

REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS DE DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA

DIRECTRICES DE LA OMS



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS
Américas

REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS DE DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA

DIRECTRICES DE LA OMS

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Versión oficial en español de la obra original en inglés
Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines
© World Health Organization 2019
ISBN: 978-92-4-155054-3

Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia

© Organización Panamericana de la Salud, 2020

ISBN: 978-92-75-32256-7

eISBN: 978-92-75-32257-4

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Forma de cita propuesta: *Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

NMH/MH-2020

ÍNDICE

PREFACIO	v	3.11 Manejo de la depresión	40
NOTA DE AGRADECIMIENTO	vi	3.12 Manejo de la hipoacusia.....	43
SIGLAS	viii	4. CONSIDERACIONES SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTAS DIRECTRICES	46
RESUMEN	x	5. PUBLICACIÓN, DIFUSIÓN Y EVALUACIÓN	48
1. INTRODUCCIÓN	xiv	5.1 Publicación y difusión	49
1.1 Antecedentes y justificación de las presentes directrices	1	5.2 Seguimiento y evaluación.....	50
1.2 Otras directrices e instrumentos relacionados de la OMS.....	3	5.3 Implicaciones para las investigaciones futuras.....	50
1.3 Público destinatario.....	4	5.4 Revisiones futuras y actualización	51
1.4 Metas y objetivos	5	REFERENCIAS	52
1.5 Principios orientadores	5	ANEXO 1: MIEMBROS DEL GRUPO DE ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES	60
2. PROCESO DE ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES	6	ANEXO 2: EVALUACIÓN DE LOS CONFLICTOS DE INTERESES	62
2.1 Grupo de elaboración de las directrices.....	7	ANEXO 3: PREGUNTAS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ALCANCE	67
2.2 Declaración de intereses de los miembros del GED y de los revisores externos	7	ANEXO 4: METODOLOGÍA DE REVISIÓN DE LA EVIDENCIA	72
2.3 Colaboración con asociados externos.....	8	GLOSARIO	78
2.4 Identificación, evaluación y síntesis de la evidencia disponible	8		
2.5 Toma de decisiones durante la reunión del GED.....	10		
2.6 Preparación de los documentos y revisión de pares.....	11		
3. EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES	12		
3.1 Intervenciones que promueven la actividad física	13		
3.2 Intervenciones par el cese del consumo de tabaco	16		
3.3 Intervenciones nutricionales	18		
3.4 Intervenciones dirigidas a los trastornos por consumo de alcohol	22		
3.5 Intervenciones cognitivas	25		
3.6 Actividad social.....	27		
3.7 Manejo del peso	29		
3.8 Manejo de la hipertensión.....	32		
3.9 Manejo de la diabetes	35		
3.10 Manejo de la dislipidemias	38		

PREFACIO

La demencia es un problema de salud pública en rápido aumento que afecta a unos 50 millones de personas en todo el mundo. Cada año hay casi 10 millones de casos nuevos y se prevé que esta cifra se triplicará para 2050. La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia en personas mayores, y puede devastar la vida de las personas afectadas, sus cuidadores y sus familias. Además, la enfermedad inflige una pesada carga económica en el conjunto de la sociedad y se estima que los costos de cuidar a las personas con demencia aumentarán a 2 billones de dólares anuales para el año 2030.

Aunque no hay ningún tratamiento curativo para la demencia, el abordaje proactivo de los factores de riesgo modificables puede retrasar o desacelerar la aparición o la progresión de la enfermedad. En mayo del 2017, la 70ª Asamblea Mundial de la Salud respaldó el *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025* en el que se insta a los Estados Miembros a poner en marcha, en cuanto sea posible, respuestas nacionales ambiciosas para afrontar este desafío. La reducción de riesgos de demencia es una de las siete áreas de acción de ese plan.

Estas nuevas directrices de la OMS proporcionan la base de conocimientos para los prestadores de atención de la salud, los gobiernos, los encargados de formular políticas y otros interesados directos para reducir el riesgo de deterioro cognitivo y de demencia mediante una estrategia de salud pública. Como muchos de los factores de riesgo de demencia también son factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, las principales recomendaciones se pueden integrar eficazmente en programas de cese del consumo de tabaco, de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares y de nutrición.

Insto a todos los interesados directos a que aprovechen al máximo estas recomendaciones para mejorar la vida de las personas con demencia, sus cuidadores y sus familias.

Dr. Ren Minghui

Subdirector General de Cobertura Universal de Salud/Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles,
Organización Mundial de la Salud

NOTA DE AGRADECIMIENTO

GRUPO DE ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES

Presidente: Martin Prince, King's College, Londres, Reino Unido.

Miembros: Charles Alessi, Salud Pública de Inglaterra, Londres (Reino Unido); Kaarin J Anstey, Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney (Australia); Kimberly Ashby-Mitchell, CARPHA (Agencia de Salud Pública del Caribe), Puerto España (Trinidad y Tabago); Adelina Comas Herrera, Escuela de Economía de Londres, Londres (Reino Unido); Amit Dias, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Goa Medical College Bambolim, Goa (India); Cleusa P Ferri, Universidad Federal de San Pablo, San Pablo (Brasil); Riadh Gouider, Hospital Razi, Facultad de Medicina, Túnez (Túnez); Shinya Ishii, Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar, Tokio (Japón); Yves Joannette, Institutos Canadienses de Investigación en Salud, Gobierno de Canadá; Joseph Kibachio, Ministerio de Salud, Nairobi (Kenya); Miia Kivipelto, Instituto Karolinska, Estocolmo (Suecia); Shanthi Mendis, Colombo (Sri Lanka); Ayesha Motala, Universidad de KwaZulu-Natal, Durban (Sudáfrica); Ronald C Petersen, Clínica Mayo, Rochester (Estados Unidos de América); Dorairaj Prabhakaran, Fundación de Salud Pública de la India, Nueva Delhi (India); Suzana Shahar, Universiti Kebangsaan Malaysia, Selangor (Malasia); Ameenah Bibi Mia Sorefan, Ministerio de Salud y Calidad de Vida, Quatre-Bornes (Mauricio); Kusumadewi Suharya (Dy), AD International, Yakarta (Indonesia); Huali Wang, Centro de Investigación y Atención de la Demencia, Instituto de Salud Mental de la Universidad de Pekín (China).

Metodólogo de GRADE: Corrado Barbui, Universidad de Verona, Italia.

GRUPO DE REVISIÓN EXTERNA

Abdullah Al Khatami, Ministerio de Salud, Arabia Saudita; Emiliano Albanese, Universidad de la Suiza Italiana, Suiza; Alistair Burns, Universidad de Manchester, Reino Unido; Linda Clare, Universidad de Exeter, Reino Unido; Jacqueline Domínguez, Instituto Asiático de Atención a la Demencia, Ciudad de Quezon

(Filipinas); Hillary Doxford, Grupo de trabajo trinacional sobre la demencia, Reino Unido; Maelënn Guerchet, Observatorio Mundial del Envejecimiento y la Atención a la Demencia, King's College, Londres (Reino Unido); Mariella Guerra, Instituto de la Memoria, Depresión y Enfermedades de Riesgo, Lima (Perú); Luis Miguel F Gutiérrez Robledo, Instituto Nacional de Geriátrica, Institutos Nacionales de Salud de México, Ciudad de México (México); Vladimir Hachinski, Universidad de Ontario Occidental en Londres, Ontario (Canadá); Qurat-ul Ain Khan, Hospital de la Universidad Aga Khan, Karachi (Pakistán); Sebastian Koehler, Universidad de Maastricht, Países Bajos; Jae-hong Lee, Facultad de Medicina de la Universidad de Ulsan, Seúl (República de Corea); Gill Livingstone, University College London, Reino Unido; Jean Claude Mbanya, Escuela de Doctorado en Ciencias de la Vida, la Salud y el Medioambiente, Universidad de Yaoundé I, Camerún; James McKillop, representante del grupo de usuarios de servicios, Reino Unido; Elaine Rashbrook, Salud Pública de Inglaterra, Reino Unido; Rajat Ray, Centro Nacional de Tratamiento de las Drogodependencias, Instituto de Ciencias Médicas de la India, Nueva Delhi (India); Helen Rochford Brennan, Grupo de Trabajo europeo de personas con demencia, Irlanda; Andrew Sommerlad, University College London, Reino Unido; Kate Swaffer, Demencia Alliance International, Australia; Weili Xu, Instituto Karolinska, Finlandia.

GRUPO CONSULTIVO DE LA OMS PARA LA ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES

Coordinación general: Tarun Dua, Director de programa, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; Neerja Chowdhary, funcionaria técnica, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

Miembros de la sede de la OMS: Kathyana Aparicio Reyes, Departamento de Prestación de Servicios y Seguridad; Islene Araujo de Carvalho, Departamento de Envejecimiento y Ciclo de Vida; Lubna Bhatti, Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles; Fiona Bull, Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles; Shelly Chadha,

Departamento de Manejo de Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Traumatismos; Alarcos Cieza, Departamento de Manejo de Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Traumatismos; Stéfanie Fréel, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; María García Casal, Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo; Angela Luzia Herscheid, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; Michal Herz, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; Dzmitry Krupchanka, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; Artin Mahdanian, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; Shanthi Pal, Departamento de Medicamentos y otros Productos de Salud Esenciales; Anne Margriet Pot, Departamento de Envejecimiento y Ciclo de Vida; Gojka Roglic, Departamento de Manejo de Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Traumatismos; Katrin Seeher, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

Asesores de las oficinas regionales de la OMS:

Nazneen Anwar, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; Dan Chisholm, Oficina Regional de la OMS para Europa; Dévora Kestel, Oficina Regional de la OMS para las Américas (OPS/OMS); Sebastiana Da Gama Nkomo, Oficina Regional de la OMS para África; Khalid Saeed, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; Martín Vandendyck, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental.

Equipos de la OMS de revisión y resumen de la evidencia:

Mariagnese Barbera, Universidad de Finlandia oriental, Kuopio (Finlandia); Nicole A Ee, Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney (Australia); Jenni Kumlala, Instituto Karolinska, Estocolmo (Suecia); Ruth Peters, Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney (Australia); Lidan Zheng, Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney (Australia).

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Para la formulación de las presentes directrices se utilizaron fondos recibidos de las siguientes fuentes: Salud Pública de Inglaterra, Reino Unido; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Estados Unidos de América; y Cuenta de Contribuciones Voluntarias Básicas de la OMS.

SIGLAS

ADAS-cog	Escala de evaluación de la enfermedad de Alzheimer
AHRQ	Organismo de Investigación y Calidad de la Atención de Salud (Estados Unidos de América)
AIPM	atención integrada para personas mayores (OMS)
AIVD	actividades instrumentales de la vida diaria
AVAD	años de vida ajustados en función de la discapacidad
AVD	actividades de la vida diaria
DASH	enfoques alimentarios para frenar la hipertensión
DCL	deterioro cognitivo leve
DoI	declaración de intereses
IECA	inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina
EMBASE	Base de datos Excerpta Medica
ENT	enfermedades no transmisibles
GRE	grupo de revisión externa
GED	grupo de elaboración de las directrices (OMS)
GRADE	clasificación de la evaluación, desarrollo y análisis de las recomendaciones
IC	intervalo de confianza
IMC	índice de masa corporal
MeSH	descriptores médicos
mhGAP	Programa de acción para superar las brechas en salud mental (OMS)
MMSE	Miniexamen del estado mental
MR	Escala de demencia de Mattis
NIA	Instituto Nacional del Envejecimiento (Estados Unidos de América)
NICE	Instituto Nacional de Salud y Excelencia de la Atención (Reino Unido)
PEN	Paquete de intervenciones esenciales para enfermedades no transmisibles (OMS)
PIB	producto interno bruto
PICO	población, intervención, comparación, resultado

RR	riesgo relativo
SMD	diferencia media estandarizada
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

RESUMEN



INTRODUCCIÓN

La demencia es un problema mundial de salud pública en rápido aumento. En el mundo hay unas 50 millones de personas con demencia, y aproximadamente 60% de ellas vive en países de ingresos bajos y medianos. Cada año se presentan casi 10 millones de casos nuevos. Se prevé que el número total de personas con demencia alcance los 82 millones en el año 2030 y 152 millones en 2050. La demencia genera mayores costos para los gobiernos, las comunidades, las familias y las personas, así como pérdida de productividad de las economías. En 2015, el costo mundial total de la demencia para la sociedad se calculó en USD 818.000 millones, lo que equivale a 1,1% del producto interno bruto (PIB) mundial.

Si bien la edad es el principal factor de riesgo conocido de deterioro cognitivo, la demencia no es una consecuencia natural o inevitable del envejecimiento. Varios estudios recientes han mostrado que el desarrollo de deterioro cognitivo y demencia guarda relación con factores de riesgo asociados al estilo de vida, como la inactividad física, el consumo de tabaco, la alimentación poco saludable y el consumo nocivo de alcohol. Ciertos trastornos médicos, como la hipertensión, la diabetes, la hipercolesterolemia, la obesidad y la depresión, conllevan un mayor riesgo de contraer demencia. Entre otros factores de riesgo potencialmente modificables figuran el aislamiento social y la inactividad cognitiva. La existencia de factores de riesgo potencialmente modificables significa que la prevención de la demencia es posible mediante una estrategia de salud pública, con intervenciones clave que retrasen o desaceleren el deterioro cognitivo y la demencia.

En mayo del 2017, la 70ª Asamblea Mundial de la Salud respaldó el *Plan de acción mundial sobre la respuesta de*

salud pública a la demencia 2017-2025 (OMS, 2017a). Este plan prevé siete áreas de acción estratégica, una de las cuales es la reducción de los riesgos de demencia. En el plan de acción se insta a la Secretaría de la OMS a que fortalezca, comparta y difunda evidencia base para apoyar las intervenciones de políticas dirigidas a reducir los factores de riesgo de demencia potencialmente modificables. Esto comprende ofrecer una base de datos de la evidencia disponible sobre la prevalencia de esos factores de riesgo y el impacto de reducirlos, así como apoyar la formulación e implementación de intervenciones multisectoriales basadas en la evidencia para reducir los riesgos de demencia.

Las directrices para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia están en consonancia con el mandato de la OMS de proporcionar orientación basada en la evidencia para una respuesta de salud pública a la demencia.

MÉTODOS DE ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES

El proceso de formulación de las presentes directrices se ajustó al *Manual de la OMS para la elaboración de directrices* e incluyó los siguientes aspectos:

1. reclutamiento de los miembros del grupo de elaboración de las directrices (GED);
2. declaración de intereses de los miembros del GED y de los revisores expertos;
3. determinación del alcance de las directrices para formular las preguntas y seleccionar los resultados;
4. identificación, evaluación y resumen de la evidencia disponible;
5. formulación de recomendaciones con los aportes de una amplia gama de interesados directos, y
6. preparación de los documentos y planes para la difusión.

El GED, un grupo de expertos internacionales, hizo aportes sobre el alcance de las directrices y ayudó al grupo de orientación a formular las preguntas clave. Se formuló un total de 12 preguntas PICO (población, intervención, comparación y resultados).

Para abordar las preguntas PICO, se procedió a una serie de búsquedas de revisiones sistemáticas y se prepararon perfiles de evidencia para la clasificación de la evaluación, desarrollo y análisis de las recomendaciones (GRADE). Durante una reunión celebrada en la sede de la OMS en Ginebra los días 2 y 3 de julio del 2018, el GED examinó la evidencia, buscó aclaraciones e interpretó los resultados con miras a formular recomendaciones. El GED consideró el balance entre los beneficios y perjuicios de cada intervención; los valores y preferencias; los costos y el uso de recursos; así como otros temas prácticos pertinentes para los prestadores en países de ingresos bajos y medianos.

Al formular una recomendación firme, el GED estaba convencido de que los efectos deseables de la intervención pesarían más que cualquier efecto indeseable. Si no estaba seguro del balance entre los efectos deseables y los indeseables, el GED formuló una recomendación condicional. **Las recomendaciones firmes** significan que la mayoría de las personas desearían la intervención y deberían recibirla, mientras que las **recomendaciones condicionales** significan que puede haber diferentes opciones según los pacientes y estos pueden requerir asistencia para decidir al respecto. Los miembros del GED llegaron a un acuerdo unánime sobre todas las recomendaciones y clasificaciones.

