



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



AVANCES EN MEDICINA

¿Puede una intervención multifactorial prevenir el deterioro cognitivo del paciente anciano?



CrossMark

Can a multifactorial intervention prevent cognitive impairment in the elderly patient?

M. Seguí Díaz^{a,b}

^a Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Unidad Básica de Salud Es Castell, Menorca, España

^b Miembro del Grupo de Diabetes de SEMERGEN, España

Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;385:2255-63. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25771249>

Resumen

Fundamento: Los factores de riesgo cardiovasculares modificables y de los estilos de vida han sido asociados con el riesgo de demencia en estudios observacionales en personas mayores. En el estudio Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability, un ensayo clínico aleatorizado (ECA), se evaluó la aplicación de un enfoque multifactorial sobre el declinar cognitivo en personas mayores extraídas de un entorno poblacional.

Método: Se trata de un ECA a doble ciego realizado en personas de entre 60-77 años captadas desde encuestas de salud nacionales previas. Los criterios de inclusión fueron tener una puntuación de la escala de demencia Cardiovascular Risk Factors, Aging and Dementia de al menos 6 puntos, con un nivel cognitivo medio mínimo ligeramente más bajo de lo esperado para su edad. Se aleatorizaron los individuos según una ratio 1:1 a 2 años a una intervención multifactorial (dieta, ejercicio físico, entrenamiento cognitivo, control del riesgo cardiovascular) o a un grupo control (consejos de salud habituales). La asignación de los individuos fue hecha en bloques de 4 (2 personas aleatorizadas en cada grupo) en cada sitio, sin que lo conocieran los participantes ni los evaluadores. Los objetivos primarios fueron los cambios producidos en la cognición, medidos según una batería de pruebas neurofisiológicas (NTB). El análisis fue hecho por intención de tratar (todos los pacientes introducidos tenía al menos una observación tras la situación basal).

Resultados: Entre el 7 de septiembre de 2009 y el 24 de noviembre de 2011, 2.654 individuos fueron examinados, y de estos, 1.260 personas fueron aleatorizadas: 631 para el grupo de intervención y 629 para el grupo control. De estas, 591 (94%) del grupo de intervención y 599 (95%) del grupo control tuvieron al menos una evaluación tras la visita basal, en la que se incluyó la intención de tratar para el análisis.

Correo electrónico: mseguid5@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.07.009>

1138-3593/© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Los cambios medios según la puntuación Z del NTB a los 2 años fue de 0,20 (DE 0,51) en el grupo de intervención y de 0,16 (DE 0,51) en el grupo control. La diferencia entre los grupos según el cambio en la puntuación total del NTB por año fue de 0,022 (IC 95% 0,002-0,042, $p=0,030$). Del total, 153 (12%) de los individuos abandonaron. Los eventos adversos ocurrieron en 46 (7%) de los pacientes del grupo de intervención frente a 6 (1%) del grupo control. El efecto adverso más común fue el del dolor musculoesquelético, 32 (5%) del grupo de intervención frente a ninguno del grupo control.

Conclusiones: Según un diseño en forma de ECA la intervención multifactorial sobre personas ancianas con riesgo cognitivo en un contexto poblacional podría mejorar o mantener la función cognitiva de estos.

Comentario

Es interesante conocer cómo la intervención multifactorial en personas ancianas con riesgo de comenzar con una demencia en un contexto poblacional mejora o mantiene la función cognitiva, y que todo ello se haga con una metodología de ECA, lo que refuerza la evidencia. Y es que los estudios que evalúan los factores de riesgo modificables que incrementan el riesgo de progresión de un trastorno cognitivo leve (TCL) a la demencia son pocos y de escasa potencia. Una revisión sistemática en forma de metaanálisis de Cooper et al.¹ sobre 62 estudios hasta mayo de 2013, de los que 17 eran estudios epidemiológicos y 45 ensayos clínicos, mostró cómo la diabetes aumentó el riesgo de conversión de algún tipo no amnésico de TCL a cualquier tipo de demencia, siendo la odds ratio (OR) de 1,65 (IC 95% 1,12-2,43). A su vez, el síndrome metabólico y la prediabetes también fueron predictores de demencia en personas afectas de TCL. Se encontró un estudio que evidenciaba que este riesgo en los diabéticos puede ser modificado, pues el riesgo en estos fue menor entre los que estaban tratados que en los no tratados. También se encontró cómo la dieta mediterránea disminuye el riesgo de conversión de TCL a demencia tipo Alzheimer. La sintomatología neuropsiquiátrica (depresión, etc.) fue un factor de riesgo (OR 3,11, IC 95% 1,38-7,02). El consumo alto del alcohol también predice el riesgo de conversión de TCL a demencia. Por el contrario, según este metaanálisis la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, los niveles de homocisteína, el tabaquismo, el consumo moderado de alcohol y el nivel educativo no serían predictores de conversión entre TCL y demencia. Así, este metaanálisis nos muestra cómo la intervención dietética (baja en carne y productos lácteos y alta en pescado, frutas y vegetales) y la intervención en la sintomatología neuropsiquiátrica podrían disminuir el riesgo de demencia en personas predispuestas. También es conocida la influencia de ciertos fármacos en la evolución de la cognición en pacientes ancianos. El efecto de los fármacos con propiedades anticolinérgicas sobre la cognición y sobre la posibilidad de producir demencia ha sido puesto de manifiesto en diversos trabajos al respecto^{2,3}, unos fármacos que son consumidos por el 20% de los ancianos y que tienen un efecto sumatorio o acumulativo, pues se encuentran en distintos medicamentos con indicaciones distintas. Así, los más utilizados son los antidepresivos tricíclicos, los

