

FICHA 9 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: PREVENCIÓN DE TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

INDICACIÓN

Promover la detección precoz y el abordaje de los trastornos neurocognitivos de las personas mayores

El trastorno neurocognitivo menor es muy prevalente y afecta a la cuarta o quinta parte de las personas mayores y por sí, supone un aumento de morbilidad y un mayor riesgo de paso a trastorno neurocognitivo mayor. Se estima que en el año 2015, viven en el mundo 46.8 millones de personas. Se prevé que este número se duplique cada 20 años, alcanzando los 74.7 millones en el 2030 y los 131.5 millones en el 2050. Estas cifras calculadas recientemente significan un aumento de un 12%-13% más de las informadas en el Informe Mundial sobre el Alzheimer del año 2009.

A fin de poder hacer una estimación de la proyección de la enfermedad en nuestro entorno, nos apoyamos en el estudio Eurodem¹ que aun sigue estando vigente (6.5% en edades comprendidas entre los 65-79 años y el 13% en mayores de 80 años), en función de estas estimaciones podemos prever que en 2020 tendremos en Andalucía aproximadamente 123695 personas afectadas de demencias, que se elevarán a 156683 tan solo una década después.

La evolución es imparable y además es necesario reseñar que habrá una preponderancia de mujeres afectadas por la enfermedad, es necesario por ello, a la hora de efectuar cualquier intervención, tener muy en cuenta la perspectiva de género a fin de aminorar las desigualdades. Se estima que un 90% de personas afectadas viven con sus familias y un 40% son dependientes totales. Los estudios indican que un 40% de las personas ingresadas en residencias para mayores padecen demencia¹

En el contexto de las personas con demencia, todo lo relacionado con los cuidados adquiere una especial relevancia, dado que la gran mayoría viven en sus propios domicilios y los cuidados más habituales son los denominados *cuidados informales*, que son aquellos que realiza la propia familia, amigos o allegados

Para la definición de trastorno neurocognitivo se utilizan los criterios del DSM5:

¹ Lobo A et al (GRUPO ZARADEMP). El estado del proyecto EURODEM: epidemiología de las demencias en Europa. Capítulo 2. Alzheimer 2003: ¿qué hay de nuevo? En: http://ealzheimer.bligoo.es/media/users/10/533679/files/55897/Estudio_Europeo_Alzheimer_EURODEM.pdf

Trastorno neurocognitivo menor:

A. Evidencia de un declive cognitivo-modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del clínico con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas.
2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

B. Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (p. ej., actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un *delirium* D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno mental grave).

Trastorno neurocognitivo mayor:

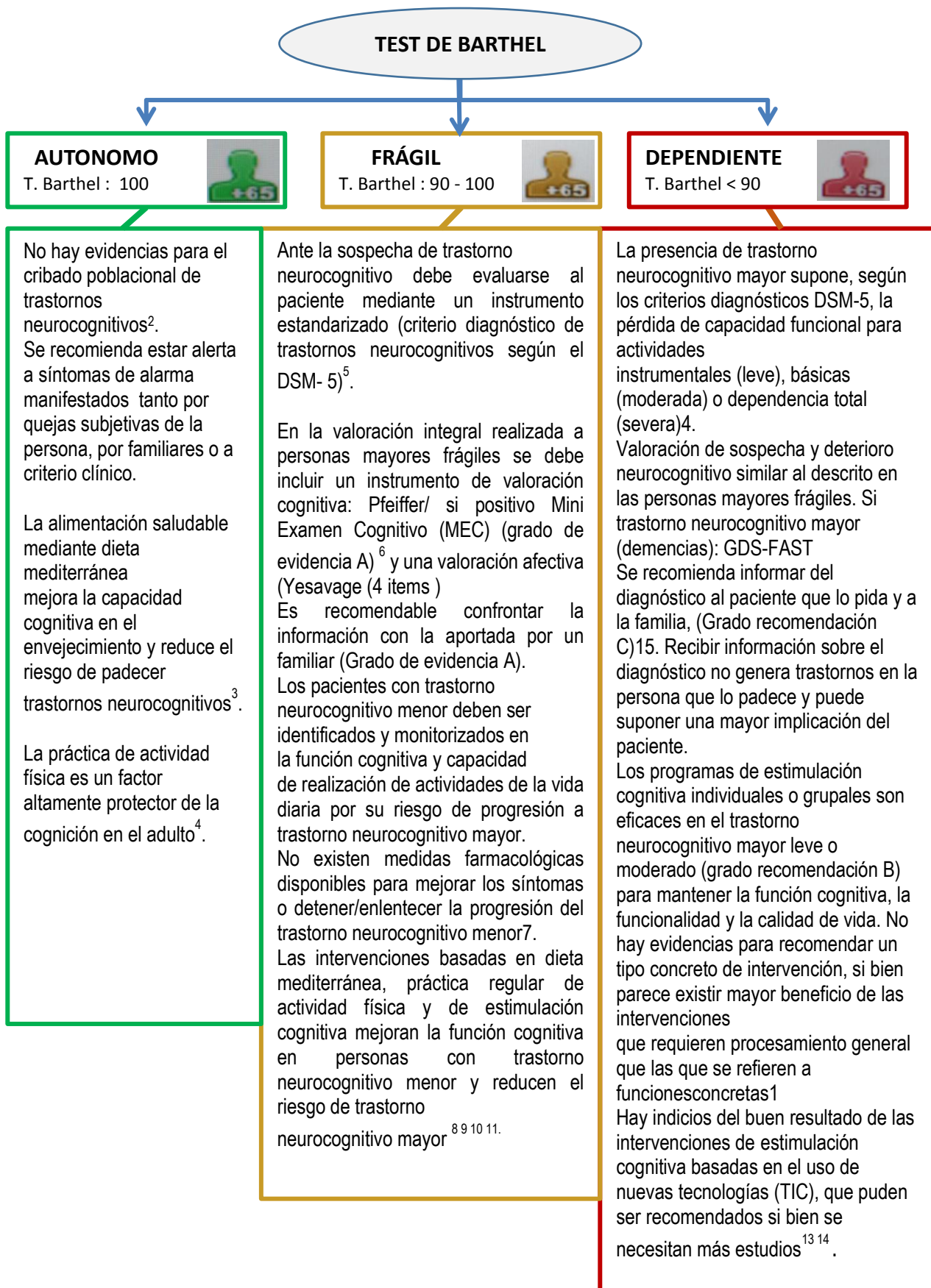
A. Existencia de un declive cognitivo importante desde un nivel previo de mayor desempeño en al menos una de las áreas: aprendizaje y memoria, lenguaje, capacidad ejecutiva, atención, habilidad perceptual, cognición social.

1. Preocupación respecto al cambio de cognición del paciente, familia y/o clínico.
2. Declive en el desempeño neuropsicológico de test en 2 DS.

