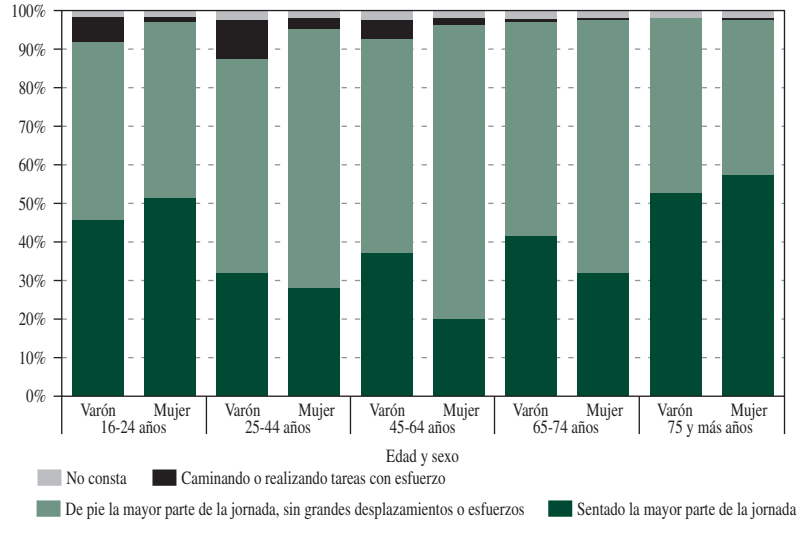
A medida que aumenta la esperanza de vida se incrementa la prevalencia de las demencias, aunque se conoce que ciertos hábitos de conducta pueden modificar el riesgo de padecer demencia en la vejez. La información epidemiológica de las demencias, que indica sus frecuencias y los factores relacionados con aumentos o disminuciones de las mismas, es fundamental para afrontar este fenómeno y realizar una adecuada planificación de los recursos a medio y largo plazo.

Desde que comenzó el siglo XX la población de personas mayores en los países desarrollados ha aumentado gradualmente y las últimas proyecciones de población (INE, Proyección de la población de España a Largo Plazo, 2009-2049, publicada el 28 de enero de 2010) auguran que, en nuestro país, la población mayor de 64 años se duplicará en 40 años y pasará a representar 31,9% del total. El envejecimiento poblacional ya ha tenido importantes repercusiones sanitarias, sociales y económicas, y se estima que seguirá teniéndolas en los años venideros. Un importante desafío en este contexto es el aumento de la frecuencia de las demencias, que se definen actualmente como trastornos caracterizados por un deterioro de las capacidades mentales adquirido y de suficiente gravedad como para afectar al funcionamiento social y profesional. La enfermedad de Alzheimer es el tipo más común de demencia, seguido de la demencia vascular mixta (vascular y enfermedad de Alzheimer) y la demencia vascular. Diferentes estudios epidemiológicos mundiales indican que la prevalencia de la demencia aumenta con la edad y que se duplica a intervalos de 5 años, desde el 0,7 al 1% en las personas de entre 60 y 64 años hasta el 40 o 50% para las personas mayores de 90 años.

Ante el progresivo aumento de la población mayor, cabe destacar que la edad, pese a ser el más importante, no es el único factor de riesgo para padecer una demencia. Las enfermedades cardiovasculares, la nutrición y la actividad física y mental tienen cierta influencia en la probabilidad de aparición de las demencias, constituyendo por lo tanto factores de riesgo o de protección frente a las mismas.

Estos factores, a diferencia de la edad, implican conductas que pueden ser modificables. La prevalencia mundial actual de la demencia se calcula en 35,6 millones de personas, con proyecciones futuras que superan los 100 millones de personas en el año 2050. Se ha estimado que retrasar un año el inicio de la demencia mediante esfuerzos de prevención puede reducir la prevalencia total en 9,2 millones de personas en el

GRÁFICO 1. ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN SEXO Y EDAD



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2006. Elaboración propia a partir de los microdatos.

2050. Para abordar estos factores de riesgo es fundamental tener información que pueda servir de apoyo a la planificación gerontológica y a la toma de las decisiones necesarias para afrontar el cambio en los estilos de vida que pueden conducir a una vejez más saludable.

