



EDITORIAL

Prevención y manejo del deterioro cognitivo

Prevention and management of cognitive impairment

Francesc Formiga^{a,*} y José Antonio López Trigo^b

^a En nombre del Comité Editorial de REGG

^b En nombre de la SEGG

El deterioro cognitivo y las demencias, como su máxima expresión, son un grave problema de salud, sobre todo en los países desarrollados, donde el número de casos ha aumentado en los últimos años debido al envejecimiento progresivo de la población, ya que su prevalencia aumenta con la edad, y al pobre control de los factores de riesgo vascular¹. Actualmente, la demencia es una prioridad de salud pública a nivel global en relación con el efecto devastador que ocasiona en los pacientes y su entorno familiar, su enorme impacto sobre los sistemas asistenciales sanitarios y sociales, así como con el consecuente coste económico que origina y, además, por la básica necesidad de establecer planes de actuación integrales que la aborden². Hablamos de demencia como un síndrome con múltiples etiologías, y la causa más frecuente en el paciente anciano de nuestro mundo occidental es la enfermedad de Alzheimer³.

Con estas reflexiones parece adecuada la realización de un monográfico en REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, para profundizar en diversos aspectos del deterioro cognitivo, desde las bases neuropsicológicas al tratamiento, ya sea farmacológico o no farmacológico.

Parece lógico iniciar esta revisión con el capítulo de Borrás Blasco y Viña Ribes sobre neuropsicología y envejecimiento, en el que se profundiza sobre el concepto y las bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo⁴. Los autores nos recuerdan que el sistema nervioso central es una estructura dinámica que sufre constantes remodelaciones funcionales a lo largo de la vida y nos aleccionan del hecho de que, según como ocurran estas adaptaciones compensatorias con la edad, va a depender el desarrollo o no de deterioro cognitivo asociado al envejecimiento⁵. Además, en este capítulo se nos explica que la genética, junto con el estilo de vida, la alimentación y ciertos factores ambientales, entre otros, son importantes condicionantes que pueden precipitar la aparición de diversas enfermedades que cursan con deterioro cognitivo⁴.

En el segundo capítulo, Gil Gregorio profundiza sobre los criterios diagnósticos del deterioro cognitivo y reflexiona sobre los beneficios

del diagnóstico precoz⁶. El autor adelanta la importancia del diagnóstico precoz para la prevención⁷ y nos introduce un tópico de máxima actualidad, como es el de la fragilidad cognitiva⁸. La fragilidad cognitiva se define como una manifestación clínica heterogénea, que se caracteriza por la presencia de fragilidad física y deterioro cognitivo, simultáneamente (correspondiente a una CDR 0,5), y es un escenario en el que será muy importante poder intervenir⁸.

Por su importancia son 2 los apartados que se dedican al tratamiento no farmacológico. En el primero de ellos, el Dr. Ramos Cordero desarrolla el tema de la terapia de estimulación y mantenimiento funcional⁹. También se aborda la estrecha y recíproca relación que existe entre el deterioro cognitivo, la alimentación y el estado nutricional de las personas, describiendo los principales factores de riesgo nutricional y los factores protectores para el desarrollo del deterioro cognitivo. El autor realiza un abordaje muy práctico con indicaciones que pueden ser de gran ayuda para situaciones concretas. Una información complementaria se ha publicado recientemente en una revisión que evalúa la efectividad de las intervenciones que utilizan el ejercicio y/o la modificación ambiental para la prevención de caídas en ancianos institucionalizados con deterioro cognitivo¹⁰.

En un segundo apartado, Raquel Yubero profundiza sobre la terapia de estimulación cognitiva⁹. Nos recuerda que, poco a poco, ya disponemos de información basada en estudios con diseños aleatorizados a doble ciego, multidisciplinares, que incluyen extensas baterías de evaluación de los síntomas en que se demuestra que el uso de la estimulación cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo favorece la autonomía de los pacientes, mejorando los síntomas psicológicos y conductuales, y retrasando o estabilizando la pérdida progresiva de funciones cognitivas. Finalmente, la autora nos recuerda que el mejor abordaje de un paciente con deterioro cognitivo es siempre un abordaje multidisciplinar con la implicación de la familia y los profesionales sanitarios.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fformiga@bellvitgehospital.cat (F. Formiga).

Es evidente que en este monográfico no podría faltar una actualización del tratamiento farmacológico, actualización que realizan Enrique Arriola y Javier Álaba, en la que se incluye información acerca de los ya más conocidos inhibidores de la acetilcolinesterasa y fármacos antiglutamérgicos y se añade información sobre las posibilidades de tratamiento antioxidante¹¹. Así, se reflexiona sobre el Souvenaid^{®12} y se hace especial énfasis en *Ginkgo biloba*¹³ y, especialmente, en el EGB 761, dadas las controversias actuales sobre su uso y la reciente aprobación por parte de la European Medicines Agency.