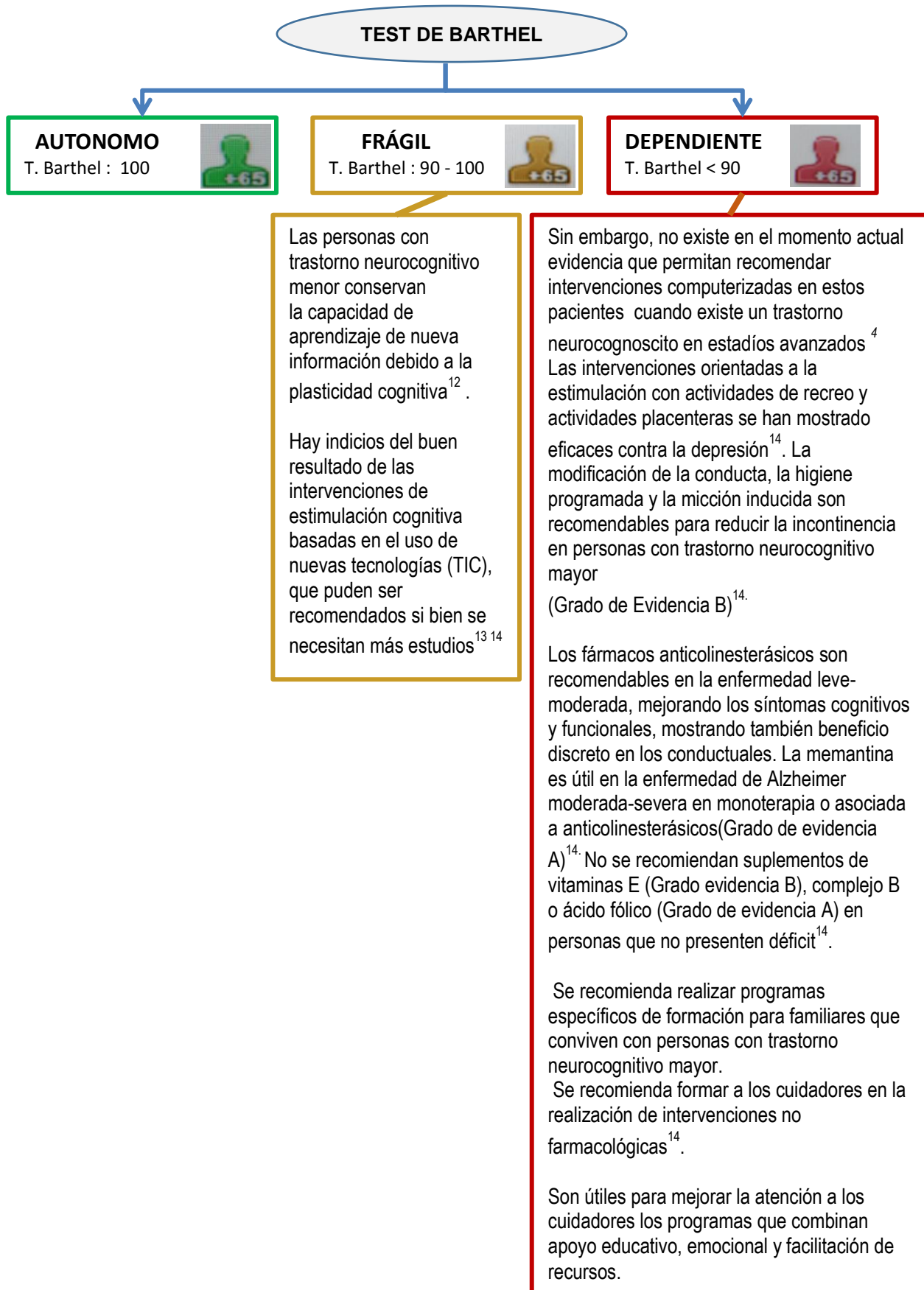
B. Con repercusión significativa en las actividades laborales y/o sociales, precisan ayuda para realizarlas y si no disponen de ella no las realizan. leve: actividades instrumentales, moderada: actividades básicas, severa: dependencia total.

