

Síndrome demencial y factores de riesgo en adultos mayores de 60 años residentes en La Habana

J.J. Llibre, M.A. Guerra, H. Pérez-Cruz, H. Bayarre,
S. Fernández-Ramírez, M. González-Rodríguez, J.A. Samper

DEMENTIA SYNDROME AND RISK FACTORS
IN ADULTS AGED OVER 60 RESIDING IN LA HABANA

Summary. Introduction. The dementias and Alzheimer's disease are a growing problem in countries with a long life expectancy. Objective. To find the prevalence of the dementia syndrome in the population aged over 60 years in the municipality of Marianao, La Habana, during the first three months of 1998, and the relationship with certain associated biosocial factors. Patients and methods. A descriptive transversal study in which 799 elderly persons were assessed in their homes, out of a population of 22,590 elderly persons, by means of conglomerate sampling in two stages. In the same way, we selected a sample from the municipality of Bauta representing 340 adults. The probable diagnosis of dementia syndrome or Alzheimer's disease was based on criteria of DSM III R and NINCDS-ADRDA. A second analytical phase was done by studying cases and witnesses. Univariate and multivariate hypothesis tests were done by means of the multiple logistic regression method. Results and conclusions. The prevalence of the dementia syndrome was 8.2% (6.27-10.42); and that of Alzheimer's disease and vascular dementia was 5.13% and 1.93% respectively. Age, female sex, previous clinical history and no spouse (due to widowhood or being single), were risk factors in this population. Early detection of the dementia syndrome allows development of projects to intervene in old people to actively improve their state of health and socio-familial adaptation [REV NEUROL 1999; 29: 908-11].

Key words. Alzheimer's disease. Dementia syndrome. Prevalence. Risk factors.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno neurodegenerativo progresivo, con características clínicas y patológicas distintas; actualmente se reconoce como una entidad mayor en el orden médico, psiquiátrico, neurológico, epidemiológico, sociológico y económico, particularmente en los países desarrollados, donde las personas con edades superiores a 60 años representan al menos el 10% de la población total [1].

Dentro de todos los cuadros demenciales, la EA comprende más del 50% de los casos, seguida en orden de frecuencia por la demencia vascular con un 20-30%, sin excluir la asociación de ambos procesos, la llamada demencia mixta, y el resto de las demencias [2-6]. Actualmente se estima que la EA afecta a más de seis millones de personas en Norteamérica, cinco millones en Europa, entre ocho y diez millones en Asia y un millón y medio de individuos en América del Sur [7,8], con una prevalencia media de 3 a 15% en mayores de 65 años y una incidencia de 0,3 a 0,7% [3,7,9-11]. En países desarrollados constituye la tercera enfermedad en costes sociales y económicos, y se comporta como la cuarta causa de muerte en lugares como EE.UU., Japón, España y Suiza, entre otros, superada solamente por las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la enfermedad cerebrovascular [1,3].

En Cuba, la población anciana se ha duplicado en menos de 35 años; se estima que para el año 2000 el 14% de la población cubana tendrá 60 años o más (actualmente el 13,6%) y aumentará a un 20% en el año 2025, pronosticándose que uno de cada cinco cubanos tendrá 60 años o más. La expectativa de vida al nacer actual es de 75 años [12,13].

Esta transición epidemiológica, acontecida en los países en vía de desarrollo y relacionada, entre otros factores, con mejoras en las políticas sanitarias, la disminución y control de las enfermedades infecciosas así como la reducción de las tasas de mortalidad y fecundidad, provoca que las enfermedades crónicas en la tercera edad y en particular las enfermedades demenciales comiencen a constituir un problema importante de salud.

En países en vías de desarrollo pocos son los estudios dirigidos a conocer la prevalencia y los factores de riesgo de síndrome demencial (SD) en grupos poblacionales. Estas investigaciones permitirían trazar políticas de intervención comunitaria, dirigidas a la población de riesgo.

MÉTODOS

La investigación se desarrolló en dos vertientes: una primera en que se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de las investigaciones conocidas de prevalencia en pacientes de 60 años y más, pertenecientes a tres policlínicos del municipio Marianao, en el primer trimestre de 1998, y del municipio Bauta situado en la provincia de Habana. Una segunda fase analítica consistente en un estudio de casos y testigos.