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

Intervenciones que promueven la actividad física

Se debe recomendar actividad física a los adultos con una función cognitiva normal para reducir el riesgo de deterioro cognitivo.

Calidad de la evidencia: mediana

Fuerza de la recomendación: firme

Se puede recomendar actividad física a los adultos con un deterioro cognitivo leve para reducir el riesgo de deterioro cognitivo.

Calidad de la evidencia: baja

Fuerza de la recomendación: condicional

Intervenciones para el cese del consumo de tabaco

Se deben ofrecer intervenciones para abandonar el consumo de tabaco a los adultos que lo usan porque pueden reducir los riesgos de deterioro cognitivo y demencia, además de aportar otros beneficios para la salud.

Calidad de la evidencia: baja

Fuerza de la recomendación: firme

Intervenciones nutricionales

Se puede recomendar una alimentación similar a la mediterránea a los adultos con una función cognitiva normal o un deterioro cognitivo leve para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Calidad de la evidencia: mediana

Fuerza de la recomendación: condicional

Se debe recomendar una alimentación saludable y equilibrada a todos los adultos, conforme a las recomendaciones de la OMS sobre la alimentación sana.

Calidad de la evidencia: baja a alta (según el componente alimentario)

Fuerza de la recomendación: condicional

No se deben recomendar las vitaminas B y E, los ácidos grasos polinsaturados ni los suplementos multicomplejos para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Calidad de la evidencia: mediana

Fuerza de la recomendación: firme

Intervenciones para los trastornos por consumo de alcohol

Se deben ofrecer intervenciones dirigidas a la reducción o al cese del consumo peligroso y nocivo de bebidas alcohólicas a los adultos con una función cognitiva normal o un deterioro cognitivo leve para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia, además de aportar otros beneficios para la salud.

Calidad de la evidencia: mediana (datos observacionales)

Fuerza de la recomendación: condicional

Intervenciones cognitivas

Se puede ofrecer entrenamiento cognitivo a los adultos mayores con una función cognitiva normal o un deterioro cognitivo leve para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Calidad de la evidencia: muy baja a baja

Fuerza de la recomendación: condicional

Actividad social

La evidencia con respecto a la actividad social en relación con la reducción del riesgo de deterioro cognitivo o de demencia es insuficiente.

La participación social y el apoyo social están altamente vinculados a una buena salud y al bienestar a lo largo de la vida, y se debe apoyar la inclusión social durante todo el curso de la vida.

Manejo del peso

Se pueden ofrecer intervenciones para el sobrepeso o la obesidad a mediana edad a fin de reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Calidad de la evidencia: baja a mediana

Fuerza de la recomendación: condicional

Manejo de la hipertensión

Se debe ofrecer tratamiento antihipertensivo a los adultos con hipertensión, conforme a las directrices vigentes de la OMS.

Calidad de la evidencia: baja a alta (según la intervención)

Fuerza de la recomendación: firme

Se puede ofrecer tratamiento antihipertensivo a los adultos con hipertensión a fin de reducir su riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Calidad de la evidencia: muy baja (según los resultados relacionados con la demencia)

Fuerza de la recomendación: condicional

Manejo de la diabetes

Se debe ofrecer tratamiento a los adultos con diabetes con medicamentos o intervenciones sobre el estilo de vida, conforme a las directrices vigentes de la OMS.

Calidad de la evidencia: muy baja a mediana (según las intervenciones)

Fuerza de la recomendación: firme

Se puede ofrecer tratamiento a los adultos con diabetes para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Calidad de la evidencia: muy baja

Fuerza de la recomendación: condicional

Manejo de la dislipidemia

Se puede ofrecer tratamiento de la dislipidemia a mediana edad a fin de reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Calidad de la evidencia: baja

Fuerza de la recomendación: condicional

Manejo de la depresión

La evidencia es actualmente insuficiente para recomendar el uso de medicamentos antidepresivos a fin de reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Se debe proporcionar tratamiento de la depresión consistente en medicación antidepresiva o en intervenciones psicológicas a los adultos con depresión, conforme a las directrices vigentes del mhGAP de la OMS.

Manejo de la hipoacusia

La evidencia es insuficiente para recomendar el uso de audífonos a fin de reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Se debe ofrecer tamizaje seguido del suministro de audífonos a las personas mayores para una detección y tratamiento oportunos de la hipoacusia, conforme a las directrices de la OMS sobre atención integrada para las personas mayores (AIPM).

1

INTRODUCCIÓN



1.1

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DE LAS PRESENTES DIRECTRICES

La demencia, un grupo de trastornos caracterizados por una disminución del nivel cognitivo anteriormente alcanzado, que afecta a las actividades de la vida cotidiana y al funcionamiento social, plantea uno de los mayores retos mundiales para la atención sanitaria y social en el siglo XXI.

En el año 2015, la demencia afectó a 50 millones de personas en todo el mundo (o sea aproximadamente a un 5% de la población mundial de mayores de 60 años). Se prevé que el número de personas con demencia aumente a 82 millones en 2030 y llegue a 152 millones en 2050, y se estima que la demencia en algún momento afectará a entre 5% y 8% de la población de 60 años de edad o más¹ porque aumenta exponencialmente en la vejez, y la población mundial está envejeciendo. Estas proyecciones se basan en la suposición de que la prevalencia de la demencia por edad y sexo se mantendrá constante con el transcurso del tiempo y, en consecuencia, los mayores aumentos se prevén especialmente en los países de ingresos bajos y medianos donde los cambios demográficos serán más marcados.

La demencia es una de las causas principales de discapacidad y dependencia en las personas mayores en todo el mundo, y tiene repercusiones significativas no solo en quienes se ven directamente afectados sino también en sus cuidadores, familias y comunidades, así como en la sociedad. La demencia representa a nivel mundial 11,9% de los años vividos con discapacidad debido a una enfermedad no transmisible (ENT), y genera mayores costos para gobiernos, comunidades, familias y personas, así como una pérdida de productividad para las economías. El costo anual mundial de la demencia se estima en

818.000 millones de dólares estadounidenses (OCDE, 2015; OMS, 2017b). Casi el 85% de los costos están relacionados con el cuidado familiar y social, antes que con la atención médica, (GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group, 2017). La mayoría de los sistemas de salud no cuentan con suficiente equipo o recursos para responder a las necesidades actuales asociadas con la demencia. Por lo tanto, el envejecimiento de la sociedad y los consiguientes aumentos de la prevalencia de la demencia probablemente tendrán grandes implicaciones para los servicios de salud en cuanto al cuidado de las personas con demencia y el apoyo a las familias afectadas.

Son muchas las causas y los tipos de demencia. Entre las demencias primarias se encuentran la demencia debida a la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal (en la cual la disminución de las capacidades cognitivas obedece principalmente a un proceso neurodegenerativo subyacente no causado de forma directa por otras etiologías). La enfermedad de Alzheimer es el tipo más común, seguido de la demencia vascular y la demencia con cuerpos de Lewy. También es común la demencia con características de más de un tipo, especialmente en adultos mayores, mientras que la demencia frontotemporal es una forma menos común aunque relativamente más frecuente antes de la vejez.

Las demencias secundarias son las causadas por otra enfermedad reconocible o estrechamente asociada, como la infección por el VIH, los traumatismos craneoencefálicos, la esclerosis múltiple, los trastornos tiroideos o la deficiencia de vitamina B12. En estas demencias secundarias, el deterioro cognitivo suele ir acompañado de síntomas y signos en otros aparatos o sistemas de órganos y el tratamiento se centra en la enfermedad subyacente.

¹ OMS y King's College London (2017). Demencia. Datos y cifras actualizados 2017. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

El alcance de las presentes directrices se limita a las demencias primarias. Aunque el tratamiento precoz de algunas enfermedades puede prevenir la aparición de demencias secundarias, no incluimos estas últimas dentro del alcance de las presentes directrices porque existen estrategias de prevención o de manejo y tratamiento apropiados para la mayoría de esas enfermedades y afecciones específicas que reducen eficazmente los signos y síntomas relacionados con la demencia. Sin embargo, la demencia de aparición tardía es heterogénea y multifactorial, y algunos factores (por ejemplo, los traumatismos craneoencefálicos o la deficiencia temprana de vitamina B12) también pueden contribuir a la aparición de la demencia (y no solo de demencia secundaria) en etapas posteriores de la vida.

FACTORES DE RIESGO DE DEMENCIA

Entre los factores no modificables de riesgo de demencia figuran los polimorfismos genéticos, la edad, el sexo, la raza o etnicidad y los antecedentes familiares. Si bien la edad es el principal factor de riesgo conocido de deterioro cognitivo, la demencia no es una consecuencia natural o inevitable del envejecimiento. En los dos últimos decenios, varios estudios han mostrado que el desarrollo de deterioro cognitivo y demencia guarda relación con los logros educativos y con factores de riesgo asociados al estilo de vida, como la inactividad física, el consumo de tabaco, la alimentación poco saludable y el consumo nocivo de alcohol. Además, ciertos trastornos médicos, como la hipertensión, la diabetes, la hipercolesterolemia, la obesidad y la depresión, están asociados con un mayor riesgo de demencia. Otros factores de riesgo potencialmente modificables pueden ser el aislamiento social y la inactividad cognitiva. Los factores de riesgo incluidos dentro del alcance de las presentes directrices se eligieron sobre la base de las revisiones sistemáticas y directrices recientes, como las del Instituto Nacional de Salud y Excelencia de la Atención, del Reino Unido (NICE, 2015); la revisión sistemática del Organismo

de Investigación y Calidad de la Atención de Salud de los Estados Unidos de América (AHRQ) (Kane et al., 2017); el informe mundial sobre el alzhéimer correspondiente a 2014 (Prince et al., 2014) y el informe de la Comisión Lancet sobre prevención, intervención y atención de la demencia (Livingston et al., 2017). El énfasis actual en los factores de riesgo modificables está justificado porque permitiría prevenir la demencia o retrasar el avance del deterioro cognitivo.

NECESIDAD DE LAS PRESENTES DIRECTRICES

La existencia de factores de riesgo potencialmente modificables significa que es posible prevenir la demencia mediante un enfoque de salud pública que abarque intervenciones clave para retrasar o desacelerar el deterioro cognitivo o la demencia.

En mayo del 2017, la 70ª Asamblea Mundial de la Salud respaldó el *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025* (OMS, 2017a). La visión de este plan es la de un mundo en el cual la demencia se prevenga y las personas con demencia y sus cuidadores vivan bien y reciban la atención y el apoyo que necesitan para alcanzar su potencial con dignidad, respeto, autonomía e igualdad. El objetivo del plan de acción es mejorar la vida de las personas con demencia, sus cuidadores y familiares disminuyendo el impacto de la demencia en ellos, en sus comunidades y en sus países. El plan abarca siete áreas de acción estratégica, una de las cuales es la reducción de los riesgos de demencia. En el plan de acción se insta a la Secretaría de la OMS a que fortalezca, comparta y difunda una base de evidencias en apoyo de las intervenciones de políticas encaminadas a la reducción de los factores potencialmente modificables del riesgo de demencia. Esto incluye ofrecer una base de datos sobre la evidencia disponible de la prevalencia de esos factores de riesgo y el impacto de reducirlos, y apoyar la formulación e implementación de

intervenciones multisectoriales basadas en la evidencia para reducir el riesgo de demencia. Las presentes directrices son el primer paso en apoyo de los países a medida que se desarrollan métodos encaminados a retrasar o prevenir la aparición de la demencia.

Estas directrices para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia están en conformidad con el mandato de la OMS de ofrecer orientación basada en la evidencia para la respuesta de la salud pública a la demencia. Al apoyar a los profesionales de atención sanitaria y social, en particular para mejorar su capacidad de ofrecer a la población general intervenciones multisectoriales basadas en la evidencia y apropiadas en cuestiones de género y cultura, apuntando a los factores modificables de riesgo de demencia que se comparten con otras ENT, se podría reducir el riesgo de contraer demencia o se podría retrasar su avance. Por lo tanto, las directrices están en consonancia con el trabajo de la OMS en materia de prevención y manejo de las ENT, que tiene por objeto apoyar a los países para reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad de las ENT. La OMS ha colaborado con una variedad de interesados directos, incluidos organismos internacionales y nacionales de salud pública en el área de prevención de las ENT y la demencia.

Las directrices tienen una estrecha sinergia conceptual y estratégica con otros planes de acción y estrategias de la OMS, como el *Plan de acción sobre salud mental 2013–2020*², el *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013–2020*³, la *Estrategia y plan de acción mundial sobre el envejecimiento y la salud 2016–2020*⁴, la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*⁵ y la *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*.⁶ Además, este trabajo está en consonancia con el

propósito de la OMS de centrar más los servicios de salud en las personas. Por último, contribuirá al logro de la meta 3.8 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, es decir, “lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (Naciones Unidas, 2015).

1.2 OTRAS DIRECTRICES E INSTRUMENTOS RELACIONADOS DE LA OMS

Varias directrices vigentes de la OMS y otros instrumentos diseñados para la población general son pertinentes para abordar las afecciones de salud que pueden aumentar el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en personas con una función cognitiva normal o un deterioro cognitivo leve (DCL). Al formular las presentes directrices se consultaron las siguientes directrices e instrumentos de la OMS:

- Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, DC: OPS, 2017. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>
- Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: directrices para la atención primaria en entornos con pocos recursos. Ginebra: OMS, 2012. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112396/9789243548395_spa.pdf?jsessionid=F5A49F25C1669E8A3B38E2097483CFC0?sequence=1
- Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in

² Disponible en https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/

³ Disponible en https://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf?ua=1

⁴ Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253189>

⁵ Disponible en https://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/es/

⁶ Disponible en <https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/es/>

low-resource settings. Ginebra: OMS, 2010. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44260/9789241598996_eng.pdf;jsessionid=976E1D51CFCC26FA14CB64377CAB7462?sequence=1

- Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: OMS, 2010. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?sequence=1
- Integrated care for older people (ICOPE): Recommendations on interventions to improve physical and mental capacities of older people at community level. Ginebra: OMS, 2016
- Paquete técnico HEARTS para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Protocolos de tratamiento clínico basados en la evidencia. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15053:hearts-technical-package&Itemid=3465&lang=es
- Ciudades globales amigables con los mayores: una guía. Ginebra: OMS, 2007. https://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/es/
- Alimentación sana. Ginebra: OMS, 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. Ginebra: OMS, 2013. https://www.who.int/tobacco/publications/building_capacity/training_package/treatingtobaccodependence/en/
- Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Ginebra: OMS, 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079>

Las directrices e instrumentos vigentes de la OMS aquí indicados abordan algunas de las intervenciones incluidas dentro del alcance de las presentes directrices, pero no contemplan los resultados relacionados con el deterioro cognitivo ni con la demencia. Donde las presentes directrices se superponen con otras, por

ejemplo, las de asistencia integrada a las personas mayores (AIPM) que formulan recomendaciones sobre intervenciones cognitivas en personas con DCL, nos hemos referido a esas recomendaciones vigentes en lugar de desarrollar otras nuevas. Por consiguiente, las presentes directrices complementan sin duplicar el trabajo existente.

1.3

PÚBLICO DESTINATARIO

Las directrices están destinadas principalmente a los prestadores de atención de salud en establecimientos del primer nivel, del segundo nivel o de nivel distrital, incluidos los que prestan servicios básicos a pacientes ambulatorios u hospitalizados. Los prestadores de atención de salud pueden ser médicos, enfermeras u otro personal de salud. Los equipos encargados de mejorar la calidad en todos los niveles del sistema se beneficiarán de la labor.

Además, las directrices y sus derivados tienen implicaciones para los encargados de formular políticas, los planificadores de la atención de salud y los directores de programa a nivel nacional y mundial, así como para la población general.

