



C. Ferreres Bautista  
M. L. Remolar Ribes  
S. Peris Arnau  
M. A. Ortuño Cortés

## Demencias: consideraciones conceptuales, sociosanitarias y epidemiológicas

Residencia de la 3ª Edad de Burriana. Burriana (Castellón).

Correspondencia:  
C. Ferreres Bautista  
Residencia de la 3ª Edad  
12530 Burriana (Castellón)

Sr. Director:

Conceptualmente se puede considerar a las demencias seniles (DS) como un síndrome caracterizado por un deterioro adquirido, persistente y progresivo de múltiples funciones cognitivas, con un nivel de conciencia preservado y un inicio generalmente insidioso (1, 2), este complejo sindrómico puede tener innumerables etiologías, pero podemos precisar la presencia de estos síntomas (3):

- Pérdida de memoria (bien de fijación y/o de evocación).
- Alteración del lenguaje (empobrecimiento).
- Abandono del cuidado personal.
- Trastornos de la personalidad y/o alteración de la conducta.
- Desestructuración del pensamiento.
- Desorientación temporo-espacial.
- Trastornos visuales.

Cuando nos referimos a la demencia senil tipo Alzheimer (DSTA), lo hacemos de una demencia degenerativa primaria descrita por Alois Alzheimer en 1907, histológicamente caracterizada por una pérdida de neuronas y la presencia de placas seniles y ovillos neurofibrilares en la corteza cerebral y estructuras subcorticales, además del depósito de sustancia amiloidea (2).

Por otra parte, la demencia vascular DV es un grupo heterogéneo de enfermedades que inducen síndromes de demencia como resultado de daño cerebral isquémico, anóxico o hipóxico. Para establecer un diagnóstico de DV es necesario relacionar temporalmente el comienzo o empeoramiento del deterioro cognitivo con una complicación vascular. La DV rara vez se presenta con la pérdida progresiva de la memoria característica de la DSTA.

Otros conceptos como olvidos seniles benignos, trastorno de memoria asociado a la edad o síndrome amnésico del anciano conviene definirlos como un trastorno cognitivo adquirido, de origen incierto, carácter crónico y evolución lentamente progresiva y/o fluctuante, que se manifiesta por olvidos frecuentes y trastornos objetivos de la memoria, que en ningún caso alcanzan la intensidad necesaria para afectar las actividades de la vida diaria y vida de relación, elementos decisivos a la hora de establecer el diagnóstico, porque en muchas ocasiones nos resulta muy difícil diferenciar el proceso fisiológico de envejecer de las enfermedades que afectan al cerebro como las DS en sus fases más leves o incipientes.

El único trabajo español incluido en EURODEM (European Community Concerted Action Epide-

84 miology and Prevention of Dementia), realizado por Lobo et al (4), distribuyó las demencias etiológicamente en: 71,5% de tipo degenerativo, 14,3% para las demencias vasculares, 7,1% las formas mixtas y 7,1% las de etiología incierta.

Es bien conocido que el problema de la DS, avanza más rápidamente que la disponibilidad de medios para atajar su evolución. Las estructuras sanitarias de los países occidentales no están preparadas para atender a la mayoría de pacientes afectados de DSTA. Así parece conveniente educar a la población para que aprenda a convivir con esta situación desconocida y desagradable (5).

Algunos datos de *índole económica* pueden resultar escalofriantes, haciendo reflexionar a todos los implicados sobre la magnitud del problema; como los puestos de manifiesto por la National Foundation for Brain Research, sobre los costes estimados para la DSTA en el año 1991 en EE.UU. (6):

	Millones de dólares
Atención Médica .....	9.200
Asistencia Residencial .....	3.400
Servicios Sociales .....	6.300
Atenciones familiares y cuidadores .....	94.500
Tratamiento farmacológico ..	2.000-8.000

Según la Oficina de Evaluación de Tecnologías de los Estados Unidos (7), los costes de la DSTA son superiores a los de las enfermedades causantes de mayor mortalidad, como las enfermedades cardiovasculares, los accidentes vasculares cerebrales, el cáncer y los accidentes de tráfico, es sin duda la enfermedad que plantea efectos socioeconómicos más dramáticos para el futuro.

En España, se estima que el impacto económico de las DS es de 300.000 millones de pesetas anuales, de los que aproximadamente un 80% son costes asumidos directamente por los familiares (8). Cada paciente supone anualmente entre 1-3 millones de pesetas por familia, si a ello añadimos la vida media de cada enfermo, entre 8-10 años (8, 9), comprendemos que la problemática asistencial se acompaña de elementos económicos.

La distribución de los costes económicos de las DS en los enfermos no institucionalizados se reparten entre servicios sociales, centros de día,

ayuda a domicilio, teleasistencia, acogidas familiares, atenciones médicas generales y especializadas; siendo tres veces inferiores al coste de los institucionalizados. El axioma de que los enfermos de DS deben permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible tiene una justificación economicista importante, pero debe servir de acicate para desarrollar las alternativas socio-sanitarias descritas, así como no olvidar la carga que experimenta el cuidador del paciente que no solo es emocional y física, también lo es financiera.