C. Los déficits cognitivos no pueden atribuirse a la existencia de presencia de otros trastornos mentales.

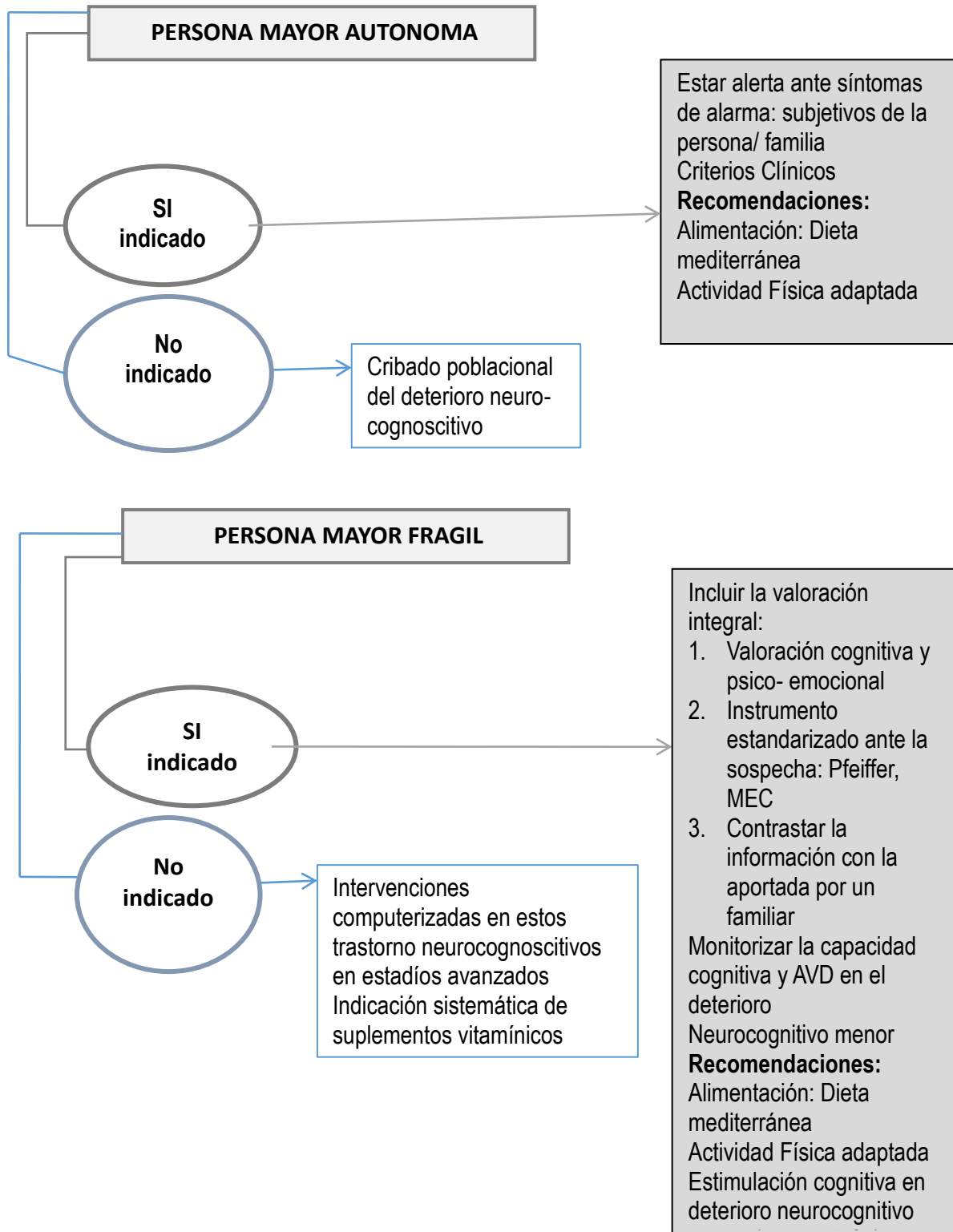
D. Los déficits cognitivos no aparecen en el transcurso de un *delirium*, aunque este puede superponerse.