1.4

METAS Y OBJETIVOS

- Formular recomendaciones basadas en la evidencia sobre comportamientos asociados al estilo de vida y sobre intervenciones tendientes a retrasar o prevenir el deterioro cognitivo y la demencia en la población general.
- Formular recomendaciones basadas en la evidencia sobre el tratamiento de afecciones específicas de salud física o mental para retrasar o prevenir el deterioro cognitivo y la demencia.

En las presentes directrices se formulan recomendaciones actualizadas de la OMS basadas en la evidencia para facilitar la implementación del *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025*, del *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*,⁷ del *Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)* de la OMS, del *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*,⁸ de la *Estrategia y plan de acción mundial sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020*,⁹ de la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*¹⁰ y de la *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*¹¹.

1.5

PRINCIPIOS ORIENTADORES

Los siguientes principios han inspirado la formulación de las presentes directrices y deben guiar su aplicación:

- Las directrices deben acelerar el logro de las metas propuestas en el *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025*, así como de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que se centra en reducir la mortalidad prematura por ENT y promover la salud mental y el bienestar (Naciones Unidas, 2015).
- En el proceso de elaboración de las presentes directrices y en su posterior aplicación se debe promover concretamente el derecho de las personas en riesgo de deterioro cognitivo o de demencia a niveles iguales de salud y fomentar su participación activa.
- La aplicación de las recomendaciones debe ir acompañada de actividades encaminadas a proteger los derechos humanos de quienes viven con deterioro cognitivo o demencia, incluida la reducción de la estigmatización y la discriminación, así como de los obstáculos que dificultan la obtención de servicios de atención sanitaria y social, y a garantizar que la elección de tratamiento se base en decisiones fundamentadas.

La aplicación de las recomendaciones se debe adaptar al contexto local, incluida la disponibilidad de recursos financieros y humanos. Sin embargo, las inequidades abordadas en las presentes directrices son comunes en todos los países y se les debe dar prioridad en los servicios de salud.

⁷ Disponible en http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/

⁸ Disponible en https://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf?ua=1

⁹ Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253189>

¹⁰ Disponible en https://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/es/

¹¹ Disponible en <https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/es/>

2

PROCESO DE ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES



En el proceso de elaboración de las presentes directrices se aplicó el *Manual de la OMS para la elaboración de directrices* (segunda edición, disponible en: https://www.who.int/publications/guidelines/WHO_hb_for_guideline_development_2ed_Spanish.pdf?ua=1).

Constó de los pasos que se detallan a continuación.

2.1 GRUPO DE ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES

Se estableció un grupo de orientación de la OMS para la elaboración de las directrices dirigido por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, con la participación de representantes de las oficinas regionales y de los departamentos y programas pertinentes de la OMS. Este grupo de orientación respaldó todo el proceso de elaboración de las presentes directrices. Se establecieron dos grupos más: un grupo de elaboración de las directrices (GED) y un grupo de revisión externa (GRE). El GED estuvo integrado por un equipo de académicos y clínicos con conocimientos y experiencia multidisciplinaria en lo concerniente a las afecciones abordadas por las directrices. Al establecerlo, se tomó en consideración la diversidad geográfica y el equilibrio de género (véase el anexo 1).

El Presidente, un investigador respetado en la materia, fue elegido por su vasta experiencia en la metodología de formulación de directrices y su participación en otros grupos de elaboración de directrices. Se solicitó a cada miembro potencial del GED que completara el formulario de la OMS para la declaración de intereses (DoI). Los formularios fueron examinados por el grupo de orientación.

2.2 DECLARACIÓN DE INTERESES DE LOS MIEMBROS DEL GED Y DE LOS REVISORES EXTERNOS

Se solicitó a todos los miembros del GED, revisores pares e integrantes del equipo de revisión sistemática que presentaran sus respectivas declaraciones de intereses antes del inicio del proceso de examen de la evidencia para la formulación de las directrices. Las invitaciones a participar en la reunión del GED se enviaron después de que se hubieran examinado y aprobado dichas declaraciones. También se exigió a los miembros del GED un compromiso escrito de confidencialidad. Una vez recibido lo antedicho, la Secretaría de la OMS examinó las declaraciones de intereses e información adicional (obtenida esta última mediante búsquedas en internet y bases de datos bibliográficos), evaluó posibles conflictos de intereses y, en caso de encontrarlos, determinó si estos requerían alguna medida. La composición de los grupos se ultimó después de haber finalizado este proceso.

Los nombres y las biografías breves de los miembros cuya participación en el GED se estaba considerando se dieron a conocer públicamente acompañados de una invitación a formular observaciones al respecto antes de la reunión.

Al comienzo de la reunión del GED se presentó la declaración de intereses de cada uno de sus miembros y se los invitó, así como a los asociados externos, a que actualizaran sus declaraciones de intereses introduciendo los cambios pertinentes y a que notificaran de ello a la Secretaría de la OMS.

Las declaraciones de intereses se reevaluaron antes de la reunión presencial en Ginebra para determinar si había conflictos de intereses. Ninguno de los miembros tenía conflictos importantes de esa índole. Todas las decisiones están documentadas (véase el anexo 2).

2.3 COLABORACIÓN CON ASOCIADOS EXTERNOS

El Centro de Investigaciones sobre la Enfermedad de Alzheimer del Instituto Karolinska, de Estocolmo (Suecia), y la Facultad de Psicología de la Universidad de Nueva Gales del Sur y el Centro de Investigación en Neurociencias, de Australia, contribuyeron a la elaboración de las directrices realizando la revisión y la síntesis de la evidencia.

2.4 IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA DISPONIBLE

El procedimiento de revisión de alcance a fin de preparar las preguntas sobre población, intervención, comparación y resultados (PICO) consistió en establecer los factores de riesgo potencialmente modificables y las intervenciones con respecto al deterioro cognitivo o la demencia. Esas intervenciones se encuentran resumidas en las directrices vigentes de la OMS indicadas anteriormente, como las de prevención y control de

enfermedades no transmisibles, el conjunto de intervenciones esenciales de atención primaria de salud para enfermedades no transmisibles en entornos de escasos recursos (PEN) y las de atención integrada para personas mayores (AIPM). Sin embargo, las directrices mencionadas anteriormente no contemplan resultados relacionados con el deterioro cognitivo y la demencia.

Entre los informes resumidos recientes, el de la Comisión Lancet sobre prevención, intervenciones y atención de la demencia, resume los conocimientos emergentes sobre factores de riesgo de demencia e intervenciones pertinentes (Livingston et al., 2017). Los factores de riesgo y las intervenciones a las que se refiere esta colección de revisiones sistemáticas abarcan la educación, el ejercicio, el mantenimiento de la participación social, la reducción del consumo de tabaco, y el manejo de la hipoacusia, la depresión, la hipertensión, la diabetes y la obesidad. Otra revisión sistemática solicitada y apoyada por el Instituto Nacional del Envejecimiento (NIA por su sigla en inglés), de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América, también establece los factores de riesgo y la evidencia sobre las intervenciones, específicamente de entrenamiento cognitivo, tratamiento de la presión arterial y ejercicio físico (Kane et al., 2017). Las intervenciones examinadas en estas revisiones han servido de base a las intervenciones previstas en las preguntas PICO.

La población considerada en las presentes directrices comprende a los adultos con una función cognitiva normal o DCL. Por DCL entendemos un trastorno caracterizado por deficiencia de la memoria, dificultades de aprendizaje y capacidad reducida para concentrarse en una tarea durante períodos no solo breves, más allá de lo previsible en caso de envejecimiento normal. Suele haber una sensación marcada de fatiga mental cuando se intentan tareas mentales, y la percepción subjetiva

de que es difícil aprender algo nuevo aunque se obtengan resultados objetivamente buenos. Ninguno de estos síntomas es lo suficientemente grave como para hacer un diagnóstico de demencia. Sin embargo, las personas con un diagnóstico de DCL corren mayor riesgo de contraer demencia; la inclusión de los adultos con DCL en las presentes directrices posibilitará recurrir a intervenciones para desacelerar la progresión del deterioro cognitivo, es decir el avance de un deterioro cognitivo leve hacia una demencia propiamente dicha.

El alcance de las presentes directrices es la prevención y la reducción del riesgo de deterioro cognitivo y de demencia (principales resultados de interés). El deterioro cognitivo se define como una pérdida notoria y cuantificable o una anomalía en las funciones de atención y memoria o en funciones cognitivas de nivel más alto (atención, lenguaje y razonamiento). La demencia es un síndrome que comprende el deterioro cognitivo y otros síntomas, y puede diagnosticarse aplicando los criterios de la CIE-10. Incluye una disminución de la memoria con deficiencia de al menos otra función cognitiva, como los movimientos complejos (dispraxia de extremidades), el lenguaje (afasia) o las funciones ejecutivas (por ejemplo, de planificación, atención y razonamiento abstracto). Esta disminución debe representar un cambio respecto del comportamiento anterior, y un deterioro del funcionamiento social u ocupacional. Como se indica en la sección sobre los antecedentes, cuando usamos la palabra demencia en este documento nos referimos a las demencias primarias o neurodegenerativas.

El GED hizo aportes sobre el alcance de las directrices y ayudó al grupo de orientación a elaborar las preguntas clave. Se formularon 12 preguntas estructuradas en el formato PICO (anexo 3).

Los resultados fueron evaluados por los miembros del GED, según su importancia, como “fundamentales”, “importantes” o “sin importancia”. Los resultados evaluados como fundamentales o importantes se seleccionaron para su inclusión en las preguntas PICO. Se mantuvieron comunicaciones y deliberaciones regulares con el GED por correo electrónico y teleconferencia.

El equipo encargado de la revisión sistemática preparó los protocolos para analizar la evidencia existente sobre intervenciones dirigidas a reducir el riesgo de deterioro cognitivo y demencia (como se indica en las preguntas PICO) en adultos con una función cognitiva normal o DCL (anexo 4). Se encontraron las revisiones sistemáticas pertinentes para cada una de las preguntas PICO. El grupo de orientación evaluó la calidad de las revisiones utilizando la lista de verificación de AMSTAR para la evaluación de múltiples revisiones sistemáticas. Las revisiones sistemáticas consideradas de alta calidad también se calificaron según la fecha de publicación para asegurar que se estuviera utilizando la evidencia más reciente.

Para establecer los perfiles de la evidencia en el proceso de elaboración de las directrices se utilizaron la metodología de clasificación de la evaluación, desarrollo y análisis de recomendaciones (GRADE) (Guyatt et al., 2011), así como el *Manual de la OMS para la elaboración de directrices*. La evaluación de la calidad de la evidencia se realizó según GRADE considerando el diseño del estudio (ensayos controlados

aleatorizados o estudios observacionales), los riesgos de sesgo, las incongruencias, el carácter indirecto, las imprecisiones y los riesgos de sesgo de publicación. La evidencia se caracterizó como de calidad alta, mediana, baja o muy baja.

2.5 ADOPCIÓN DE DECISIONES DURANTE LA REUNIÓN DEL GED

El GED se reunió en la sede de la OMS, en Ginebra, los días 2 y 3 de julio del 2018. La revisión de la evidencia se envió con antelación y se presentó de forma resumida durante la reunión. Los miembros del GED examinaron la evidencia, aclararon puntos e interpretaron los resultados para formular recomendaciones basadas en la versión preliminar preparada por la Secretaría de la OMS. El GED consideró la relevancia de las recomendaciones para los adultos con una función cognitiva normal o DCL según el marco GRADE-DECIDE (Alonso-Coello *et al.*, 2016), a saber: balance de beneficios y perjuicios de cada intervención; valores y preferencias de los involucrados; costos y uso de recursos; aceptabilidad de la intervención para los prestadores de atención de salud en países de ingresos bajos y medianos; viabilidad de la implementación; y repercusiones sobre la equidad y los derechos humanos. No se hicieron encuestas ni estudios formales sobre la relación entre costo y eficacia para determinar las limitaciones de recursos, sino que los debates sobre estas cuestiones se basaron en los conocimientos especializados y la experiencia combinada de los miembros del GED. La

equidad y los derechos humanos se tomaron en consideración al efectuar búsquedas específicas en bases de datos que incluyeran estudios realizados en países de ingresos bajos y medianos, y se examinó el desglose de datos por subgrupos específicos de personas. El GED consideró los posibles efectos diferenciales de las intervenciones en diversos subgrupos según la situación económica, el empleo o la ocupación, la escolaridad, el lugar de residencia, el género y la etnicidad

Teniendo en cuenta estas consideraciones, el GED formularía una recomendación firme si estaba convencido de que los efectos deseables de la intervención pesaban más que cualquier efecto indeseable. Si no estaba seguro del balance entre los efectos deseables y los indeseables, el GED formularía una recomendación condicional. Las recomendaciones firmes implicaban que la mayoría de las personas desearían la intervención y deberían recibirla, mientras que las recomendaciones condicionales implicaban que podía haber diversas opciones apropiadas según los pacientes y que estos podrían necesitar asistencia para decidir al respecto. Se acordó que algunas recomendaciones se podían calificar como firmes, aun cuando la calidad de la evidencia fuera baja o muy baja, si redundaban en un beneficio general y se consideraba que esto pesaba más que los perjuicios. En caso de desacuerdo, el Presidente y el metodólogo evaluarían si la controversia se relacionaba con la interpretación de los datos o con la formulación de la recomendación. Si no se llegaba a un consenso, los miembros del GED aceptarían un voto mayoritario del 70% para adoptar una decisión. Los funcionarios de la OMS presentes en la reunión, así

como otros expertos técnicos externos involucrados en la recopilación y el examen de la evidencia, quedaban excluidos de la votación. Los miembros del GED llegaron a un acuerdo por consenso sobre todas las recomendaciones y calificaciones, y no se necesitó ninguna votación.

2.6

PREPARACIÓN Y ARBITRAJE DE LOS DOCUMENTOS

La versión preliminar de las directrices y los perfiles de la evidencia preparados por personal de la OMS y por el GED se distribuyeron al GER y al grupo de orientación. La función del GER era detectar errores o datos faltantes, y formular observaciones sobre claridad, cuestiones específicas según los entornos y consecuencias para la implementación, pero no era la de modificar las recomendaciones. Todos los aportes y comentarios se debatieron y acordaron con el GED por correo electrónico.

3

EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES

En esta sección se presenta un panorama de cada pregunta de formato PICO, destacando los siguientes aspectos: antecedentes, recomendaciones y consideraciones adicionales, evidencia para fundamentar las recomendaciones, y justificación de las recomendaciones según la evidencia sintetizada y los criterios indicados en los cuadros de evidencia que fundamentan la adopción de decisiones. Los perfiles completos de la evidencia correspondiente a cada pregunta de formato PICO, incluidos los cuadros de GRADE y los cuadros de evidencia para fundamentar la adopción de decisiones, figuran en el anexo publicado en la web.

3.1

INTERVENCIONES QUE PROMUEVEN LA ACTIVIDAD FÍSICA

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL, ¿son las intervenciones que promueven la actividad física más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Población:

Adultos (mayores de 18 años) con una función cognitiva normal o DCL

Intervención:

Intervenciones que promueven la actividad física (aeróbica, entrenamiento de resistencia o actividad física con múltiples componentes)

Comparación:

Atención habitual o ausencia de intervención

Resultados:

- Fundamentales
 - Función cognitiva
 - DCL incidente
 - Demencia
- Importantes
 - Calidad de vida
 - Nivel funcional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
 - Eventos adversos
 - Tasas de deserción

ANTECEDENTES

Un estilo de vida físicamente activo guarda relación con la salud cerebral. Según amplios estudios observacionales con períodos de seguimiento que se extienden a lo largo de decenios, parece menos probable que las personas físicamente activas desarrollen deterioro cognitivo, demencia por cualquier causa, demencia vascular o enfermedad de Alzheimer, en comparación con las personas físicamente inactivas (Gallaway et al., 2017; Hamer M, Chida Y, 2009; Sofi et al., 2011; Stephen et al., 2017). En especial, los niveles más altos de ejercicio físico parecen ser muy protectores (Hamer M, Chida I, 2009; Sofi et al., 2011). La actividad física parece tener efectos beneficiosos sobre las estructuras cerebrales, lo que podría ser la base de esta asociación (Rovio et al., 2010).