Haciendo una aproximación a la distribución de la *población* afectada (9):

	Millones de personas
Norteamérica .....	6
Europa .....	5
Asia .....	8-10
Sudamérica .....	2-3
España .....	0,5

Podemos afirmar que la *epidemiología* de las demencias constituye un área de investigación polémica y controvertida, debido a la disparidad en los criterios diagnósticos utilizados y a la dificultad que supone su diagnóstico (10). Estos obstáculos se describen (11):

- Falta de uniformidad en la definición de demencia.
- Opacidad del concepto de demencia leve.
- Necesidad de un buen seguimiento evolutivo para afianzar el diagnóstico.
- El desconocimiento etiológico de la enfermedad.
- Escasa homogeneidad en los instrumentos de valoración.
- Alto coste de los estudios.

Todo ello conlleva que los datos epidemiológicos muestren amplios rangos de incidencia y prevalencia; muy variables en función de la edad, sexo, grupo étnico o diferencias geográficas (12). Estas deficiencias de índole estadístico se intentan subsanar, habiendo experimentando los últimos estudios una importante mejora en la fiabilidad interjueces.

Se estima que en España, en el año 2010, habrá más de 8 millones de personas mayores de 60



años y el 20% de la población tendrá más de 65 años (13). Con anterioridad siempre se había realizado un planteamiento de descarga del paciente, bien con hospitalizaciones frecuentes o bien institucionalizando prematuramente. El entorno familiar tiene una enorme influencia, recogiendo el reto asistencial de la enfermedad, y si el 34% hogares existentes en nuestro país tienen algún miembro de 65 o más años (19). Cada familia tendrá que convivir al menos, con uno de estos enfermos.

Si comparamos la distribución social de las DS, entre dos países como Francia y España, apreciaremos cierta similitud (14, 15):

Situación social	Francia	España
Con cónyuge .....	45%	42%
Con los hijos .....	23%	27%
Solos .....	20%	16%
Con otros .....	12%	15%

La DS afecta a un 10% de la población de edad superior a los 75 años. Esta prevalencia varía según autores y estudios, pero se puede afirmar de forma categórica su aumento significativo conforme aumenta la edad, partiendo de una prevalencia del 1% para el grupo erario de 60-65

años, cada 5 años se duplica hasta llegar al 32% en los mayores de 90 años (16).

Parece esencial el desarrollo de programas nacionales e internacionales con participación de entidades públicas y privadas para diseñar estrategias preventivas y terapéuticas que permitan reducir costes y mejorar la calidad de vida de los enfermos y sus familiares.

Por ello, la creación de asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer ha ayudado al mejor conocimiento de esta situación y actúa como grupo de apoyo, instando a las autoridades sanitarias para que se esfuercen en difundir entre los profesionales relacionados con el cuidado de estos pacientes, el máximo de información sobre este problema prioritario de la salud.

La sociedad científica está cada día más concienciada con la magnitud del problema sociosanitario de esta enfermedad, hay un crecimiento exponencial del número de publicaciones científicas referidas a la DS. Desde 1971 a 1991 se han quintuplicado los artículos originales publicados sobre DSTA, indexados en la base de datos bibliográfica Medline (17, 18). Las más de 800 presentaciones científicas sobre la DSTA en la V Conferencia Internacional celebrada en Osaka (Japón) en el mes de junio del presente año, también son buena muestra del interés suscitado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. SALGADO, A.; GUILLÉN, F., et al. "Manual de Geriatria". 2ª Edición. Barcelona: Editorial Masson S.A.; 1996:430.
2. CACABELOS, R. "Enfermedad de Alzheimer. Etiopatogenia, neurobiología y genética molecular, diagnóstico y terapéutica". Prous editores. 1991:26.
3. GIL, P.; PASTOR, E.; MORA, J. "Aspectos sociosanitarios. Demencia Senil". Madrid: Grupo Aula Médica; 1995:7.
4. LOBO, et al. "The prevalence of dementia among elderly people living in Zaragoza and Liverpool". *Psychol Med* 1992;22:239-243.
5. CACABELOS, R. "Demencia Senil: Estrategias para una década. ¿ Los años del progreso?". Barcelona: MCR; 1991.
6. Cacabelos, R. "Enfermedad de Alzheimer". *Fomeco* 1995;3(4): 213.
7. OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSEMENT. "Losing a million minds: confronting the tragedy of Alzheimer's disease and other dementias". Washington DC: Govt Printing Office; 1987. Pub. N. OTA-BA-323.
8. FERRERES, C. Ponencia en 1ª Jornada sobre Alzheimer. AFEA Castellón; 1996.
9. Cacabelos, R. "Día mundial del Alzheimer [editorial]". *Rev Jano* 1996;20-26 sept:82.
10. ESPERT, R.; BERTOLIN, J. M.; NAVARRO, J. F.; GONZÁLEZ, A. "Diagnóstico diferencial, epidemiología y factores de riesgo. Demencias: situación actual y perspectivas futuras". *Rev Neurol (Barc)* 1995;Enero Febrero 23(119).
11. GUIJARRO, J. L. "Envejecimiento y demencia. Epidemiología de la demencia senil. La demencia senil por encima de los 80 años". *Eur J Gerontol. Saned* 1993(3).
12. ALBERT, M.; SMITH, L. A.; SCHERR, P. A., et al. "Use of brief cognitive test to identify individuals in the community with clinically diagnosed Alzheimer's disease". *Int J Neurosci* 1991;57:167-178.