antihistamínicos de primera generación y los antimuscarínicos utilizados para la vejiga urinaria. Por otro lado, existen estudios que encuentran una mejoría en la capacidad cognitiva de los ancianos frágiles y no frágiles con programas intensivos de ejercicio físico. Un estudio transversal pero prospectivo de Robertson et al. sobre 4.649 individuos mostró cómo la función cognitiva en todos los dominios, excepto en la autopercepción de la memoria y la velocidad de procesamiento, era peor en los pacientes prefrágiles y frágiles que en aquellos más robustos ($p<0,05$). La debilidad y la menor velocidad de la marcha se relacionaron con una peor cognición⁴. Otro aspecto que se ha estudiado es la falta de nutrientes, en concreto, vitaminas: vitaminas del grupo B o la vitamina D y el riesgo de demencia. Existen estudios que relacionan la reducción de los niveles de vitamina B₁₂ en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (que utilizan metformina o no) y la alteración cognitiva, así como las concentraciones bajas de vitamina D en ancianos se ha relacionado con un mayor riesgo de demencia, como mostró el trabajo de Littlejohns et al.⁵. Un estudio sobre 1.658 ancianos estadounidenses durante un seguimiento de 5,6 años y en el que se observó cómo el riesgo de demencia se incrementaba significativamente (122%) cuando la deficiencia de vitamina D era severa. La explicación, señalan, se encontraría en que la vitamina D actuaría en zonas del cerebro relacionadas con la memoria (hipocampo, gyrus dentado). Por ello no está de más recordar que en los ancianos todas las intervenciones innecesarias son contraproducentes, y que muchos de los factores que inciden en la cognición y, por tanto, en la prevención de la demencia son modificables. Dentro de la campaña del American Board of Internal Medicine Foundation de «elegir sabiamente» (Choosing Wisely®), la correspondiente a la American Geriatrics Society⁶ aconseja (http://www.americangeriatrics.org/files/documents/choosing_wisely_list2.pdf), entre todas las recomendaciones:

No usar antipsicóticos como primera opción en el tratamiento de los síntomas conductuales o psicológicos relacionados con la demencia.

Evitar utilizar medicación hipoglucemiante con el objetivo de alcanzar una HbA_{1c} inferior a 7,5% en adultos mayores de 65 años. Un control metabólico moderado sería más conveniente.

No usar benzodiacepinas o fármacos hipnoticosedativos en adultos ancianos como primera opción para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirium.

No prescribir medicación alguna sin revisar la medicación anterior. Una revisión de la medicación puede reducir la cantidad de esta y la exposición a medicación innecesaria.

Bibliografía

1. Cooper C, Sommerlad A, Lyketsos CG, Livingston G. Modifiable predictors of dementia in mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2015;172:323-34.
2. Gray SL, Anderson ML, Dublin S, Hanlon JT, Hubbard R, Walker R, et al. Cumulative use of strong anticholinergics and incident dementia: A prospective cohort study. *JAMA Intern Med*. 2015;175:401-7.

3. Campbell NL, Boustani MA. Adverse cognitive effects of medications. Turning attention to reversibility. *JAMA Intern Med.* 2015;175:408–9.
4. Robertson DA, Savva GM, Coen RF, Kenny RA. Cognitive function in the prefrailty and frailty syndrome. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62:2118–24.
5. Littlejohns TJ, Henley WE, Lang IA, Annweiler C, Beauchet FO, Chaves PH, et al. Vitamin D and the risk of dementia and Alzheimer disease. *Neurology.* 2014;83:920–8.
6. AGS Choosing Wisely Workgroup. American Geriatrics Society identifies five things that healthcare providers and patients should question. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61:622–31.