Otros posibles mecanismos subyacentes a esta relación son muy probablemente indirectos, por ejemplo, los efectos positivos del ejercicio físico sobre diversos factores modificables de riesgo cardiovascular, como la hipertensión, la resistencia a la insulina y las concentraciones altas de colesterol, además de otros mecanismos biológicos, entre ellos los que mejoran la función del sistema inmunitario, poseen propiedades antiinflamatorias o incrementan los factores neurotróficos. Las intervenciones dirigidas a la actividad física se describen en las *Recomendaciones mundiales de la OMS sobre actividad física para la salud* (2010).

RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES

RECOMENDACIÓN 1:

Se debe recomendar actividad física a los adultos con una función cognitiva normal para reducir el riesgo de deterioro cognitivo.

Calidad de la evidencia: mediana

Fuerza de la recomendación: firme

RECOMENDACIÓN 2:

Se puede recomendar actividad física a los adultos con DCL para reducir el riesgo de deterioro cognitivo.

Calidad de la evidencia: baja

Fuerza de la recomendación: condicional

Recomendaciones mundiales de la OMS sobre actividad física para la salud (2010)

(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?sequence=1)

A continuación se reproducen las recomendaciones para adultos de 65 años en adelante que se hacen en esa publicación:

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades físicas recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (si la persona sigue desempeñando una actividad laboral), quehaceres domésticos, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de actividades diarias, familiares o comunitarias. Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, así como de reducir el riesgo de ENT, depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

1. Los adultos de 65 años o más dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas aeróbicas de mediana intensidad, o bien algún tipo de actividad física aeróbica vigorosa durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
2. La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
3. A fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades deberían aumentar hasta 300 minutos semanales la práctica de actividad física aeróbica moderada, o bien acumular 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
4. Los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida deberían realizar tres días o más por semana actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas.
5. Convendría realizar dos o más días a la semana actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos.
6. Si los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

En conjunto, considerando los tres grupos de edades, los beneficios de aplicar estas recomendaciones y mantenerse físicamente activos son mayores que los posibles perjuicios. Si se invierten 150 minutos semanales en actividades de intensidad moderada, las tasas de lesiones musculoesqueléticas parecen poco frecuentes. Para reducir el riesgo de lesiones musculoesqueléticas en la población sería apropiado fomentar un plan de actividad física inicialmente moderado que progresara gradualmente hasta alcanzar una mayor intensidad.

Otras consideraciones

- La actividad física está fácilmente a disposición de todos y tiene una gran variedad de efectos beneficiosos.
- La actividad aeróbica desempeña una función clave en los efectos beneficiosos de la actividad física.

DATOS DE APOYO Y JUSTIFICACIÓN

Con respecto a las intervenciones que promueven la actividad física (por ejemplo, aeróbica, entrenamiento de resistencia o actividad física con múltiples componentes), en comparación con la atención habitual o con la ausencia de intervención, se encontraron cuatro revisiones sistemáticas sobre seis intervenciones diferentes de promoción de la actividad física (Barha et al., 2017; Barreto et al., 2017; Northey et al., 2018; Song et al., 2018), a saber:

1. Intervención con ejercicios aeróbicos en comparación con la atención habitual o con la ausencia de intervención en adultos con una función cognitiva normal.
2. Intervención con ejercicios de entrenamiento en comparación con la atención habitual o con la ausencia de intervención en adultos con una función cognitiva normal.
3. Intervención con ejercicios multimodales en comparación con la atención habitual o con la ausencia de intervención en adultos con una función cognitiva normal.
4. Intervención con ejercicios aeróbicos en comparación con la atención habitual o con la ausencia de intervención en adultos con DCL.
5. Intervención con ejercicios de entrenamiento en comparación con la atención habitual o con la ausencia de intervención en adultos con DCL.
6. Intervención con ejercicios multimodales en comparación con la atención habitual o con la ausencia de intervención en adultos con DCL.

Con respecto a los resultados cognitivos en adultos sanos, existe evidencia de calidad mediana que indica que las intervenciones que promueven la actividad física tienen un efecto positivo en la función cognitiva. Existe evidencia de calidad baja a mediana que sugiere que la actividad física no afecta al riesgo de DCL y demencia. Con respecto a los resultados cognitivos en adultos con DCL, hay evidencia de calidad baja que indica que las intervenciones que promueven la actividad física tienen un efecto positivo en la función cognitiva. Sin embargo, esos beneficios no son uniformes en todos los aspectos cognitivos.

Los datos indican que la magnitud del efecto del entrenamiento aeróbico es mayor que la del entrenamiento de resistencia, y hay evidencia aún más convincente (especialmente sobre el entrenamiento aeróbico) en los casos de adultos con una función cognitiva normal en comparación con los adultos con DCL.

El GED llegó a la conclusión de que los efectos deseados de la actividad física pesaban más que los indeseados. En términos generales, hay evidencia de calidad baja a mediana indicativa de que la actividad física tiene un efecto pequeño pero beneficioso sobre la función cognitiva. Aun en los grupos con DCL, hay evidencia de calidad baja sobre los beneficios cognitivos del ejercicio físico. El efecto de estas intervenciones parece obedecer principalmente al ejercicio aeróbico. Considerando la calidad de la evidencia, se formuló una recomendación firme aplicable a los adultos sanos y una condicional aplicable a los adultos con DCL.

3.2

INTERVENCIONES PARA EL CESE DEL CONSUMO DE TABACO

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL que consuman tabaco, ¿son las intervenciones para abandonar el consumo de tabaco más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Población:

Adultos con una función cognitiva normal o DCL que consumen tabaco

Intervención:

Intervenciones para abandonar el consumo de tabaco (intervenciones conductuales e intervenciones farmacológicas, incluidos el tratamiento sustitutivo con nicotina, el bupropión y la vareniclina)

Comparación:

Atención habitual o ausencia de intervención

Resultados:

- Fundamentales
 - Función cognitiva
 - DCL incidente
 - Demencia
- Importantes
 - Calidad de vida
 - Nivel funcional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
 - Eventos adversos
 - Tasas de deserción

ANTECEDENTES

La dependencia del tabaco es la principal causa de muerte evitable a nivel mundial, causante de unos 5 millones de muertes por año (OMS, 2011)

y de costos médicos mundiales que ascienden a miles de millones de dólares estadounidenses (Lightwood et al., 2000). El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo de varias enfermedades como muchos tipos de cáncer, las enfermedades cardiovasculares y el riesgo cardiovascular, y los trastornos respiratorios (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2004), y se ha demostrado que abandonar el consumo de tabaco reduce significativamente estos riesgos para la salud (Pirie et al., 2013). El cese del consumo de tabaco también se ha asociado con menos depresión, menos ansiedad, menos estrés, un mejor estado de ánimo y una mejor calidad de vida en comparación con el mantenimiento del hábito (Taylor et al., 2014).

La dependencia del tabaco también está asociada a otros trastornos y afecciones relacionadas con la edad, como la debilidad y la disminución de la capacidad de trabajo en las personas mayores (Amorim et al., 2014; Kojima et al., 2015), así como la demencia y el deterioro cognitivo (Durazzo et al., 2014).

Las intervenciones para tratar la dependencia del tabaco pueden ser muy variadas y consisten en estrategias conductuales o psicológicas junto con diversos tratamientos farmacológicos. Las intervenciones no farmacológicas pueden tener resultados dispares (Niaura, 2008). El asesoramiento (*counseling*) es el enfoque más frecuente, pero también se han explorado otros, como el cultivo de la consciencia o atención plena (*mindfulness*), la terapia cognitivo-conductual, la terapia de activación conductual, entrevistas motivacionales, gestión de contingencias y exposición o aversión al humo de tabaco. Entre los tratamientos farmacológicos, el tratamiento sustitutivo con nicotina, el bupropión y la vareniclina son los más frecuentes, pero en general la escasa eficacia y los efectos adversos de esos tratamientos son limitaciones clave (Gómez Coronado et al., 2018). Las combinaciones de métodos farmacológicos y no farmacológicos parecen ser las más eficaces a la hora de brindar apoyo al cese del consumo de tabaco (Gómez Coronado et al., 2018).

RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES

RECOMENDACIÓN:

Se deben ofrecer intervenciones para abandonar el consumo de tabaco a los adultos que usan tabaco porque pueden reducir los riesgos de deterioro cognitivo y demencia, además de aportar otros beneficios para la salud.

Calidad de la evidencia: baja

Fuerza de la recomendación: firme

Otras consideraciones

- En consonancia con las intervenciones descritas en el módulo de capacitación de la OMS sobre la dependencia del tabaco, se debe aconsejar el cese del uso de tabaco a quienes lo consumen y se deben establecer programas pertinentes encaminados a prevenir la aparición de nuevos consumidores, promover el abandono del consumo, así como diagnosticar y tratar la dependencia del tabaco https://www.who.int/tobacco/publications/building_capacity/training_package/treatingtobaccodependence/en/. Las intervenciones incluyen intervenciones conductuales y farmacológicas (tratamiento sustitutivo con nicotina o administración de bupropión o de vareniclina).
- Se deben ofrecer intervenciones individuales en el marco de programas de cese del uso de tabaco dirigidos a toda la población.

DATOS DE APOYO Y JUSTIFICACIÓN

No se encontraron revisiones sistemáticas en las que se comparasen intervenciones dirigidas a dejar el consumo de tabaco con la ausencia de intervenciones.

Hay un gran número de datos observacionales disponibles sobre el tabaquismo como factor de riesgo de deterioro cognitivo y demencia. Esos estudios muestran una asociación entre el tabaquismo (inclusive a mediana edad) y la demencia o el deterioro cognitivo en etapas posteriores de la vida (Beydoun et al., 2014; Di Marco et al., 2014; Lafortune et al., 2016; North et al.,

2015; Xu et al., 2015; Zhong et al., 2015). Los eventos adversos notificados han sido limitados y se referían solo a intervenciones farmacológicas (Motooka et al., 2018). Por consiguiente, todo tipo de intervención encaminada al cese del consumo de tabaco probablemente será más beneficiosa que perjudicial.

Aunque no se disponía de evidencia procedente de estudios de intervenciones experimentales, el GED formuló una recomendación firme porque sí hay considerables datos epidemiológicos y observacionales establecidos según los cuales el consumo de tabaco causa daños sustanciales y aumenta los riesgos de demencia; dichos datos satisfacen la mayor parte de los criterios de Bradford-Hill concernientes a la determinación de causas (Lafortune et al., 2016). El riesgo atribuible para la población es elevado, los datos son convincentes y se pueden reproducir en diferentes entornos y con estudios de diferentes diseños, son específicos e indican un efecto de respuesta según las dosis. Además, hay criterios como la temporalidad (el tabaquismo a mediana edad se ha correlacionado con un mayor riesgo de demencia en etapas más tardías) (Lafortune et al., 2016), la coherencia (los resultados experimentales de laboratorio son compatibles con los datos observacionales) (Durazzo et al., 2014) y la evidencia mecanicista indicativos de que el tabaquismo causa daño cerebral y un consiguiente deterioro cognitivo.

3.3

INTERVENCIONES NUTRICIONALES

3.3a

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL, ¿son las intervenciones nutricionales que consisten en la administración de suplementos alimentarios más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Población:

Adultos con una función cognitiva normal o DCL

Intervención:

Suplementos alimentarios (por ejemplo, vitaminas B, antioxidantes, omega-3 y Ginkgo)

Comparación:

Atención habitual o ausencia de intervención

Resultados:

- Fundamentales
 - Función cognitiva
 - DCL incidente
 - Demencia
- Importantes
 - Calidad de vida
 - Nivel funcional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
 - Eventos adversos
 - Tasas de deserción

3.3b

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL, ¿son las intervenciones nutricionales que consisten en la adopción de hábitos alimentarios saludables (por ejemplo, una alimentación similar a la mediterránea) más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Población:

Adultos con una función cognitiva normal o DCL

Intervención:

Hábitos alimentarios saludables (por ejemplo, una alimentación de tipo mediterránea)

Comparación:

Atención habitual o ausencia de intervención

Resultados:

- Fundamentales
 - Función cognitiva
 - DCL incidente
 - Demencia
- Importantes
 - Calidad de vida
 - Nivel funcional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
 - Eventos adversos
 - Tasas de deserción

ANTECEDENTES

Una alimentación saludable a lo largo del curso de la vida es decisiva para lograr un desarrollo óptimo, mantener la salud y prevenir las ENT. En algunos estudios sobre las intervenciones alimentarias se han mostrado los efectos de diversos cambios alimentarios en la prevención de muchas afecciones que aumentan el riesgo de demencia, como la diabetes (Diabetes Prevention Program Research Group, 2002; Tuomilehto et al., 2001) y las enfermedades cardiovasculares (Rees et al., 2013). Los modelos mecanicistas y otros que utilizaron animales sugieren una variedad de vías que vinculan los factores alimentarios con cambios neuropatológicos intervinientes en la aparición de demencia (Swaminathan y Jicha, 2014). Por consiguiente, es posible que los factores alimentarios estén involucrados en el desarrollo de demencia, tanto de forma directa como a través de su efecto en otros factores de riesgo, y una alimentación

saludable puede tener un gran potencial preventivo de un deterioro cognitivo.

La alimentación de tipo mediterránea es la más ampliamente estudiada como enfoque alimentario, tanto en términos generales como en relación con la función cognitiva. En varias revisiones sistemáticas de estudios observacionales se ha llegado a la conclusión de que una adhesión alta a este tipo de alimentación está asociada con un riesgo reducido de DCL y de enfermedad de Alzheimer, pero no una adhesión leve (Singh et al., 2014; Wu y Sun, 2017). Por otro lado, en participantes con una función cognitiva normal, una mayor adhesión va asociada a una mejora de la memoria episódica y del funcionamiento cognitivo en general (Loughrey et al., 2017). Otros enfoques alimentarios prometedores asociados a una mejora de la función cognitiva son los siguientes: los métodos alimentarios para frenar la hipertensión (DASH) (Berendsen et al., 2017; Morris et al., 2015a; 2015b; Wengreen et al., 2013) y la intervención dirigida específicamente a la salud cerebral combinando una alimentación

de tipo mediterránea con una antihipertensiva (Mediterranean-DASH) para retrasar el avance neurodegenerativo (MIND).

Entre los alimentos y nutrientes específicos, los asociados más sistemáticamente con un riesgo reducido de demencia son las frutas y hortalizas (Jiang et al., 2017; Wu et al., 2017), y el pescado (Bakre et al., 2018; Zhang et al., 2016). En muchos estudios de participantes sanos, un mayor consumo de pescado (Samieri et al., 2018) y la ingesta de ácidos grasos polinsaturados (derivados del pescado) (Zhang et al., 2016) se han vinculado a una menor pérdida de memoria. Otros alimentos y nutrientes que se han asociado a un menor riesgo de demencia o deterioro cognitivo son diversos tipos de nueces, el aceite de oliva y el café (Solfrizzi et al., 2017). También se ha informado evidencia sobre el ácido fólico, la vitamina E, los carotenos, la vitamina C y la vitamina D (Balion et al., 2012; Dangour et al., 2010; Rafnsson et al., 2013; Travica et al., 2017), pero los resultados no son sistemáticos.

RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES

RECOMENDACIÓN 1:

Se puede recomendar una alimentación similar a la mediterránea a los adultos con una función cognitiva normal o DCL para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Calidad de la evidencia: mediana

Fuerza de la recomendación: condicional

RECOMENDACIÓN 2:

Se debe recomendar una alimentación saludable y equilibrada a todos los adultos, conforme a las recomendaciones de la OMS sobre la alimentación sana.

Calidad de la evidencia: baja a alta (según el componente alimentario)

Fuerza de la recomendación: firme

RECOMENDACIÓN 3:

No se deben recomendar las vitaminas B y E, los ácidos grasos polinsaturados ni los suplementos multicomplejos para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Calidad de la evidencia: mediana

Fuerza de la recomendación: firme

Recomendaciones de la OMS sobre una alimentación sana

(<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>)

Para los adultos, las directrices de la OMS recomiendan lo siguiente.