Con la finalidad de garantizar la precedencia temporal del factor sobre el SD o demencia, se fijó un período de dos años anteriores al momento de la aplicación de la encuesta.

Ética

Se contó con el consentimiento oral y escrito de los ancianos que resultaron seleccionados o, en su defecto, con la aprobación de las personas responsables de los mismos. Además, se mantuvo la confidencialidad de los datos recogidos en las entrevistas.

Recibido: 28.06.99. Recibido en versión revisada: 05.08.99. Aceptado: 05.08.99.
Departamento de Ciencias Clínicas. Facultad de Medicina Finlay Albarán.
Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

Correspondencia: Dr. Juan de J. Llibre Rodríguez. Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Hospital Universitario Calixto García. Calle G, esquina 27. Vedado. La Habana, Cuba. Fax: 537 333 319. E-mail: cited@infomed.sld.cu

© 1999, REVISTA DE NEUROLOGÍA

Tabla I. Prevalencia de síndrome demencial según ubicación geográfica.

Municipio	Número	Tasa ^a	Intervalo de confianza
Marianao (n= 779)	64	8,2	6,27-10,42
Bauta (n= 340)	38	11,2	7,85-14,55

^a Por 100 ancianos.**Tabla III.** Prevalencia de síndrome demencial y demencia tipo Alzheimer según sexo (tasa por 100 ancianos).

Sexo	Síndrome demencial	Demencia tipo Alzheimer
Masculino (n= 294)	4,76	2,38
Femenino (n= 485)	10,31	6,80

Técnicas y procedimientos

El universo estuvo constituido por 22.590 ancianos que residían en el municipio de Marianao, en el primer trimestre de 1998; de ellos, se escogió una muestra de 779 ancianos, determinada a partir de la expresión siguiente:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

siendo

$$n_0 = \frac{PQZ^2_{1-\alpha}}{E^2_0}$$

donde, P: prevalencia de demencia estimada en estudios anteriores; Q: 1-P; $Z^2_{1-\alpha}$: percentil de la distribución normal; E^2_0 : error absoluto.

La selección definitiva de la muestra se realizó mediante muestreo por conglomerados en dos etapas (muestra con submuestra), para lo cual se consideraron como unidades de primera etapa a los grupos básicos de trabajo y como unidades de segunda etapa a los consultorios médicos.

En relación con la selección de los casos y testigos, se seleccionaron como testigos todos los ancianos que no presentaban deterioro cognoscitivo, provenientes de la muestra para el estudio de la prevalencia.

De igual modo, se seleccionó una muestra del municipio de Bauta representada por 340 ancianos.

Técnica de recogida de la información

Para la recogida de la información se aplicaron los siguientes instrumentos: mini-examen del estado mental de Folstein (MMSE, *Mini-Mental State Examination*), la escala isquémica de Hashinski y la escala de deterioro global (GDS, *Global Deterioration Scale*) para evaluar la alteración cognoscitiva dependiente de la edad y la EA, así como datos generales y otros relacionados con los cambios en los hábitos de los ancianos [8,14,15].

La aplicación de los instrumentos fue realizada por tres residentes en Medicina General Integral adiestrados para tal efecto, en una consulta multidisciplinaria. Los pacientes con MMSE menor de 24 puntos fueron entrevistados en una segunda visita por los autores, al día siguiente de ser evaluados, como control de la calidad de las entrevistas.

Los casos de demencia o SD se diagnosticaron de acuerdo con los criterios de la Sociedad Psiquiátrica Americana, resumidos en el DSM-III-R [16]. El subdiagnóstico de EA se basó en los criterios del Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos de la Comunicación y de Accidentes Vasculares Cerebrales (NINCDS, *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke*), y por la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Conexos (ADRDA, *Alzheimer Disease and Related Disorders Association*) [17]. Para el sub-

Tabla II. Prevalencia de síndrome demencial según el tipo de demencia en Marianao (n= 779).

Tipo de demencia	Número	Tasa ^a	Intervalo de confianza
Alzheimer	40	5,13	3,58-6,60
Vascular	15	1,93	0,96-2,98
Mixta	4	0,51	0,01-1,01
Asociada a enfermedad de Parkinson	5	0,64	0,08-1,20

^a Por 100 ancianos.

diagnóstico de demencia vascular, se utilizó la definición DSM-III-R de demencia multiinfarto.