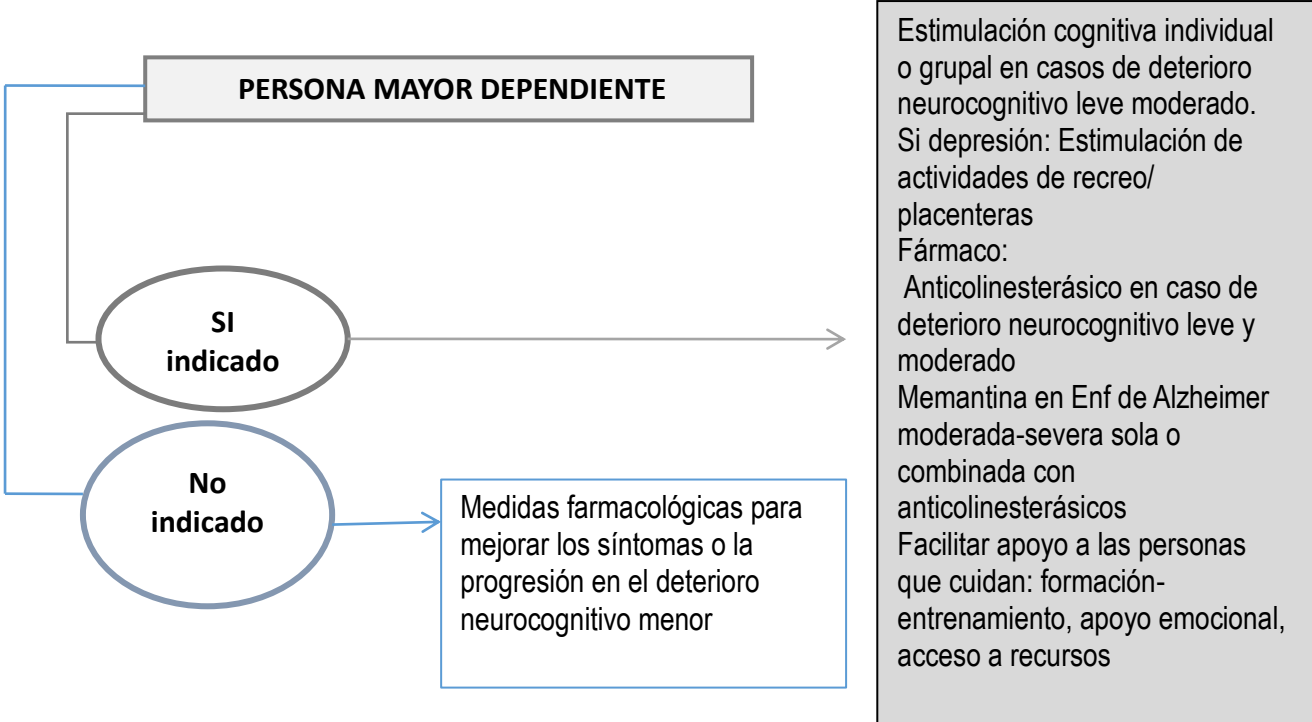


TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS



ALGORITMO DE INTERVENCIÓN





PARA SABER MÁS:

- **GPC Alzheimer y otras Demencias - GuíaSalud**
[www.guiasalud.es/GPC/GPC_484 Alzheimer AIAQS compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf)
- Estimulación cognitiva:
- <http://www.demenciayalzheimer.com/ejercicios-cognitivos-paradescargar/>
- envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/crea-recursos01.pdf

BIBLIOGRAFIA

- 1 Instituto Andaluz de Neurociencia y Conducta. <http://www.ianec.es/>. Consultado en mayo 2016
- 2 Conferencia de Prevención y Promoción de la salud en la práctica clínica en España. Libro de resúmenes. Madrid. 2007: 26-30
- 3 Cinta Valls-Pedret, MSc; Aleix Sala-Vila, DPharm, PhD; Merce Serra-Mir, RD; Dolores Corella, DPharm, PhD; Rafael de la Torre, DPharm, PhD; Miguel Angel Martinez-Gonzalez, MD, PhD et al. Mediterranean Diet and Age-Related Cognitive Decline. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2015;175(7):1094-1103
- 4 Ruscheweyh R, Willemer C, Kruger K, Duning T, Warnecke T, Sommer J, et al. Physical activity and memory functions: An interventional study. *Neurobiol Aging.* 2011;32:1304-19
- 5 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 5ª ed. DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013
- 6 De Hoyos MC, Tapias E, García de Blas F. Demencia. *AMF* 2012;8(9):484-495
- 7 Li H, Li J, Li N, Li B, Wang P, Zhou T. Cognitive intervention for persons with mild cognitive impairment: A meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2011;10:285–96