Una alimentación sana incluye:

- Frutas, hortalizas, legumbres (por ejemplo, lentejas y frijoles), frutos secos y cereales integrales (por ejemplo, maíz, mijo, avena, trigo o arroz integral sin procesar).
- Al menos 400 g diarios (o sea, cinco porciones) de frutas y hortalizas. Las papas, batatas, yuca o mandioca y otros tubérculos feculentos no se clasifican como frutas u hortalizas.
- Menos del 10% de la ingesta calórica total procederá de azúcares libres, lo que equivale a 50 g (o unas 12 cucharaditas de té al ras) en el caso de una persona con un peso corporal saludable que consume aproximadamente 2000 calorías al día, pero idealmente menos de un 5% de la ingesta calórica total para obtener mayores beneficios de salud. La mayor parte de los azúcares libres son añadidos a los alimentos o bebidas por el fabricante, cocinero o consumidor, pero también hay azúcares presentes en la miel, jarabes, jugos de fruta y concentrados de jugos de fruta.
- Menos de 30% de la ingesta calórica total procederá de grasas. Las grasas no saturadas (presentes en el pescado, los aguacates, diversas clases de nueces y en el aceite de girasol, canola u oliva) son preferibles a las grasas saturadas (presentes en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la crema de leche, el queso, la mantequilla clarificada o *ghee* y la manteca de cerdo) y a las grasas trans de todos los tipos, en particular las producidas industrialmente (presentes en los alimentos procesados, comidas rápidas, refrigerios, alimentos fritos, pizzas congeladas, pasteles, galletitas, galletas, obleas, margarinas y productos untables) como las procedentes de rumiantes (presentes en la carne y los productos lácteos de rumiantes como vacunos, ovinos, caprinos, camélidos y otros). Se sugiere que la ingesta de grasas saturadas se reduzca a menos del 10% de la ingesta total de calorías y la de grasas trans a menos del 1%. En particular, se deben evitar las grasas trans producidas industrialmente porque no forman parte de una alimentación sana.
- Menos de 5 g de sal (aproximadamente una cucharadita) por día. La sal debería ser yodada.

Otras consideraciones

- En la evidencia y las recomendaciones formuladas se supone que se ha evaluado el estado nutricional y se han tratado las posibles deficiencias de micronutrientes en la edad madura o en la vejez.
- Una alimentación equilibrada y variada constituye una fuente natural de polifenoles y proteínas.
- La recomendación sobre las vitaminas B y E, los ácidos grasos polinsaturados y la administración de suplementos multicomplejos se aplica a las personas sin carencias nutricionales.

DATOS DE APOYO Y JUSTIFICACIÓN

Los estudios observacionales vienen señalando sistemáticamente que una alimentación saludable se asocia con un mejor desempeño cognitivo (Berendsen et al., 2017; Frith et al., 2018; Loughrey et al., 2017; Morris et al., 2015; Wengreen et al., 2013), pero la evidencia procedente de estudios clínicos es menos congruente (D’Cunha et al., 2018; Fitzpatrick-Lewis et al., 2015a; 2015b; Forbes et al., 2015; Radd-Vagenas et al., 2018; Solfrizzi et al., 2018). Es importante reconocer que las intervenciones que consisten en modificaciones alimentarias que mejoran inmediatamente varios aspectos de la ingesta alimentaria tienen mayores probabilidades de promover un mejor desempeño cognitivo que la administración de suplementos con algunos nutrientes solamente. Los factores alimentarios pueden tener efectos sinérgicos que se ponen de

manifiesto solo en combinaciones de alimentos (Jacobs Jr et al., 2009).

Con respecto a las intervenciones como la administración de suplementos nutricionales o la introducción de hábitos alimentarios saludables (por ejemplo, una alimentación de tipo mediterránea) en comparación con la atención habitual o con la ausencia de intervención, se encontraron seis revisiones sistemáticas de nueve intervenciones nutricionales diferentes. Estas intervenciones consistieron en lo siguiente:

1. Administración de suplementos multicomplejos en comparación con placebo en adultos con una función cognitiva normal (D’Cunha et al., 2018).
2. Administración de suplementos multicomplejos en comparación con placebo en adultos con DCL (Fitzpatrick-Lewis et al., 2015).
3. Administración de ácidos grasos polinsaturados en comparación con placebo (Forbes et al., 2015).
4. Administración de vitamina B en comparación con placebo (Forbes et al., 2015).
5. Administración de vitamina E en comparación con placebo (Forbes et al., 2015).
6. Administración de polifenoles en comparación con placebo (Solfrizzi et al., 2018).
7. Administración de suplementos proteicos en comparación con placebo (Solfrizzi et al., 2018).
8. Administración de esencia de pollo en comparación con placebo (Teoh et al., 2016).
9. Adopción de una alimentación de tipo mediterránea en comparación con una alimentación alternativa o con la alimentación habitual (Radd-Vagenas et al., 2018).

Se comunicaron resultados sobre el DCL incidente y la demencia tras intervenciones consistentes en la administración de suplementos multicomplejos a adultos con una función cognitiva normal o en la adopción de una dieta mediterránea (D’Cunha et al., 2018; Radd-Vagenas et al., 2018). Sin embargo, ninguna de esas intervenciones mostró un efecto directo en la reducción de la incidencia de la demencia o del DCL.

Se comunicaron resultados cognitivos de todas las intervenciones y comparaciones. Hay evidencia de calidad mediana según la cual una alimentación de tipo mediterránea puede mejorar la memoria verbal y visual (Radd-Vagenas et al., 2018). Un metanálisis mostró resultados casi significativos en cuanto a la función cognitiva global y resultados sistemáticamente positivos, pero no significativos, en otros aspectos cognitivos (atención, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, lenguaje y función ejecutiva) (Radd-Vagenas et al., 2018). También se encontró un efecto positivo constante de los polifenoles en el desempeño cognitivo, pero la calidad de la evidencia era baja (Solfrizzi et al., 2018). De manera análoga, se encontró que la administración de suplementos proteicos tenía un efecto beneficioso en la función cognitiva de los adultos mayores, pero los resultados no fueron sistemáticos y la calidad de la evidencia era baja (Solfrizzi et al., 2018).

En términos generales, no se encontraron efectos tras la administración de suplementos multicomplejos (D’Cunha et al., 2018; Fitzpatrick-Lewis et al., 2015), vitaminas B y E (Forbes et al., 2015) o ácidos grasos polinsaturados (Forbes et al., 2015). Se comunicó evidencia de calidad baja sobre la administración de suplementos con proteínas y con polifenoles (Solfrizzi et al., 2018), y se encontró evidencia de calidad mediana sobre un efecto beneficioso de la alimentación de tipo mediterránea (Radd-Vagenas et al., 2018).

Se examinaron tres intervenciones con los siguientes suplementos multicomplejos: ácido docosahexaenoico (DHA) + ácido eicosapentaenoico (EPA) + vitamina E + fosfolípidos de soja + triptofano + melatonina; vitamina E + multivitaminas; y jalea real liofilizada + ginkgo biloba + ginsén de Panax; ninguna de ellas mostró un mayor riesgo de eventos adversos graves durante el período de seguimiento (evidencia de calidad mediana, Fitzpatrick-Lewis et al., 2015).

El GED llegó a la conclusión de que los beneficios de una alimentación de tipo mediterránea y los de una alimentación equilibrada superaban los perjuicios, y formularon recomendaciones condicionales y firmes respectivamente. El GED tomó nota de que la administración de dosis elevadas de vitamina E y suplementos proteicos se ha asociado con efectos indeseables no previstos que pesan más que los beneficios, y recomendó no utilizarlos.

3.4

INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con trastornos debidos al consumo de alcohol, ¿son las intervenciones conductuales y psicológicas para tratar los trastornos por consumo de alcohol más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Población:

Adultos con una función cognitiva normal o DCL y con consumo excesivo de alcohol

Intervención:

- Intervenciones conductuales y psicológicas para tratar los trastornos debidos al consumo de alcohol (por ejemplo, entrevistas motivacionales)
- Intervenciones farmacológicas para tratar los trastornos por consumo de alcohol

Comparación:

Atención habitual o ausencia de intervención

Resultados:

- Fundamentales
 - Función cognitiva
 - DCL incidente
 - Demencia
- Importantes
 - Calidad de vida
 - Nivel funcional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
 - Eventos adversos
 - Tasas de deserción

ANTECEDENTES

El consumo excesivo de alcohol es común en muchos países (Gell et al., 2015). En el año 2012, 5,9% del total de muertes a escala mundial (unos 3,3 millones) fue directamente atribuible al consumo nocivo de alcohol (OMS, 2014). Además, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas es una de las principales causas de discapacidad general a nivel mundial (OMS, 2014), y una causa directa de más de 200 enfermedades, incluidos factores de riesgo de demencia y lesiones (OMS, 1992; OMS 2019a).

Se amplía la evidencia según la cual el consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo de demencia y de deterioro cognitivo (Langballe et al., 2015; Sachdeva et al., 2016; Zhou et al., 2014).

Se han aplicado varios enfoques en intervenciones dirigidas al consumo nocivo de alcohol. Los tratamientos farmacológicos con distintos tipos de medicamentos (por ejemplo, antagonistas opioides, inhibidores de la enzima ALDH2) han mostrado diversos grados de eficacia en adultos con trastornos debidos al consumo de alcohol, pero ninguno de ellos se mostró superior en las pruebas comparativas. Las intervenciones conductuales y psicológicas han demostrado ser eficaces para los trastornos por consumo de alcohol, especialmente en los bebedores con un consumo peligroso y nocivo. Para reducir la morbilidad y la mortalidad atribuibles al alcohol, uno de los medios más eficaces en función de los costos consiste en tamizaje e intervenciones breves en el marco de la atención primaria (Kaner, 2018). Se han descrito intervenciones para trastornos por el consumo de alcohol en la *Guía de Intervención mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada - Versión 2.0.*

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>

RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES

RECOMENDACIÓN

Se deben ofrecer intervenciones dirigidas a la reducción o el cese del consumo peligroso y nocivo de bebidas alcohólicas en los adultos con una función cognitiva normal o DCL para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia, además de aportar otros beneficios para la salud.

Calidad de la evidencia: mediana (para la evidencia observacional)

Fuerza de la recomendación: condicional

Guía de Intervención mhGAP—Versión 2.0 para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>

La *Guía de Intervención mhGAP de la OMS* recomienda lo siguiente:

Consumo nocivo de alcohol

- Proporcionar psicoeducación y destacar que el grado o los hábitos de consumo de alcohol están causando daño a la salud.
- Explorar las motivaciones de la persona para beber alcohol. Realizar entrevistas motivacionales.
- Aconsejar el abandono completo del alcohol o su consumo no nocivo (en caso de que haya un consumo perjudicial), y comunicar la intención de ayudar a la persona a lograrlo. Preguntarle si está preparada para hacer ese cambio.
- Explorar las estrategias para reducir o suspender por completo el consumo y estrategias para reducir el daño.
- Abordar las necesidades alimentarias, de vivienda y de empleo.
- Ofrecer un seguimiento regular.

Alcoholismo

- Administrar tiamina mientras persista el consumo de bebidas alcohólicas.
- Administrar diazepam durante la desintoxicación alcohólica para tratar los síntomas de abstinencia.
- Administrar naltrexona, acamprosato o disulfiram para prevenir recaídas después de la desintoxicación.
- Ofrecer intervenciones psicosociales si se dispone de ellas, por ejemplo, terapia cognitivo-conductual, terapia de fortalecimiento motivacional, terapia de manejo de contingencias, orientación o terapia familiar, orientación o terapia para la solución de problemas; grupos de apoyo mutuo.

Otras consideraciones

- Las intervenciones pueden consistir en fomentar cambios conductuales o de estilo de vida o administrar algún tratamiento farmacológico, de conformidad con las directrices del mhGAP de la OMS. Las intervenciones conductuales o las relacionadas con el estilo de vida tienden a ser más aceptables y acarrear menos eventos adversos.
- Se ha comunicado una relación en forma de U entre el consumo de alcohol y la función cognitiva. Sin embargo, debido a las limitaciones metodológicas de la mayoría de los estudios que describen este efecto, no es posible suponer que un consumo ligero o moderado de bebidas alcohólicas actúe como protector frente a la demencia o al deterioro cognitivo. Esto, además de otros riesgos para la salud y de las cargas sociales y económicas asociadas con el alcohol, no favorece una recomendación general sobre su consumo.
- Se deben ofrecer intervenciones individuales en el contexto de la *Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol* (OMS 2010), e intervenciones poblacionales para fortalecer las restricciones a la disponibilidad de alcohol, el cumplimiento de las contramedidas aplicables a la conducción vehicular bajo los efectos del alcohol, la facilitación del acceso al tamizaje, intervenciones breves y tratamiento, cumplimiento de las prohibiciones o las restricciones integrales a la publicidad, el patrocinio y la promoción de bebidas alcohólicas, aumentos de los precios de las bebidas alcohólicas mediante la aplicación de impuestos indirectos y políticas de precios.

DATOS DE APOYO Y JUSTIFICACIÓN

No se encontraron revisiones sistemáticas sobre intervenciones (conductuales, psicológicas o farmacológicas) dirigidas al consumo peligroso y nocivo de alcohol que previeran una reducción de los riesgos de deterioro cognitivo o de demencia.

Sin embargo, se dispone de un gran número de datos observacionales sobre el alcohol como factor de riesgo de deterioro cognitivo y demencia (Beydoun et al., 2014; Hersi et al., 2017; Ilomaki et al., 2015; Lafortune et al., 2016; Piazza-Gardner et al., 2013; Xu et al., 2017). En general, los diversos estudios no siempre muestran resultados similares (debido principalmente a diferencias en su diseño), pero el modelo que aparece de manera más sistemática es el de una relación en forma de U entre el consumo de alcohol y la demencia o el deterioro cognitivo, que vincula claramente el consumo excesivo de alcohol con un aumento significativo del riesgo (Xu et al., 2017).

Se ha notificado una variedad de eventos adversos tras intervenciones farmacológicas encaminadas a reducir el consumo excesivo de alcohol, mientras que no se ha encontrado evidencia sobre eventos adversos (salvo los relacionados con el síndrome de abstinencia) tras las intervenciones, principalmente conductuales, que apuntan al estilo de vida (NICE, 2011).

El GED concluyó que, en general, los beneficios superaban los perjuicios y, basándose en datos observacionales sólidos, formuló una recomendación condicional sobre las intervenciones dirigidas a la reducción o al cese del consumo peligroso y nocivo de alcohol.

3.5

INTERVENCIONES COGNITIVAS

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL ¿son la estimulación cognitiva o el entrenamiento cognitivo más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Población:

Adultos con una función cognitiva normal o DCL

Intervención:

- Estimulación cognitiva
- Entrenamiento cognitivo

Comparación:

Atención habitual o ausencia de intervención

Resultados:

- Fundamentales
 - Función cognitiva
 - DCL incidente
 - Demencia
- Importantes
 - Calidad de vida
 - Nivel funcional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
 - Eventos adversos
 - Tasas de deserción

ANTECEDENTES

La demencia va precedida de un deterioro cognitivo. Sin embargo, no todos los que están expuestos a factores de riesgo de demencia pasarán a desarrollar un deterioro cognitivo. Se ha propuesto el concepto de reserva cognitiva como un factor protector que puede reducir el riesgo de aparición clínica de la demencia o del

deterioro cognitivo (Stern, 2012). Por reserva cognitiva se entiende la capacidad del cerebro de hacer frente a neuropatologías u otros daños o de compensarlos (Stern, 2012). Algunos estudios han mostrado que un aumento de la actividad cognitiva puede estimular (o aumentar) la reserva cognitiva y tener un efecto amortiguador de un deterioro cognitivo rápido (Stern y Munn, 2010); también han mostrado una reducción significativa del riesgo de DCL y de diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en quienes tienen niveles altos de actividad cognitiva en comparación con quienes tienen niveles bajos de esa actividad (razón de probabilidad combinada (*odds ratio*) = 0,38, IC del 95%: 0.15–0.99) (Sattler, 2012).