Fue diagnosticada demencia asociada a enfermedad de Parkinson cuando la demencia se inició con posterioridad al inicio del parkinsonismo idiopático [18].

Técnicas de procesamiento y análisis

El tratamiento de los datos se realizó mediante el empleo de un sistema de bases de datos (FOXBASE y EPINFO-6.02). La frecuencia de aparición de limitaciones en las funciones cognoscitivas de los ancianos con SD se calcularon por medio de tasas de prevalencia y otras medidas de resumen para datos cualitativos (frecuencias absolutas y porcentajes). De igual forma, se calcularon tasas de demencia con relación a otras variables asociadas (edad, sexo, escolaridad), y por tipos de demencia. Los intervalos de confianza (IC) se calcularon al 95% de confiabilidad, empleándose para ello una aplicación del sistema EPINFO (CSAMPLE).

En la búsqueda de influencias de un conjunto de factores de riesgo sobre la presencia de SD, se realizó inicialmente un análisis univariado entre cada una de las variables explicativas o independientes (cualitativas) y la variable de respuesta o dependiente (total en el MMSE). Mediante la prueba de independencia (χ^2 al cuadrado) y en caso de asociación significativa ($p < 0,05$), o por criterio de experto, se incluyó la variable explicativa en un análisis posterior. En el caso de la edad, se utilizó la prueba de comparación de medias (en muestras independientes), con varianzas desconocidas.

Con la finalidad de evitar que una correlación excesiva entre las variables independientes (colinealidad) introdujera deficiencias en las estimaciones, se evaluó la asociación mediante la prueba de independencia (χ^2 al cuadrado) para variables cualitativas, y los coeficientes phi o V de Cramer, según se tratara de tablas de un grado de libertad o más de un grado de libertad, y el coeficiente de correlación lineal de Pearson para variables cuantitativas.

RESULTADOS

La estimación de la prevalencia del SD en los mayores de 60 años del municipio de Marianao, durante el primer trimestre de 1998, cifró una prevalencia del 8,2% con un IC al 95% que varió entre el 6,27 y el 10,42%. La precisión de los intervalos evidencia la calidad de las estimaciones obtenidas (Tabla I). En el municipio de Bauta la prevalencia del SD fue superior, 11,2%.

La prevalencia del SD según tipo de demencia en el municipio de Marianao se muestra en la tabla II. La tasa de prevalencia para la demencia tipo Alzheimer (DTA) fue del 5,13%, superior a la tasa de demencia vascular con un 1,93.

En la tabla III se muestra el comportamiento según el sexo en los pacientes con SD y en la DTA. Se obtuvo una prevalencia del 6,80% para el sexo femenino en la DTA, siendo mayor que en el sexo masculino con una prevalencia del 4,76%. De manera similar se comportó la tasa de SD 2,2 veces superior en las mujeres que en los varones. La tasa de prevalencia del SD fue de 11,98 en los pacientes sin vínculo conyugal (soltero(a)s o viudo(a)s), superior a la tasa de 5,00 en personas con vínculo conyugal (Tabla IV).

Tabla IV. Prevalencia de síndrome demencial según vínculo conyugal (n= 779).

Estado conyugal	Número	Tasa ^a	Intervalo de confianza
Con vínculo conyugal (n= 420)	21	5,00	2,92-7,08
Sin vínculo conyugal (n= 359)	43	11,98	8,62-15,39

^a Por 100 ancianos.

La identificación de factores de riesgo para el SD se realizó mediante el empleo de la regresión logística (Tabla V). Las variables que mostraron resultados significativos del valor de Z ($Z < 1,96$) fueron la edad, el sexo femenino, la raza blanca, el vínculo conyugal y los antecedentes patológicos de enfermedades crónicas, en particular, hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad cerebrovascular. En el caso de la edad—variable cuantitativa—se observa una odds ratio (OR) de 1,06, lo que significa que por cada 1,06 año transcurrido es más probable que aparezca el SD en el anciano. El sexo femenino y la raza blanca alcanzaron unas OR de 2,96 y 2,59, respectivamente. Para el vínculo conyugal se constató una OR de 2,16, lo cual significa que es 2,16 veces más probable presentar SD si el individuo no tiene vínculo conyugal que en el caso contrario. Los antecedentes de enfermedades crónicas presentaron una OR de 3,96.