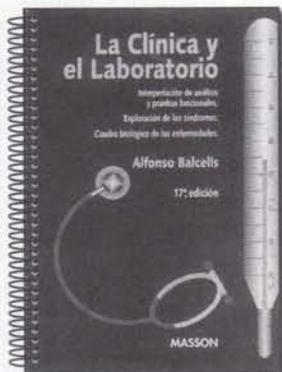
C. Ferreres Bautista  
M. L. Remolar Ribes  
S. Peris Arnau  
M. A. Ortuño Cortés

Demencias: consideraciones conceptuales,  
socio-sanitarias y epidemiológicas

86 13. BLESA, R. "Neurología geriátrica. Principios generales del envejecimiento general". Barcelona: Sandoz-Pharma; 1994.  
14. VERA, M.; BOADA, M. "Aspectos socioeconómicos de las demencias y la enfermedad de Alzheimer". Medicine. Número Extraordinario. Idepsa; 1994.  
15. CABALLERO, J. C. "La familia como unidad de cuidados del demente. Demencia: Un reto para la asistencia de los ancianos". Uriach; 1993.  
16. HOFMAN, A.; ROCCA, W. A.; BRAYNE, C, et al. "The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of

1980-1990 findings. Eurodem Prevalence Research Group". Int J Epidemiol 1991;20:736-748.  
17. FRATIGLIONI, L. "Epidemiology of Alzheimer's disease. Issues of etiology and validity". Acta Neurol Scand 1993;87(Suppl 145).  
18. MANUBENS, J. M. "Epidemiología de las demencias. Psiquiatría en Geriátrica". Monografías de psiquiatría. Volumen VI. 1994 nº 3.  
19. ABELLÁN, A., et al. "Manual estadístico sobre el envejecimiento de la población. Envejecer en España". Fundación Caja de Madrid; 1996:41.

novedad



**¡Solo 6.650 Ptas.!**

Un tomo (14 x 22 cm) con 728 páginas ilustrado con figuras y tablas. Encuadernado en espiral. ISBN: 84-458-0538-X ©1997

Con datos de laboratorio sobre más de 400 enfermedades.

De utilidad clínica inmediata: Téngala siempre a mano a la hora de SOLICITAR e INTERPRETAR ANÁLISIS.

## La Clínica y el Laboratorio

Interpretación de análisis y pruebas funcionales  
Exploración de los síndromes  
Cuadro biológico de las enfermedades

A. Balcells

17ª edición

- Nueva edición de este clásico libro para la práctica clínica, un auténtico vademécum que orienta al médico a la hora de solicitar un examen complementario y le ayuda en la lectura e interpretación de los resultados del laboratorio.
- En esta 17ª edición, el autor ha efectuado una revisión y actualización completas, incorporando más de 200 modificaciones del texto para aclarar los conceptos y mejorar la información.
- Entre los muchos aspectos relevantes que ofrece la nueva edición merece destacarse:
  - Inclusión de la semiología de laboratorio en una serie de nuevos procesos.
  - Los hallazgos de laboratorio y su significación clínica se han completado con la inclusión de nuevos temas.
  - En las tablas de valores se ha separado el grupo de exámenes inmunológicos del resto de análisis séricos.
  - Comenta la biología molecular y la genética en el grado que puede interesar al clínico.

### ÍNDICE DE CAPÍTULOS (extracto):

I. Hallazgos de laboratorio (Capítulos 1 a 14)	1
II. Pruebas funcionales (Capítulos 15 a 21)	295
III. Exploración de los síndromes con el laboratorio (Capítulo 22)	377
IV. El laboratorio en las enfermedades (Capítulos 23 a 34)	425
V. Sumario de constantes biológicas. Tablas de valores normales	661
Índice alfabético de materias	674

## TARJETA DE PEDIDO

Sí, deseo remitir a mi nombre esta obra:

**BALCELLS:** *La Clínica y el Laboratorio*  
17ª edición (cód. 0538)

**PVP: 6.650 Ptas. con IVA y 6.394 sin IVA**

FORMA DE PAGO:  
Contra reembolso sin cargo alguno.

Nombre \_\_\_\_\_

1º Apellido \_\_\_\_\_

2º Apellido \_\_\_\_\_

Año nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

FIRMA



Puede dirigirse a su librería habitual o remitir esta Tarjeta de Pedido a:

**MASSON, S.A.** MASSON

Rda. General Mitre, 149  
08022 BARCELONA (España)  
Fax: 93-253 05 15  
e-mail: grupo.masson@bcn.servicom.es

Nota LORTAD: Si usted no desea recibir información comercial de otras empresas, por favor, indíquenoslo.