En España, desde el año 2000 el Imserso ha venido elaborando informes periódicos y sistemáticos sobre el fenómeno del envejecimiento, siendo el último publicado el Informe 2008. En este informe se presentan estudios detallados de los estilos de vida, en edades medias y tardías, con referencia a la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, la nutrición, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la actividad física y las actividades en el tiempo libre que incluyen, por ejemplo, el uso de las nuevas tecnologías de la información y la realización de viajes. El conocimiento sobre estas conductas, que facilita la intervención sobre las mismas, es fundamental para retrasar, compensar y prevenir las demencias, actuando tanto en las personas mayores como en las que en la actualidad son jóvenes y adultos. Así, tratar las enfermedades cardiovasculares, seguir una dieta sana y mantenerse física y mentalmente activo son hábitos de conducta que ofrecen cierta protección frente a la demencia.

> **“Es fundamental tener información que pueda servir de apoyo a la planificación gerontológica”**

En contraste con la información detallada sobre diversos aspectos del envejecimiento, en el Informe 2008 la información específica sobre demencias es escasa. Cuando se analizan los problemas o enfermedades crónicas o de larga duración en la población de mayores (65 y más años) se incluye una categoría de “Depresión, ansiedad y otros trastornos mentales”, sin hacer una referencia explícita a las demencias ni a los diferentes subtipos de las mismas. Por otra parte, cuando se analizan los recursos sociales disponibles para las personas mayores se hace en base a la clasificación de la dependencia de la persona. Esto puede estar relacionado con que, en la actualidad, la mayor parte de la información disponible sobre la prevalencia de los principales subtipos de demencia, en España y en otros países, proviene de un modelo clásico de investigación epidemiológica: los estudios de cohortes.

Estos estudios, con mayor o menor capacidad de generalización de resultados sobre el territorio según el tipo de muestra utilizado, han permitido determinar las tasas de prevalencia, de incidencia y de mortalidad de los principales subtipos de demencia, identificar diversos factores de riesgo y abrir nuevas vías de investigación en función de las asociaciones halladas entre los casos incidentes y su exposición a determinados factores. La principal ventaja de estos estudios poblacionales es que eliminan el sesgo de selección de los estudios clínicos, ya que más de la mitad de los pacientes con deterioro cognitivo relacionado con demencia, sobre todo en estadios iniciales, no acuden a los servicios médicos. Además, también permiten delimitar la historia natural y el pronóstico de estas patologías. Sin embargo, recientemente se está planteando la conveniencia de complementar estos datos con la creación de registros específicos de demencia en el ámbito sanitario.

Las iniciativas desarrolladas en este sentido por otros países, principalmente Estados Unidos, se han dirigido hacia el desarrollo de redes cooperativas que, mediante procedimientos clínicos y diagnósticos estandarizados, tienen como objetivo el incremento de la potencia estadística de la investigación clínica que llevan a cabo. Un ejemplo paradigmático es el del Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease (CERAD) creado en 1986 y que aglutina la información clínica recogida por 24 centros que realizan actividades asistenciales y de investigación en el ámbito de las demencias. La escasez de estudios clínicos está relacionada con un vacío informativo respecto a la presión asistencial que representan las demencias en el sistema sanitario. Ante el muy probable aumento de la prevalencia de la demencia en un futuro no muy lejano, puede ser fundamental disponer de la información clínica para realizar una adecuada distribución de los recursos sanitarios y una planificación de las necesidades a medio y a largo plazo.

Para saber más…

- Las personas mayores en España. Informe 2008 (presentado el 04-06-2009). Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso). Disponible en: **http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2008/index.html**
- De Pedro-Cuesta, J., Virués-Ortega, J., Vega, S., Seijo-Martínez, M., Saz, P., Rodríguez, F., et al. (2009). Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: A reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. BMC Neurology. doi:10.1186/1471-2377-9-55
- Hughes, T. y Ganguli, M. (2010). Factores de riesgo de demencia en la vejez modificables en las etapas medias de la vida. Revista de Neurología, 51, 259-262.
- López-Pousa, S., Garre-Olmo, J., Monserrat-Vila, S., Boada-Rovira, M., Tárraga-Mestre, L., Aguilar-Barberà, M., Lozano-Fernández de Pinedo, R. y Lorenzo-Ferrer, J. (2006). Propuesta para un registro clínico de demencias. Revista de Neurología, 43 (1), 32-38.