En resumen, estos resultados verifican la hipótesis de que la edad, el sexo femenino, la raza blanca, la presencia de antecedentes patológicos de enfermedades crónicas y la ausencia de vínculo conyugal constituyen los factores de riesgo del SD en la población estudiada.

DISCUSIÓN

Los estudios epidemiológicos permiten conocer la distribución y el comportamiento de una enfermedad en diferentes poblaciones, formular hipótesis concernientes a factores de riesgo y, finalmente, planificar políticas y estrategias de salud.

Realizada en diferentes áreas de salud de La Habana, la estimación de prevalencia del SD fue del 14,96% en el Policlínico Cristóbal Labra del municipio de La Lisa. En 1990, en la población de Marianao, Guerra-Hernández y Llibre-Rodríguez comunicaron una prevalencia del 7,76%; en 1993, Castillo-Schwartz encontró una prevalencia de demencia del 10,5% en una muestra de ancianos del municipio de Habana Vieja [2].

Las estimaciones de prevalencia del SD también varían entre los diversos países, desde un 4,5% en Japón, hasta un 18,5% en Escandinavia [14,19]. Tal variación podría explicarse por la metodología empleada, que incluye, entre otros, los criterios utilizados para el diagnóstico de demencia, la procedencia de la población estudiada y el diseño muestral.

El hecho más relevante es que realmente la demencia constituye un problema de salud en la población geriátrica, lo cual evidencia la importancia de su diagnóstico y atención. Tenien-

Tabla V. Factores de riesgo en Marianao. Resultados del análisis de regresión logística.

Variable	Odds ratio	Límite inferior	Límite superior
Edad	1,1099	1,0641	1,1577
Sexo	2,9692	1,3722	6,4247
Raza	2,5904	1,7074	3,9303
Escolaridad	0,8748	0,6898	1,1095
Vínculo conyugal	2,1608	1,0795	4,7154
Antecedentes patológicos	3,4616	1,7989	4,7844

do en cuenta la población cubana que sobrepasa los 60 años, calculamos que aproximadamente 100.000 personas padecen demencia.

Si no se cuenta con confirmación necrópsica, la subtipificación de la demencia sigue siendo poco segura. Sin embargo, las prevalencias encontradas coinciden con las comunicadas por otros autores, donde la DTA ocupa el primer lugar, seguida por las demencias de causa vascular [18,20-22]. A pesar de las limitaciones que en relación con los instrumentos utilizados podrían señalarse, la confiabilidad del diagnóstico de Alzheimer probable, según los criterios del NINCDS-ARDRA, es elevada. Sólo en países con una alta incidencia de hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular, como es el caso de China, Japón y Finlandia, la prevalencia de la demencia vascular excede a la DTA [22,24-27].

Los factores de riesgo relacionados con la DTA son diversos y muchos de ellos se han rechazado en investigaciones rigurosas, entre los cuales se citan la edad avanzada, el sexo femenino, la historia familiar de demencia o el síndrome de Down, antecedentes de trauma craneal, enfermedad tiroidea, depresión y bajo nivel de educación [9,28,29]. Más recientemente, se ha señalado como factor de riesgo importante la presencia del genotipo para la apolipoproteína E y específicamente del alelo-4, tanto en la forma familiar de comienzo tardío como en los casos esporádicos, y la alfa-2 macroglobulina [30-32].

En escasas investigaciones se ha tenido en cuenta el vínculo conyugal como factor influyente en la aparición del SD, y en las que aparece no se relaciona de manera importante [33,34]. La vida conyugal constituye un aspecto esencial en la vida de los individuos, ya que de ella se deriva la formación de la familia, lo cual constituye una de las satisfacciones afectivas más significativas. Es por ello que en el anciano la pérdida del compañero de tantos años constituye un factor estresante, que puede conllevar a alteraciones psicósomáticas, depresión y posiblemente demencia muy relacionados con sentimientos de soledad.