Se puede lograr una mayor actividad cognitiva mediante una terapia de estimulación cognitiva o un entrenamiento cognitivo. Por terapia de estimulación cognitiva se entiende la participación en una variedad de actividades encaminadas a mejorar el funcionamiento cognitivo y social (Clare y Woods, 2004), mientras que por entrenamiento cognitivo se entiende una práctica guiada de tareas estandarizadas específicamente diseñadas para mejorar determinadas funciones cognitivas (Clare & Woods, 2004). El Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento (NIA), de Estados Unidos, ha señalado al entrenamiento cognitivo como una intervención encaminada a prevenir o retrasar la aparición del deterioro cognitivo relacionado con la edad, del DCL, o de la demencia semejante a la de la enfermedad de Alzheimer (Kane et al., 2017). Además, las directrices de la OMS sobre la AIPM (https://www.who.int/ageing/publications/WHO-ALC-ICOPE_brochure_sp.pdf?ua=1) recomiendan la estimulación cognitiva de los adultos mayores con deterioro cognitivo.

Las intervenciones se evaluaron teniendo en cuenta los resultados que se consideraban fundamentales e importantes para esta población.

RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES

RECOMENDACIÓN:

Se puede ofrecer entrenamiento cognitivo a los adultos mayores con una función cognitiva normal o DCL para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Calidad de la evidencia: muy baja a bajo

Fuerza de la recomendación: condicional

DATOS DE APOYO Y JUSTIFICACIÓN

Se obtuvo evidencia procedente de una revisión sistemática sobre la estimulación cognitiva en comparación con la atención habitual y con la ausencia de intervención en adultos mayores sanos (Strout et al., 2016). No se encontró evidencia en el caso de los adultos con DCL. En la revisión se informó que la mitad de las intervenciones evaluadas resultaron eficaces al mejorar los resultados en al menos un dominio cognitivo (función ejecutiva, atención, memoria, lenguaje o velocidad de procesamiento) (Strout et al., 2016). La calidad de la evidencia era baja. Los resultados estaban presentados de forma narrativa y no se hicieron meta-análisis. No se encontró evidencia ni para DCL incidente ni para demencia.

En cuanto al entrenamiento cognitivo en comparación con la atención habitual y con la ausencia de intervención en adultos mayores sanos, la evidencia se obtuvo de una revisión sistemática (Chiu et al., 2017). En ella se había efectuado un meta-análisis que mostró que el entrenamiento cognitivo en los adultos mayores sanos tenía un efecto positivo moderado sobre el funcionamiento cognitivo general. La calidad de la evidencia era baja. No se encontró evidencia para DCL incidente ni para demencia.

Se obtuvo evidencia procedente de dos revisiones sistemáticas sobre el entrenamiento cognitivo en comparación con la atención habitual y con la ausencia de intervención en adultos con DCL (Chandler et al., 2016; Sherman et al., 2017). En cuanto a los resultados en la función cognitiva, la calidad de la evidencia era baja e indicaba que el entrenamiento cognitivo de adultos con DCL tenía un pequeño efecto positivo sobre la función cognitiva. Con respecto a los resultados en la demencia incidente, la calidad de la evidencia era muy baja y los resultados se habían presentado de forma narrativa. Se informó sobre un estudio en el cual la mitad del grupo testigo pero nadie del grupo de intervención, había desarrollado demencia cuando se efectuó el seguimiento al cabo de ocho meses, y sobre otro estudio en el cual un mayor número de integrantes del grupo de intervención había contraído demencia cuando se realizó el seguimiento al cabo de dos años (Chandler et al., 2016). En lo concerniente a la calidad de vida y al nivel funcional, la evidencia era de baja calidad e indicaba que el entrenamiento cognitivo en los adultos con DCL tenía un pequeño efecto positivo en las actividades de la vida diaria, pero no en la calidad de vida.

La evidencia en el caso de las intervenciones cognitivas procede principalmente de estudios con adultos mayores. El GED llegó a la conclusión de que en esta población los efectos deseables de la intervención pesaban más que los efectos indeseables, y formuló una recomendación condicional sobre el entrenamiento cognitivo. La evidencia sobre la estimulación cognitiva en la reducción del riesgo de demencia era insuficiente y el GED no formuló ninguna recomendación al respecto.

3.6

ACTIVIDAD SOCIAL

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL, ¿la preservación y promoción de un alto nivel de actividad social son más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Población:

Adultos con una función cognitiva normal o DCL

Intervención:

Preservación y promoción de la actividad social, incluida la interacción familiar y comunitaria

Comparación:

Atención habitual o ausencia de intervención

Resultados:

- Fundamentales
 - Función cognitiva
 - DCL incidente
 - Demencia
- Importantes
 - Calidad de vida
 - Nivel funcional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
 - Eventos adversos
 - Tasas de deserción

ANTECEDENTES

La interacción social es un importante factor predictivo de bienestar a lo largo de la vida (Cherry et al., 2011). En cambio, se ha mostrado que la desconexión social expone a las personas mayores a un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia (Fratiglioni et al., 2004). Una revisión sistemática y metanálisis de estudios longitudinales de cohortes indicaron que una menor interacción social, un contacto social infrecuente y la soledad se asociaban a una mayor incidencia de demencia (Kuiper et al., 2015).

La Comisión Lancet de prevención, intervención y atención de la demencia estableció que la interacción social era una intervención que podría utilizarse para prevenir la demencia (Livingston et al., 2017).

RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES

La evidencia con respecto a la actividad social en relación con la reducción del riesgo de deterioro cognitivo o de demencia es insuficiente.

La participación social y el apoyo social están altamente vinculados a una buena salud y al bienestar a lo largo de la vida, y se debe apoyar la inclusión social durante todo el curso de la vida.

(Ciudades globales amigables con los mayores: una guía, https://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/es/)

DATOS DE APOYO Y JUSTIFICACIÓN

En el caso de la preservación y promoción de la actividad social, incluida la interacción comunitaria y familiar, en comparación con la atención habitual o con la ausencia de intervención, se obtuvo evidencia a partir de una revisión sistemática en la cual se examinaban casos de adultos con una función cognitiva normal (Kelly et al., 2017). No se encontró evidencia en el caso de los adultos con DCL. Con respecto a los resultados en la función cognitiva, la calidad de la evidencia era muy baja. Se consideraron que reunían los criterios tres estudios controlados aleatorizados que evaluaron la asociación entre la función cognitiva y la actividad social. Los resultados de la revisión se comunicaron de forma narrativa (Kelly et al., 2017). La función cognitiva general se evaluó recurriendo a diversas mediciones compuestas de la función cognitiva global, como ADAS-cog, MMSE y MDRS. En uno de los tres estudios controlados aleatorizados se encontró que la intervención encaminada a promover la actividad social estaba asociada significativamente con mejoras en la función cognitiva (Pitkala et al., 2011). No se encontró evidencia para DCL incidente ni demencia, calidad de vida, niveles funcionales (actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria), eventos adversos o deserciones.

El GED concluyó que la evidencia era limitada y no concluyente, por lo que no formuló recomendaciones sobre la actividad social en relación con el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia. Además, hay un riesgo de sesgo resultante de una causalidad inversa porque la escasa interacción social antes del diagnóstico de deterioro cognitivo o de demencia puede obedecer al menos en parte al proceso mismo de la enfermedad. El GED no formuló ninguna recomendación desfavorable a la actividad social porque llegó a la conclusión de que esta tiene una amplia variedad de otros beneficios para la salud y el bienestar.

3.7

MANEJO DEL PESO

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL que tengan sobrepeso u obesidad, ¿son las intervenciones para la reducción de peso (o el control de la obesidad) más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Población:

Adultos con una función cognitiva normal o DCL que tienen sobrepeso u obesidad

Intervención: Control del peso

- Intervenciones no farmacológicas, por ejemplo, estrategias de intervención cognitivo-conductuales o intervenciones sobre el estilo de vida
- Intervenciones farmacológicas, por ejemplo, medicación para la pérdida de peso (como orlistat)

Comparación:

Atención habitual o ausencia de intervención

Resultados:

- Fundamentales
 - Función cognitiva
 - DCL incidente
 - Demencia
- Importantes
 - Calidad de vida
 - Nivel funcional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
 - Eventos adversos
 - Tasas de deserción

ANTECEDENTES

El sobrepeso y la obesidad son algunos de los riesgos mejor caracterizados y reconocidos de una variedad de ENT, responsables de al menos 2,8 millones de muertes anuales a nivel mundial y de unos 35,8 millones (2,3% del total) de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) a nivel mundial (OMS, 2019b). En el año 2008, 35% de los adultos de 20 años o más tenían sobrepeso (IMC $\text{kg}/\geq 25/\text{m}^2$) (34% de los hombres y 35% de las mujeres), con variaciones significativas de la prevalencia en diversas partes del mundo; en los Estados Unidos de América y las regiones de Europa y del Mediterráneo Oriental se registra la mayor concentración de personas con sobrepeso u obesidad (OMS, 2019b). El sobrepeso y la obesidad se han vinculado a varias complicaciones médicas como la diabetes de tipo 2 (Chan et al., 1994), el cáncer (Renehan et al., 2015), la muerte prematura (Fontana y Hu, 2014) y las enfermedades cardiovasculares (Eckel, 1997), y ambos son factores de riesgo directo así como de riesgo de otros factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, como la hipercolesterolemia y la hipertensión.

La obesidad está aumentando de forma sostenida en los últimos decenios, en particular en los adultos mayores (Nguyen y El-Serag, 2010), y aunque un creciente cúmulo de evidencia indica que el sobrepeso ($25 < \text{IMC} < 30$) en los adultos mayores podría ser más protector que el peso normal en relación con la mortalidad general (Flicker et al., 2010), también se ha establecido un vínculo entre el exceso de grasa en la masa corporal y el deterioro cognitivo (Xu et al., 2011). Una reciente revisión sistemática y metanálisis de estudios observacionales realizados en unas 600.000 personas mostraron que la obesidad (aunque no el sobrepeso) en la edad madura aumenta el riesgo de demencia (RR = 1,33; IC de 95%: 1.08–1.63) (Albanese et al., 2017).

RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES

RECOMENDACIÓN:

Se pueden ofrecer intervenciones para el sobrepeso o la obesidad a mediana edad a fin de reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Calidad de la evidencia: baja a mediana

Fuerza de la recomendación: condicional

Orientación de la OMS sobre el sobrepeso y la obesidad, en *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: directrices para la atención primaria en entornos con pocos recursos (2012)* (<https://www.who.int/nmh/publications/phc2012/es/>)

Se debe seguir la orientación de la OMS sobre el sobrepeso y la obesidad indicada a continuación:

- Recomendar a los pacientes con sobrepeso que lo reduzcan adoptando una alimentación equilibrada.
- Recomendar a los pacientes que den preferencia a los alimentos con un índice glucémico bajo (frijoles, lentejas, avena y frutas no endulzadas) como fuente de carbohidratos en su alimentación.
- Recomendar a los pacientes que reduzcan sus comportamientos sedentarios y practiquen regularmente algún tipo de actividad física diaria apropiada para sus capacidades físicas (por ejemplo, caminar).

Se ha sugerido que la pérdida de peso podría reducir indirectamente el riesgo de demencia al mejorar una variedad de factores metabólicos vinculados con la patogénesis del deterioro cognitivo y la demencia (tolerancia a la glucosa, sensibilidad a la insulina, presión arterial, estrés oxidativo e inflamación) (Bennett et al., 2009). Sin embargo, también es verosímil un efecto beneficioso directo de las intervenciones encaminadas a la reducción del peso corporal. Aunque, hasta el presente, la evidencia sobre los beneficios cognitivos potenciales de la pérdida de peso parece estar altamente asociada con el aumento de la actividad física (Colcombe et al., 2006; Erickson et al., 2010), en el año 2011 una revisión sistemática concluyó que la pérdida intencional de peso puede mejorar el desempeño en algunos dominios cognitivos, al menos en personas con obesidad (Siervo et al., 2011).

Otras consideraciones

- Las intervenciones sobre el estilo de vida que incluyan tanto componentes de alimentación como de actividad física parecen mostrar los mejores resultados.
- Además de intervenciones a nivel individual se deben considerar también intervenciones poblacionales sobre el estilo de vida, como parques para realizar actividades, espacios verdes e infraestructura de apoyo al transporte activo.
- Un peso inferior al normal en la edad madura avanzada y la vejez podría estar asociado a un mayor riesgo de demencia. Sin embargo, esta asociación se podría explicar al menos en parte por una causalidad inversa, es decir que la patología cerebral podría causar la pérdida de peso antes de la aparición clínica de la demencia.

- La pérdida no intencional de peso y la malnutrición están asociadas con resultados de salud desfavorables, y se deben investigar y tratar a toda edad. Sin embargo, es improbable que las intervenciones que favorezcan el aumento de peso en las personas con peso inferior al normal en la edad madura o más tarde puedan reducir el riesgo de demencia o de deterioro cognitivo.

DATOS DE APOYO Y JUSTIFICACIÓN

Con respecto a la reducción del peso corporal (o al control de la obesidad) mediante intervenciones conductuales o sobre el estilo de vida en comparación con la atención habitual o con la ausencia de intervención, la evidencia se obtuvo a partir de una revisión sistemática en la cual se había examinado a adultos con una función cognitiva normal y con sobrepeso u obesidad (Veronese et al., 2017). No se encontró evidencia en el caso de los adultos con DCL. Se encontró evidencia de calidad baja a mediana según la cual las intervenciones sobre el estilo de vida tendientes a la reducción del peso corporal podrían mejorar la función cognitiva en sus aspectos de atención, memoria y lenguaje, aunque las intervenciones fueron muy breves (de 8 a 48 semanas). No se encontró evidencia con respecto a resultados relacionados con incidentes de DCL y la demencia. No se encontró evidencia con respecto a eventos adversos.

En cuanto a las intervenciones farmacológicas para la reducción de peso (o el control de la obesidad) en comparación con la atención habitual o con la ausencia de intervención, no se encontraron revisiones sistemáticas.

El GED llegó a la conclusión de que los beneficios de las intervenciones superaban los perjuicios y formuló una recomendación condicional. Habida cuenta de que los datos observacionales sobre una correlación entre el sobrepeso o la obesidad a mediana edad y un mayor riesgo de demencia son más sólidos y congruentes que los referentes a edades más tardías (Hersi et al., 2017; Lafortune et al., 2016; Pedditzi et al., 2016; Prickett et al., 2015; Xu et al., 2015), el GED formuló una recomendación condicional para este grupo poblacional.

3.8

MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con hipertensión, ¿es el tratamiento antihipertensivo más eficaz que la administración de un placebo o que la ausencia de intervención?

Población:

Adultos con una función cognitiva normal o DCL y con hipertensión

Intervención:

Medicación antihipertensiva, intervenciones sobre el estilo de vida

Comparación:

Administración de un placebo o ausencia de intervención

Resultados:

- Fundamentales
 - Función cognitiva
 - DCL incidente
 - Demencia
- Importantes
 - Calidad de vida
 - Nivel funcional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
 - Eventos adversos
 - Tasas de deserción

ANTECEDENTES

La hipertensión en la edad madura se ha asociado con un mayor riesgo de demencia en etapas posteriores de la vida (Kivipelto et al., 2001). En las personas que desarrollan demencia se ha observado hipertensión arterial durante la edad madura, seguida de una baja rápida de la presión arterial en etapas posteriores de la vida (Kivipelto et al., 2001; Launer et al., 2000; Stewart et al., 2009).

La evidencia es ambigua con respecto a la relación entre la baja de la presión arterial en la edad madura tardía o la vejez y el subsiguiente desarrollo de deterioro cognitivo o de demencia; sin embargo, hay evidencia según la cual la reducción de la presión arterial puede tener beneficios sustanciales al bajar la morbilidad y la mortalidad por causas cardiovasculares y al mejorar así la salud general de la población que está envejeciendo (Musini et al., 2009).