- 8 Baker LD, Frank LL, Foster-Schubert K, Green PS, Wilkinson CW, McTiernan A, et al. Effect of aerobic exercise on mild cognitive impairment: A controlled trial. *Arch Neurol.* 2010;67:71-9
- 9 Ngandun T, Lethisalo A, Levalahti A, Ahtiluoto S, Antikainen R, Boekman L, 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
- 10 Mangialasche F, Kivipelto M, Solomon A, Fratiglioni L. Dementia prevention: Current epidemiological evidence and future perspective. *Alzheimers Res Ther.* 2012;4:6.
- 11 Jean L, Simard M, Wiederkehr S, Bergeron ME, Turgeon Y, Hudon C, et al. Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: result of a randomised controlled study. *Neuropsychol Rehabil.* 2010;20:377-405
- 12 Calero MD, Navarro E. Cognitive plasticity as a modulating variable on the effects of memory training in elderly persons. *Arch Clin Neuropsychol.* 2007;22:63–72
- 13 Soto-Pérez F, Franco Martín M, Monardes C, Jiménez F. Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. *R.P.P.C.* 2010;15:19–37
- 14 Faucounau V, Wu YH, Boulay M, de Rotrou J, Rigaud AS. Cognitive intervention programmes on patients affected by mild cognitive impairment: A promising intervention tool for MCI? *J Nutr Health Aging.* 2010;14:31–5
- 15 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07
- 16 Conferencia de Prevención y Promoción de la salud en la práctica clínica en España. Libro de resúmenes. Madrid. 2007: 26-30

17 Cinta Valls-Pedret, MSc; Aleix Sala-Vila, DPharm, PhD; Merce Serra-Mir, RD; Dolores Corella, DPharm, PhD; Rafael de la Torre, DPharm, PhD; Miguel Angel Martinez-Gonzalez, MD, PhD et al. Mediterranean Diet and Age-Related Cognitive Decline. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2015;175(7):1094-1103

18 Ruscheweyh R, Willemer C, Kruger K, Duning T, Warnecke T, Sommer J, et al. Physical activity and memory functions: An interventional study. *Neurobiol Aging.* 2011;32:1304-19.

19 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 5^a ed. DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

20 De Hoyos MC, Tapias E, García de Blas F. Demencia. *AMF* 2012;8(9):484-495
21 Li H, Li J, Li N, Li B, Wang P, Zhou T. Cognitive intervention for persons with mild cognitive impairment: A meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2011;10:285–96.

22 Baker LD, Frank LL, Foster-Schubert K, Green PS, Wilkinson CW, McTiernan A, et al. Effect of aerobic exercise on mild cognitive impairment: A controlled trial. *Arch Neurol.* 2010;67:71-9.

23 Ngandun T, Lethisalo A, Levalahti A, Ahtiluoto S, Antikainen R, Boekman L, 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.

24 Mangialasche F, Kivipelto M, Solomon A, Fratiglioni L. Dementia prevention: Current epidemiological evidence and future perspective. *Alzheimers Res Ther.* 2012;4:6

25 Jean L, Simard M, Wiederkehr S, Bergeron ME, Turgeon Y, Hudon C, et al. Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: result of a randomised controlled study. *Neuropsychol Rehabil.* 2010;20:377-405

26 Calero MD, Navarro E. Cognitive plasticity as a modulating variable on the effects of memory training in elderly persons. *Arch Clin Neuropsychol.* 2007;22:63–72

27 Soto-Pérez F, Franco Martín M, Monardes C, Jiménez F. Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. R.P.P.C. 2010;15:19–37

28 Faucounau V, Wu YH, Boulay M, de Rotrou J, Rigaud AS. Cognitive intervention programmes on patients affected by mild cognitive impairment: A promising intervention tool for MCI? J Nutr Health Aging. 2010;14:31–5

29 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07