BIBLIOGRAFÍA

- Barry R. Alzheimer's Disease. In Comprehensive review of geriatric psychiatry. American Association for Geriatric Psychiatry; 1996. p. 401-58.
- Llibre Rodríguez J. Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease. Ann Int Psychiatry 1999; 3-8.
- Cacabelos R. Enfermedad de Alzheimer. Epidemiología y etiopatogenia. FOMECO 1995; 3: 212-20.
- De Figueiredo JM. Epidemiology of Alzheimer's disease: research trends in the United States. Intern J Geriatr Psychiatry 1993; 8: 59-65.
- Kasman R. Alzheimer's disease. N Engl J Med 1986; 314.
- Gelmacher D, Whitehouse P. Evaluation of Dementia. N Engl J Med 1996; 335 (Suppl): 331-6.
- Hofman A, Rocca WA, Brayne C. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1994 findings. Int J Epidemiol 1994; 2: 736-48.
- Folstein M, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patient for the clinical. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-98.
- Amaducci L, Falcini M, Lippi A. Descriptive epidemiology and risk factors for Alzheimer's disease. Acta Neurol Scand Suppl 1992; 139: 21-5.
- Henderson AS. Alzheimer's disease in its epidemiologic context. Acta Neurol Scand Suppl 1993; 149: 1-3.
- Ritchie K, Kildea D. Demencia senil: ¿'Relacionada con la edad' o

- 'Relacionada con el envejecimiento'? Resultados de un meta-análisis de la prevalencia de la demencia en individuos de edad avanzada. *Lancet* 1995; 348: 931-4.
12. Prieto O, Vega E. Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y Perspectiva. 2 ed. La Habana: CITED; 1996.
 13. Oficina Nacional de Estadística. Anuarios demográficos de Cuba 1995. La Habana 1996.
 14. Hachinski JC. Differential diagnosis of Alzheimer's dementia: multi-infarct dementia. In Reisberg B, ed. Alzheimer's disease. New York: Free Press; 1983. p. 188-92.
 15. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, et al. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1136-9.
 16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3 ed (revised). Washington DC: American Psychiatric Association; 1987.
 17. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Service Task Force on Alzheimer Disease. *Neurology* 1984; 34: 939-44.
 18. Otto A, Breteler MM, van Harskamp F, Claus JJ, et al. Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association and education. The Rotterdam Study. *Br Med J* 1995; 310: 970-3.
 19. Fichter MM, Meller Y, Schroppe H, Steinkirchner R. Dementia and cognitive impairment in the oldest old in the community. Prevalence and comorbidity. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 621-9.
 20. Manubens JM, Martínez-Lage JM, Lacruz F, Muruzabal J, Larrumbe R, Guarch C, et al. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementing disorders in Pamplona, Spain. *Neuroepidemiology* 1995; 14: 155-64.
 21. Bachman DL, Wolf PA, Linn RT, Knoefel JE, et al. Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population. The Framingham Study. *Neurology* 1993; 43: 515-9.
 22. Beard CM, Kokmen E, O'Brien PC, Kurland T. The prevalence of dementia is changing over time in Rochester, Minnesota. *Neurology* 1995; 45: 75-9.
 23. Yoshitake T, Kiyohara Y, Kato Y, Ohmura T, et al. Incidence and risk factors of vascular dementia and Alzheimer's disease in a defined elderly Japanese population: The Hisayama Study. *Neurology* 1995; 45: 1161-8.
 24. Hagnell O, Frank A, Grosbeck A. Vascular dementia in The Lundby Study. A prospective, epidemiological study of incidence and risk from 1957 to 1972. *Neuropsychobiology* 1992; 26: 43-19.
 25. Forette F, Boller F. Hypertension and the risk of dementia in the elderly. *Am J Med* 1991; 90: 145-9.
 26. Liu HC, Lin KN, Teng EL, Wang SJ, et al. Prevalence and subtype of dementia in Taiwan: a community survey of 5,297 individuals. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 144-9.
 27. Zhan M, Katzman R, Jin H, Cai G, et al. The prevalence of dementia and Alzheimer's disease in Shanghai, China: impact of age, gender and education. *Ann Neurol* 1990; 27: 428-37.
 28. Pendlebury W, Solomon P. Alzheimer's disease. Clinical Symposia. CIBA 1996; 48: 1-32.
 29. Amaducci L. The epidemiologic of senile dementia. Brain ageing and dementias. IX International Bayer Pharma Press Seminar Vienna 1990; (Suppl): 29-32.
 30. Duara R, Barker W, López Alberola R, Loewenstein DA, et al. Alzheimer's disease: interaction of apolipoprotein E genotype, family history of dementia, education, ethnicity and age of onset. *Neurology* 1996; 46: 1575-9.
 31. Corder EH, Saunders AM, Strittmatter WJ, et al. Gene dose of apolipoprotein E type 4 allele and the risk of Alzheimer's disease in late-onset families. *Science* 1993; 261: 921-3.
 32. Saunders AM, Strittmatter WJ, Schmechel D. Association of apolipoprotein E allele? 4 with late-onset familial and sporadic Alzheimer's disease. *Neurology* 1993; 43: 1467-72.
 33. Boada M, Tàrraga LI, Montserrat R, Nebot C, Canela J. Epidemiología de los trastornos cognitivos en la población geriátrica de los 'Cals d'Avis' de Barcelona Ciudad. *Rev Neurol* 1995; 23: 166-73.
 34. Stern Y, Folstein M, Albert M. Multicenter study of predictor of disease course in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1993; 7: 3-21.