La hipertensión se puede prevenir mediante una variedad de factores asociados al estilo de vida, entre ellos una alimentación saludable, un peso adecuado y suficiente actividad física. También se puede controlar con medicación antihipertensiva. Sin embargo, es ambigua la evidencia sobre los efectos de los tratamientos antihipertensivos en la reducción del riesgo de deterioro cognitivo y de demencia.

RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES

RECOMENDACIÓN 1:

Se debe ofrecer tratamiento antihipertensivo a los adultos con hipertensión, conforme a las directrices vigentes de la OMS.

Calidad de la evidencia: baja a alta (según la intervención)

Fuerza de la recomendación: firme

RECOMENDACIÓN 2:

Se puede ofrecer tratamiento antihipertensivo a los adultos con hipertensión a fin de reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Calidad de la evidencia: muy baja (según los resultados relacionados con la demencia)

Fuerza de la recomendación: condicional

HEARTS. Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Protocolos de tratamiento clínico basados en la evidencia

(https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15053:hearts-technical-package&Itemid=3465&lang=es)

Medicamentos para tratar la hipertensión

- Hay cuatro clases principales de medicamentos antihipertensivos, a saber: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA); antagonistas del receptor de la angiotensina (ARA); antagonistas del calcio, y tiazidas o diuréticos tiazídicos. Cualquiera de estas cuatro clases de medicación antihipertensiva se puede utilizar a menos que haya contraindicaciones específicas. El tratamiento adecuado de la hipertensión requiere generalmente una combinación de medicamentos antihipertensivos.

Notas sobre medicamentos específicos para tratar la hipertensión

- En el caso de las embarazadas y las mujeres en edad reproductiva que no tengan una anticoncepción eficaz no se les deben administrar inhibidores de la ECA, ARA ni tiazidas o diuréticos tiazídicos, aunque se les puede administrar antagonistas del calcio. Si con un aumento de la dosis de esta medicación no se logra controlar la hipertensión, se debe derivar a un especialista.
- Los betabloqueantes no se recomiendan como tratamiento de elección. Si se ha diagnosticado un infarto del miocardio dentro de los tres años precedentes o hay fibrilación auricular o insuficiencia cardíaca, a la dosis inicial de la medicación antihipertensiva se le debe agregar un betabloqueante. Los pacientes con angina de pecho también pueden beneficiarse del tratamiento con un betabloqueante.

Otras consideraciones sobre el tratamiento

- Si el paciente tiene algún antecedente previo de infarto del miocardio o accidente cerebrovascular, o corre otro riesgo cardiovascular alto, comenzar con una estatina al mismo tiempo que se comienza la medicación antihipertensiva. (No se deben administrar estatinas a las embarazadas ni a las mujeres que pudieran quedar embarazadas.)
- Si hubo un infarto del miocardio o un accidente cerebrovascular isquémico previos, comenzar con ácido acetilsalicílico en dosis bajas.
- Los protocolos sobre hipertensión incluidos en este módulo sirven para el inicio y el mantenimiento de un buen tratamiento. Si hay eventos adversos graves, falta de control de la presión arterial u ocurre algún evento médico importante, se debe derivar al paciente a un especialista.
- Si el paciente ya tiene otro esquema medicamentoso, si la presión arterial se mantiene controlada según el nivel proyectado y si los medicamentos que está tomando son accesibles y asequibles, no hay razón alguna para cambiarlos.
- Si el paciente se siente débil cuando está de pie, tómese la presión arterial al estar de pie. Si la presión arterial sistólica es sistemáticamente inferior a 110 mmHg en un paciente en tratamiento médico, considere la posibilidad de reducir la dosificación o el número de medicamentos utilizados.

DATOS DE APOYO Y JUSTIFICACIÓN

Con respecto al tratamiento de la hipertensión con medicación antihipertensiva en comparación con un placebo o con la ausencia de intervención, se obtuvo evidencia a partir de dos revisiones sistemáticas de estudios realizados en adultos con una función cognitiva normal e hipertensión (Parsons et al., 2016; Weiss et al., 2016). No se encontró evidencia en el caso de los adultos con DCL. Con respecto a los resultados relacionados con la función cognitiva y la demencia incidente, la calidad de la evidencia, aunque baja, mostró que el tratamiento antihipertensivo no tiene efectos relacionados con el deterioro cognitivo ni la incidencia de demencia. En lo concerniente a los resultados en la calidad de vida y el nivel funcional, la calidad de la evidencia, aunque muy baja, mostró que el tratamiento antihipertensivo no disminuye la calidad de vida ni el nivel funcional. En cuanto a eventos adversos, la calidad de la evidencia era muy baja y mostró resultados ambiguos sobre el consumo de antihipertensivos. No se encontró evidencia sobre casos de DCL incidente ni tasas generales de deserción. Los resultados iniciales de la prueba SPRINT-MIND, un subestudio de la prueba de intervención sobre la presión arterial sistólica (SPRINT) cuyo objetivo era evaluar el efecto de un control intensivo de la presión arterial sobre el riesgo de demencia, respaldan la posibilidad de que exista

una relación dosis-efecto entre la presión arterial y el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia (SPRINT-MIND 2019). Los datos observacionales sugieren una asociación fuerte entre la hipertensión y el deterioro cognitivo incidente o la demencia.

No se encontraron revisiones sistemáticas sobre ningún tratamiento antihipertensivo consistente en intervenciones sobre el estilo de vida comparado con la administración de un placebo o con la ausencia de intervención.

El GED formuló una recomendación firme sobre el tratamiento antihipertensivo, habida cuenta de sus reconocidos beneficios de salud, y una recomendación condicional sobre el tratamiento de la hipertensión para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia. El GED concluyó que, aunque la evidencia procedente de estudios clínicos era limitada en el sentido de que el tratamiento antihipertensivo reduce el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia, sus beneficios pesan más que los perjuicios pues la evidencia sugiere que la intervención no menoscaba la calidad de vida ni el nivel funcional, y con respecto a efectos adversos hay resultados ambiguos que pueden depender del medicamento administrado. Además, se dispone de evidencia sólida de la existencia de una relación causal.

3.9

MANEJO DE LA DIABETES

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con diabetes mellitus, ¿es el tratamiento de la diabetes más eficaz que la administración de un placebo o que la ausencia de intervención?

Población:

Adultos con una función cognitiva normal o DCL, y con diabetes mellitus

Intervención:

- Medicamentos para el control glucémico
- Intervenciones sobre la alimentación y el estilo de vida

Comparación:

Administración de un placebo o ausencia de intervención

Resultados:

- Fundamentales
 - Función cognitiva
 - DCL incidente
 - Demencia
- Importantes
 - Calidad de vida
 - Nivel funcional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
 - Eventos adversos
 - Tasas de deserción

ANTECEDENTES

La presencia de diabetes a una edad avanzada se ha vinculado con un mayor riesgo de demencia (Luchsinger, 2010; Prince et al., 2014; Profenno et al., 2010). Sin embargo, está poco claro el mecanismo por el cual ocurre esto. Un control glucémico deficiente se ha asociado con un menoscabo del funcionamiento cognitivo y un mayor deterioro cognitivo (Yaffe et al., 2012). Además, las complicaciones asociadas a la diabetes, como las nefropatías, las retinopatías, la hipoacusia y las enfermedades cerebrovasculares, aumentan el riesgo de demencia (Bruce et al., 2014; Exalto et al., 2013).

La bibliografía sobre intervenciones encaminadas a mejorar el control glucémico muestra conclusiones ambiguas en cuanto a los resultados cognitivos (Launer et al., 2011; Luchsinger et al., 2011). Además, la evidencia sobre la eficacia de la medicación antidiabética en la reducción del riesgo de demencia es incongruente (Cheng et al., 2014; Moore et al., 2013; Parikh et al., 2011). Hay algunos indicios de que el tratamiento de las comorbilidades cardiovasculares asociadas a la diabetes, como la hipercolesterolemia y la hipertensión, pueden mediar en el riesgo de demencia (Johnson et al., 2012; Parikh et al., 2011).

RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES

RECOMENDACIÓN 1:

Se debe ofrecer tratamiento a los adultos con diabetes con medicamentos o intervenciones sobre el estilo de vida, conforme a las directrices vigentes de la OMS.

Calidad de la evidencia: muy baja a mediana (según la intervención)

Fuerza de la recomendación: firme

RECOMENDACIÓN 2:

Se puede ofrecer tratamiento a los adultos con diabetes para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Calidad de la evidencia: muy baja

Fuerza de la recomendación: condicional

WHO Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings

https://www.who.int/nmh/publications/essential_ncd_interventions_lr_settings.pdf

En las directrices de la OMS sobre las personas con diabetes se recomiendan los siguientes tratamientos:

Diabetes de tipo 1

Inyecciones diarias de insulina (nivel 1).

Diabetes de tipo 2

- Hipoglucemiantes orales para la diabetes de tipo 2, si los objetivos glucémicos no se alcanzan con la modificación de la alimentación, el mantenimiento de un peso corporal adecuado y una actividad física regular (nivel 1).
- Metformina como medicamento inicial en pacientes con sobrepeso (nivel 1) y sin sobrepeso (nivel 4).
- Otras clases de agentes antihiper glucémicos, agregados a la metformina si los objetivos glucémicos no se están alcanzando (nivel 3).
- Reducir el riesgo cardiovascular de los pacientes con diabetes y 10 años de riesgo cardiovascular > 20% administrándoles aspirina, un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina y estatinas (nivel 1).

DATOS DE APOYO Y JUSTIFICACIÓN

En lo concerniente al tratamiento de la diabetes con medicamentos para el control glucémico en comparación con un placebo o con la ausencia de intervención, se obtuvo evidencia a partir de una revisión sistemática de estudios realizados en adultos con una función cognitiva normal y diabetes de tipo 2 (Areosa Sastre et al., 2017). No se encontró evidencia en el caso de los adultos con DCL. La calidad de la evidencia sobre los resultados en la función cognitiva fue mediana y sobre los resultados en la demencia incidente fue muy baja; y la evidencia indicó que un control glucémico intensivo en comparación con uno ordinario tenía efectos poco claros en la función cognitiva y ningún efecto en la demencia incidente. La evidencia analizada incluyó la que procedía de un vasto conjunto de estudios realizados en 215 centros colaboradores en 20 países de Asia, Australasia, Europa y América del Norte. La calidad de la evidencia sobre eventos adversos era muy baja, pero mostraba que un control glucémico intensivo aumenta el riesgo de eventos por hipoglucemia. No se encontró evidencia con respecto al DCL incidente, la calidad de vida, los resultados funcionales o las tasas de deserción. En general, en adultos con una función cognitiva normal, la evidencia favorecería un control glucémico ordinario porque uno intensivo carece de efectos sobre

la función cognitiva, pero podría dar lugar a un mayor número de episodios de hipoglucemia.

Con respecto al tratamiento de la diabetes mediante un régimen alimentario e intervenciones sobre el estilo de vida en comparación con la administración de un placebo o con la ausencia de intervención, se obtuvo evidencia a partir de una revisión sistemática de estudios de adultos con una función cognitiva normal y diabetes de tipo 2 (Podolski et al., 2017). No se encontró evidencia en el caso de los adultos con DCL. La calidad de la evidencia disponible fue muy baja y los resultados ambiguos. No se realizaron metanálisis y no había datos robustos sobre la significación clínica.

El GED formuló una recomendación firme sobre el tratamiento de la diabetes porque tiene beneficios de salud reconocidos, y una recomendación condicional sobre el tratamiento de la diabetes para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia. El GED llegó a la conclusión de que, aunque la evidencia procedente de estudios clínicos sobre el tratamiento de la diabetes para reducir el riesgo de deterioro cognitivo y demencia era limitada, los beneficios pesaban más que los perjuicios y había datos observacionales convincentes que sugerían que la diabetes aumentaba el riesgo de deterioro cognitivo y demencia.

3.10

MANEJO DE LA DISLIPIDEMIA

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con dislipidemia, ¿es el tratamiento de la dislipidemia más eficaz que la administración de un placebo o que la ausencia de intervención?

Población:

Adultos con una función cognitiva normal o DCL y con dislipidemia

Intervención:

- Estatinas (por ejemplo, simvastatina y pravastatina)
- Intervenciones sobre el estilo de vida

Comparación:

Placebo o ausencia de intervención

Resultados:

- Fundamentales
 - Función cognitiva
 - DCL incidente
 - Demencia
- Importantes
 - Calidad de vida
 - Nivel funcional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
 - Eventos adversos
 - Tasas de deserción

ANTECEDENTES

El colesterol sérico elevado es uno de los principales factores modificables de riesgo cardiovascular. La tercera parte de los casos de cardiopatías isquémicas a nivel mundial es atribuible a la dislipidemia, que es la causa estimada de 2,6 millones de muertes anuales (4,5% del total), así como de una considerable proporción

de discapacidad (OMS, 2019b). La prevalencia de niveles elevados de colesterol total en los diversos países parece correlacionarse con la riqueza, a saber: en los de ingresos altos, más de 50% de los adultos tienen niveles elevados de colesterol total, más del doble que la proporción registrada en los de ingresos bajos (OMS, 2019c).

La idea de que un nivel elevado de colesterol sanguíneo podría relacionarse con un mayor riesgo de demencia ya se introdujo a mediados de los años setenta (Richardson et al., 2000). Desde entonces, algunos estudios epidemiológicos han mostrado una estrecha relación entre concentraciones séricas elevadas de colesterol y la aparición de la enfermedad de Alzheimer o de algún tipo de demencia (Kivipelto et al., 2002; Solomon et al., 2007; Whitmer et al., 2005); sin embargo, los resultados son incongruentes porque otros estudios no mostraron ninguna correlación o mostraron una correlación negativa (Mainous et al., 2005; Mielke et al., 2005).

Considerando la gravedad de la dislipidemia y el riesgo general de enfermedades cerebrovasculares, se puede intervenir sobre el estilo de vida o adoptar el enfoque farmacológico para reducir el colesterol sanguíneo. La reducción del peso corporal y de la ingesta de grasas saturadas (al disminuir el consumo de alimentos de origen animal) son las recomendaciones más frecuentes y eficaces de intervención sobre el estilo de vida (Perk et al., 2012). Sin embargo, la dislipidemia a menudo se controla y se trata farmacológicamente, con estatinas como medicamentos de primera elección. En varios estudios observacionales se han investigado los posibles efectos beneficiosos del tratamiento con estatinas para prevenir la demencia, pero la presencia de sesgos y heterogeneidad menoscabaron la calidad general de la evidencia (Song et al., 2013; Swiger et al., 2013; Wong et al., 2013). Recientemente, un nuevo análisis de estudios clínicos fallidos sobre la administración de estatinas a pacientes con enfermedad de Alzheimer sugirió que el uso de simvastatina puede desacelerar la progresión de un deterioro cognitivo en algunas personas (Geifman et al., 2017).

RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES

RECOMENDACIÓN:

Se puede ofrecer tratamiento de la dislipidemia a mediana edad a fin de reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Calidad de la evidencia: baja

Fuerza de la recomendación: condicional

Otras consideraciones

- El tratamiento de los adultos mayores con mevas-tatínicos no se debe iniciar específicamente para prevenir el deterioro cognitivo ni la demencia, pero sí por otros beneficios de salud, según lo indicado en la publicación de la OMS titulada *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: directrices para la atención primaria en entornos con pocos recursos* (<https://www.who.int/nmh/publications/phc2012/es/>).

DATOS DE APOYO Y JUSTIFICACIÓN

En el caso del control de la dislipidemia mediante un tratamiento con estatinas en comparación con placebo, se obtuvo evidencia procedente de una revisión sistemática de estudios realizados en adultos con una función cognitiva normal y dislipidemia (McGuinness et al., 2016). No se encontró evidencia en el caso de los adultos con DCL. La calidad de la evidencia era mediana en lo concerniente a resultados en la función cognitiva y baja en lo concerniente a resultados en la demencia incidente, lo cual indica que el tratamiento con estatinas no tiene ningún efecto sobre la demencia incidente ni sobre el deterioro cognitivo. Hay evidencia de calidad mediana según la cual el tratamiento con estatinas no aumenta la incidencia de eventos adversos graves.