Un capítulo imprescindible es en el que Fernández-Viadero y colaboradores nos reportan las novedades sobre deterioro cognitivo y la inflamación y oxidación como factores predictivos y/o causales¹⁴. Así, se nos recuerda la importancia de cómo la neuroinflamación desencadena daño a nivel neuronal, mediante la presencia de citocinas inflamatorias y la activación de la microglía a través de receptores de membrana y factores de activación nuclear. Este fenómeno neuroinflamatorio, también afecta la plasticidad neuronal alterando la génesis y el mantenimiento de la potenciación a largo plazo, ocasionando deterioro en la memoria dependiente del hipocampo¹⁴.

El estrés oxidativo y la producción de radicales libres de oxígeno originan también efectos tóxicos en los cerebros envejecidos, en gran parte debido a la peroxidación lipídica y daños en el ADN. Entre las enfermedades prevalentes en las personas mayores que pueden favorecer estas alteraciones destaca la diabetes mellitus¹⁵, siempre teniendo en cuenta que, frecuentemente, ambas se asocian a la presencia de depresión (las tres “d”)¹⁶.

El capítulo final, de vital importancia, sirve para que López Mongil y colaboradores¹⁷ nos informen sobre las fases evolutivas, el pronóstico tras el diagnóstico de demencia, qué es esperable, especialmente en las fases más avanzadas de esta y para que, finalmente, nos hagan reflexionar sobre cómo implementar medidas preventivas para evitar el deterioro cognitivo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Regalado Doña PJ, Azpiazu Artigas P, Sánchez Guerra ML, Almenar Monfort C. Factores de riesgo vascular y enfermedad de Alzheimer. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44:98-105.
2. Marín-Carmona JM, Formiga F. Demencia de inicio en edades avanzadas: aspectos clínicos y fisiopatológicos diferenciales. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50:261-3.
3. Schneider JA, Arvanitakis Z, Bang W, Bennett DA. Mixed brain pathologies account for most dementia cases in community-dwelling older persons. Neurology. 2007;69:197-204.
4. Borrás Blasco C, Viña Ribes J. Neuropsicología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51:Supl 1:3-6.
5. Pieramico V, Esposito R, Cesinaro S, Frazzini V, Sensi SL. Effects of non-pharmacological or pharmacological interventions on cognition and brain plasticity of aging individuals. Front Syst Neurosci. 2014;8:153.
6. Gil Gregorio P. Criterios diagnósticos. beneficios del diagnóstico precoz. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51:Supl 1:7-11.
7. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Hampel H, Molinuevo JL, Blennow K, et al. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. Lancet Neurol. 2014;13:614-62.
8. Kelaiditi E, Cesari M, Canevelli M, Van Kan GA, Ousset PJ, Gillette-Guyonnet S, et al. Cognitive frailty: rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) international consensus group. J Nutr Health Aging. 2013;17:726-34.
9. Ramos Cordero P, Yubero R. Tratamiento no farmacológico del deterioro cognitivo. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51 Supl 1:12-21.
10. González-Román L, Bagur-Calafat C, Urrútia-Cuchí G, Garrido-Pedrosa J. Intervenciones basadas en el ejercicio y el entorno para la prevención de caídas en personas con deterioro cognitivo que viven en centros de cuidado: revisión sistemática y metanálisis. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51:96-111.
11. Arriola Manchola E, Álaba Trueba J. Terapias farmacológicas. J. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51 Supl 1:22-6.
12. Scheltens P, Twisk JW, Blesa R, Scarpini E, Von Arnim CA, Bongers A, et al. Efficacy of Souvenaid in mild Alzheimer's disease: results from a randomized, controlled trial. J Alzheimers Dis. 2012;31:225-36.
13. DeKosky ST, Williamson JD, Fitzpatrick AL, Kronmal RA, Ives DG, Saxton JA, et al. Ginkgo biloba for prevention of dementia: a randomized controlled trial. JAMA. 2008;300:2253-62.
14. Fernández-Viadero C, Jiménez-Sanz M, Fernández-Pérez A, Verduga Vélez R, Crespo Santiago D. Inflamación y oxidación: factores predictivos y/o causales. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51:Supl 1:27-33.
15. Formiga F, Reñe R, Pérez-Maraver M. Demencia y diabetes: ¿Relación casual o causal? Med Clin (Barc). 2015;144:176-80.
16. Formiga F, Rodríguez-Mañas L. Diabetes, depresión y demencia. Tres “d” interrelacionadas en las personas mayores. 50:107-8.
17. López Mongil R, López Trigo JA. Pronóstico y proceso evolutivo del deterioro cognitivo. Medidas preventivas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51:Supl 1:34-43.