SÍNDROME DEMENCIAL Y FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS RESIDENTES EN LA HABANA

Resumen. Introducción. Las demencias y la enfermedad de Alzheimer constituyen un problema creciente en los países con una alta expectativa de vida. Objetivo. Conocer la prevalencia del síndrome demencial en la población mayor de 60 años del municipio Marianao, La Habana, en el primer trimestre de 1998, y la relación de algunos factores biosociales asociados. Pacientes y métodos. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el cual se evaluaron 779 ancianos en sus hogares, en un universo de 22.590 ancianos, mediante un muestreo por conglomerados en dos etapas. De igual forma, se seleccionó una muestra del municipio Bauta representada por 340 adultos mayores. El diagnóstico de síndrome demencial y enfermedad de Alzheimer probable se basó en los criterios del DSM-III-R y del NINCDS-ADRDA. Se realizó una segunda fase analítica mediante un estudio de casos y testigos. Se emplearon pruebas de hipótesis univariadas y multivariadas por medio del método de regresión logística múltiple. Resultados y conclusiones. La prevalencia de síndrome demencial fue de un 8,2% (6,27-10,42), correspondiendo a la enfermedad de Alzheimer y a la demencia vascular, una prevalencia del 5,13% y 1,93%, respectivamente. La edad, el sexo femenino, la presencia de antecedentes patológicos personales y el no tener vínculo conyugal, por viudez o por estar soltero, figuraron en el perfil de riesgo de esta población. La detección precoz del síndrome demencial permitiría desarrollar proyectos de intervención en ancianos para mejorar su estado de salud y una mejor adaptación sociofamiliar de forma activa [REV NEUROL 1999; 29: 908-11].

Palabras clave. Enfermedad de Alzheimer. Factores de riesgo. Prevalencia. Síndrome demencial.

SÍNDROME DEMENCIAL E FACTORES DE RISCO EM ADULTOS MAIORES DE 60 ANOS RESIDENTES EM LA HABANA

Resumo. Introdução. As demências e a doença de Alzheimer constituem um problema crescente nos países com elevada esperança de vida. Objectivo. Conhecer a prevalência do síndrome demencial na população maior de 60 anos no município Marianao, La Habana, no primeiro trimestre de 1998, e a relação de alguns factores bio-sociais associados. Doentes e métodos. Realizou-se um estudo descriptivo de corte transversal, no qual se avaliaram 779 idosos nas suas casas, num universo de 22.590 idosos, por meio de uma amostragem por grupos em duas etapas. Da mesma forma, seleccionou-se uma amostra do município Bauta representada por 340 adultos mais velhos. O diagnóstico de síndrome demencial e doença de Alzheimer provável baseou-se nos critérios do DSM III R e do NINCDS-ADRDA. Realizou-se uma segunda fase analítica por meio de um estudo de casos e testemunhas. Utilizaram-se provas de hipóteses univariadas por meio do método de regressão logística múltipla. Resultados e conclusões. A prevalência do síndrome demencial foi de 8,2% (6,27-10,42), correspondente à doença de Alzheimer e à demência vascular, uma prevalência de 5,13% e 1,93%, respectivamente. A idade, o sexo feminino, a presença de antecedentes patológicos pessoais e o não ter vínculo conjugal, por viuvez ou por estar solteiro, apareceram no perfil de risco desta população. A detecção precoce do síndrome demencial permitirá desenvolver projectos de intervenção em idosos para melhorar o seu estado saúde e uma melhor adaptação sócio-familiar de forma activa [REV NEUROL 1999; 29: 908-11].

Palavras chave. Doença de Alzheimer. Factores de risco. Prevalência. Síndrome demencial.