Un gran cúmulo de datos observacionales han vinculado la dislipidemia con un mayor riesgo de demencia y de deterioro cognitivo, y se ha encontrado una asociación entre el control de la dislipidemia y la reducción del riesgo de demencia o de deterioro cognitivo (Geifman et al., 2017; Hersi et al., 2017; Reitz, 2013; Song et al., 2013). En general, la evidencia indirecta sugiere que el control de la dislipidemia a mediana

edad puede ayudar a reducir el riesgo de deterioro cognitivo y de demencia.

No se encontraron estudios que apuntaran al control de la dislipidemia específicamente mediante intervenciones sobre el estilo de vida y que previeran resultados relacionados con la demencia o con un deterioro cognitivo.

El GED llegó a la conclusión de que los efectos deseables del tratamiento de la dislipidemia pesaban más que los indeseables, y formuló una recomendación condicional.

Los datos observacionales señalan que la correlación entre el colesterol alto y la demencia es mayor en la edad madura que en etapas más tardías (Hersi et al., 2017; Reitz, 2013). La evidencia procedente de revisiones sistemáticas centradas en estudios clínicos de adultos mayores (65+) muestra que el tratamiento con mevas-tatínicos no tiene efectos en los resultados relacionados con la función cognitiva o con la demencia (McGuinness et al., 2016). Por consiguiente, el GED llegó a la conclusión de que no había ningún fundamento para recomendar el uso de estatina y el control del colesterol a una edad avanzada, sino solo a mediana edad.

3.11

MANEJO DE LA DEPRESIÓN

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con un trastorno depresivo, ¿es el tratamiento de la depresión más eficaz que la atención habitual, que la administración de un placebo o que la ausencia de intervención?

Población:

Adultos con una función cognitiva normal o DCL, y con un trastorno depresivo de moderado a grave

Intervención:

- Intervenciones farmacológicas para tratar la depresión (medicación antidepresiva)
- Intervenciones psicológicas para tratar la depresión (por ejemplo, terapia cognitivo-conductual, terapia encaminada a la solución de problemas, terapia interpersonal, activación conductual)

Comparación:

Atención habitual, administración de un placebo o ausencia de intervención

Resultados:

- Fundamentales
 - Función cognitiva
 - DCL incidente
 - Demencia
- Importantes
 - Calidad de vida
 - Nivel funcional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
 - Eventos adversos
 - Tasas de deserción

ANTECEDENTES

Se cuenta con un cúmulo sustancial de evidencia que vincula la depresión con el deterioro cognitivo y la demencia. En una revisión efectuada en el año 2014 como parte del Informe Mundial sobre el Alzheimer se combinaron 32 estudios en un metanálisis que consideró el efecto de la depresión sobre el riesgo de demencia incidente. Hubo 62.568 participantes y la mediana de la duración de su seguimiento fue de cinco años (rango entre 2 y 17 años). La revisión indicó que la presencia de depresión casi duplicaba el riesgo de demencia (magnitud combinada del efecto = 1,97, IC del 95%: 1.67-2.32) (Prince et al., 2014).

Los autores también llevaron a cabo una metarregresión examinando la duración del seguimiento. Informaron de una tendencia hacia magnitudes del efecto más pequeñas en los estudios con un seguimiento más prolongado, lo cual sugiere que la depresión podría desempeñar un papel prodrómico en la demencia. Cabe señalar que el deterioro cognitivo podría ser el principal síntoma de depresión en los ancianos, un fenómeno que se solía denominar pseudodemencia.

Hay varias explicaciones posibles de la conexión entre la depresión y el deterioro cognitivo o la demencia. Algunas de ellas establecen asociaciones entre la depresión, cambios noradrenérgicos y lesiones en la sustancia blanca; en fases iniciales del deterioro puede manifestarse depresión al percatarse el paciente de las deficiencias que padece, o puede haber una depresión que acentúe déficits subyacentes, por ejemplo, una desmotivación que a su vez acarree un mayor déficit cognitivo (Camus et al., 2004; Jorm, 2001; Kales et al., 2005; Schweitzer et al., 2002).

RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES

La evidencia es actualmente insuficiente para recomendar el uso de medicamentos antidepresivos a fin de reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Se debe proporcionar un tratamiento de la depresión consistente en medicación antidepresiva o en intervenciones psicológicas a los adultos con depresión, conforme a las directrices vigentes del mhGAP de la OMS.

Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0

(<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>)

En el caso de los adultos con un trastorno depresivo moderado a grave, las directrices de la OMS recomiendan los siguientes tratamientos:

Tratamiento psicosocial o no farmacológico y asesoramiento

- Psicoeducación (del paciente y de su familia, según corresponda).
- Abordaje de los estresantes psicosociales presentes.
- Reactivación de las redes de relaciones sociales.
- Tratamientos psicológicos breves, si los hay disponibles.
- Ofrecimiento de un seguimiento regular.

Medicación antidepresiva

- Seleccionar un antidepresivo del formulario farmacológico nacional o del de la OMS. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina) y los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) son medicamentos antidepresivos mencionados en el Formulario de la OMS y figuran en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales.
- Al escoger un antidepresivo, considerar el tipo del síntoma de la persona, los efectos colaterales de la medicación y la eficacia de tratamientos antidepresivos anteriores, si los hubiese habido.
- En caso de comorbilidad, antes de recetar antidepresivos se deben considerar posibles interacciones entre estos y los trastornos médicos coexistentes, así como posibles interacciones farmacológicas con otra medicación administrada al paciente. Consultar el formulario nacional o el de la OMS.
- La combinación de antidepresivos con otra medicación psicotrópica requiere supervisión o consulta con un especialista.

DATOS DE APOYO Y JUSTIFICACIÓN

En cuanto a intervenciones farmacológicas para tratar la depresión (medicación antidepresiva) en comparación con la atención habitual o con la administración de un placebo, se encontró evidencia procedente de una revisión sistemática de estudios realizados en adultos con una función cognitiva normal y un trastorno depresivo mayor (Baune et al., 2018). No se encontró evidencia en el caso de los adultos con DCL. En la revisión se procedió a un metanálisis en forma de red, y se notificaron las diferencias medias estandarizadas de los resultados del test de símbolos y dígitos como una medición de la función cognitiva. En la revisión se señaló que la administración de vortioxetina (en comparación con un placebo) mejoraba el funcionamiento cognitivo, mientras que la de duloxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, fenelzina y nortriptilina no mostraban ningún efecto (Baune et al., 2018). La calidad de la evidencia fue muy baja, y no se notificaron resultados con respecto al DCL incidente ni la demencia, la calidad de vida, eventos adversos, el nivel funcional o las tasas de deserción. En términos generales, es difícil determinar el verdadero balance de los efectos. La evidencia favorece la administración de vortioxetina (pero no otras intervenciones farmacológicas) para tratar la depresión con miras a reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia. Sin embargo, no se encontraron datos sobre efectos adversos, por ejemplo, efectos colaterales del medicamento ni sobre interacciones farmacológicas.

No se encontraron revisiones sistemáticas pertinentes sobre las intervenciones psicológicas para tratar la depresión en comparación con la administración de un placebo o con la ausencia de intervención.

Por consiguiente, el GED llegó a la conclusión de que por el momento la evidencia era insuficiente con respecto al tratamiento de la depresión en relación con la reducción del riesgo de deterioro cognitivo o de demencia. También llegó a la conclusión de que el tratamiento de la depresión es importante por sus otros beneficios, y no formuló una recomendación negativa contra esta intervención.

3.12

MANEJO DE LA HIPOACUSIA

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con hipoacusia, ¿es el tratamiento de la hipoacusia más eficaz que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Población:

Adultos con una función cognitiva normal o DCL, y con hipoacusia

Intervención:

Intervenciones para tratar la hipoacusia (por ejemplo, audífonos)

Comparación:

Atención habitual o ausencia de intervención

Resultados:

- Fundamentales
 - Función cognitiva
 - DCL incidente
 - Demencia
- Importantes
 - Calidad de vida
 - Nivel funcional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
 - Eventos adversos
 - Tasas de deserción

ANTECEDENTES

La hipoacusia es un trastorno frecuente relacionado con la edad. Como cuarta causa principal de años vividos con discapacidad en la población mundial (OMS, 2012), se estima que afecta a uno de cada tres adultos de 65 años o más, y las estadísticas muestran aumentos anuales (Wilson et al., 2017). Sin embargo, se suelen subestimar las implicaciones de la hipoacusia tanto a nivel individual como poblacional (Blustein et al., 2018).

La hipoacusia tiene consecuencias que menoscaban la capacidad funcional y el bienestar social y emocional. El deterioro de la audición tiene repercusiones en la capacidad de las personas para comunicarse con otros, lo que a su vez puede dar lugar a sentimientos de frustración, aislamiento y soledad (Ciorba et al., 2012). Los adultos mayores ya experimentan los efectos del aislamiento resultantes de factores relacionados con la edad, como la disminución de la movilidad, la suspensión de la posibilidad de conducir vehículos automotores, la muerte del cónyuge y de amigos o el hecho de vivir solos; así pues, son especialmente vulnerables a las repercusiones psicosociales de la hipoacusia.

La hipoacusia está también asociada a un mayor riesgo de deterioro cognitivo y de demencia (Lin et al., 2013). Un metanálisis reciente de estudios prospectivos de cohortes indicó que el riesgo relativo de hipoacusia en la enfermedad de Alzheimer y el DCL incidentes era de 2,82 (IC de 95%: 1.47–5.42). (Zheng et al., 2017). Además, un metanálisis publicado por la Comisión Lancet indicó que la hipoacusia casi puede duplicar el riesgo de demencia incidente (RR = 1,94, IC de 95%: 1.38–2.73) (Livingston et al., 2017). La hipoacusia y el deterioro cognitivo o la demencia, individualmente y en combinación, son predictores de la capacidad funcional y la carga de cuidados requeridos. Por consiguiente, las intervenciones en casos de hipoacusias pueden mejorar sustancialmente los resultados en las personas mayores en múltiples dominios.

RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES

La evidencia es insuficiente para recomendar el uso de audífonos a fin de reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia.

Se debe ofrecer tamizaje seguido del suministro de audífonos a las personas mayores para una detección y tratamiento oportunos de la hipoacusia, conforme a las directrices de la OMS sobre atención integrada para personas mayores (AIPM).

Directrices de la OMS sobre atención integrada para personas mayores (AIPM)

(https://www.who.int/ageing/publications/WHO-ALC-ICOPE_brochure_sp.pdf?ua=1)

En el caso de los adultos mayores, la OMS recomienda lo siguiente:

Se debe ofrecer a las personas mayores el tamizaje seguido del suministro de audífonos para la detección y el tratamiento oportunos de la hipoacusia.

Consideraciones que se recomiendan

- Promover la concientización de la comunidad acerca de la hipoacusia y los beneficios de una rehabilitación audiológica en las personas mayores; proceder a la detección de casos y desplegar actividades de extensión en las comunidades.
- Se debe alentar a los profesionales de la salud a que sometan a tamizaje a los adultos mayores para detectar la presencia de hipoacusia preguntándoles periódicamente sobre su audición. También se recomiendan un examen audiológico, un examen otoscópico y una prueba de voz susurrada.
- Los audífonos son el tratamiento preferido para las personas mayores con hipoacusia porque reducen el déficit de audición y mejoran el funcionamiento cotidiano.
- Se debe determinar la posible ototoxicidad de los medicamentos.
- Las personas con otitis media crónica o hipoacusia súbita, o las que no pasan las pruebas de detección, se deben derivar a un otolaringólogo.

DATOS DE APOYO Y JUSTIFICACIÓN

En el caso de las intervenciones para tratar la hipoacusia (por ejemplo, mediante la prescripción de audífonos) en comparación con la atención habitual o con la ausencia de intervención, se obtuvo evidencia procedente de una revisión sistemática de estudios de adultos con una función cognitiva normal e hipoacusia (Cherko et al., 2016). No se encontró evidencia en el caso de los adultos con DCL. La evidencia concerniente a la función cognitiva y la calidad de vida fue de muy baja calidad. No se realizaron metanálisis, y los resultados se presentaron de forma narrativa, sin datos numéricos que apoyaran las conclusiones (Cherko et al., 2016). Sobre la base de dos estudios que comprendían mediciones de la función cognitiva, en la revisión se concluyó que, aunque el uso de audífonos resultara asociado a mejoras en la función cognitiva, estos beneficios podrían ser limitados porque en el seguimiento realizado al cabo de un año dichas mejoras habían retrocedido al nivel inicial. Se concluyó asimismo que, según dos estudios, el uso de audífonos en personas mayores estaba asociado con mejoras de los resultados en la calidad de vida. En términos generales, la evidencia no favorece la intervención ni la comparación. Los audífonos pueden mejorar la calidad de vida, pero es limitada la evidencia disponible. No se encontró evidencia en el caso del DCL incidente o demencia, el nivel funcional (AVD, IADL), los eventos adversos o las deserciones.

El GED llegó a la conclusión de que la evidencia era insuficiente por el momento para recomendar el uso de audífonos a fin de reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia. El GED también llegó a la conclusión de que el uso de audífonos es importante para corregir la hipoacusia en los adultos mayores porque conlleva otros beneficios, y recomendó seguir las directrices de AIPM a este respecto.

4

CONSIDERACIONES SOBRE LA APLICACIÓN DE ESTAS DIRECTRICES



Se apoyará a los países en la aplicación de las directrices mediante la capacitación de personal de salud y el uso de centros de excelencia para la mejora de la calidad de la atención. La implementación también se respaldará localmente tras la adopción a nivel de país del *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025*, el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020* y el *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*. Además, el proceso de aumento de la capacidad nacional se respaldará mediante la colaboración de la OMS con organizaciones y asociaciones internacionales.

En vista de que muchas de las intervenciones incluidas en las presentes directrices se relacionan estrechamente con el manejo de los factores de riesgo de las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes, la aplicación de estas recomendaciones se debe combinar, en lo posible y en la población destinataria pertinente, con los programas de prevención en curso para reducir el riesgo de esas afecciones. El efecto preventivo óptimo se puede obtener abordando simultáneamente varios factores de riesgo. También será necesaria la colaboración entre diferentes interesados directos y enfoques multidisciplinarios.

Las recomendaciones contenidas en las presentes directrices se deben adaptar e incorporar, adaptadas, en un documento localmente apropiado que pueda responder a las necesidades de cada país y sus servicios de salud. Desde la sede de la OMS, mediante reuniones regionales y nacionales, se colaborará estrechamente con las oficinas regionales y las oficinas en los países, así como con los asociados en la implementación y los organismos de salud pública a

nivel nacional, velando por la comunicación y las adaptaciones de las directrices en cada país.

Al considerar cómo aplicar las presentes directrices, los países deben analizar sus necesidades presupuestarias y de recursos humanos, así como otras repercusiones en los sistemas de salud, para determinar los insumos y sistemas disponibles y las áreas que requieran más inversiones. Esto puede incluir capacitación del personal de salud, suministro de medicamentos y adaptaciones de los sistemas de información de salud para recopilar datos sobre la utilización de los servicios.

En apoyo a la aplicación de las directrices en los países, la OMS producirá una serie de herramientas complementarias que abordarán aspectos clínicos y de prestación de servicios relacionados con la aplicación de las recomendaciones formuladas en las presentes directrices.

5

PUBLICACIÓN, DIFUSIÓN Y EVALUACIÓN



5.1

PUBLICACIÓN Y DIFUSIÓN

Las presentes directrices se difundirán en forma de publicación impresa y de manera electrónica en un espacio exclusivo en el sitio web de la OMS.

Estas directrices serán objeto de actividades de difusión relacionadas con la salud mental y las ENT en el marco del *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025* (por ejemplo, la plataforma de intercambio de conocimientos del Observatorio Mundial de la Demencia), del *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020* y del *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*. Las presentes directrices se adjuntarán a las directrices del mhGAP y se difundirán por intermedio del centro de recursos del mhGAP sobre evidencia y otros productos derivados del mhGAP, como la *Guía de intervención mhGAP*. Habida cuenta de que estas directrices están vinculadas con otras directrices de la OMS, como las referentes a las ENT y a la AIPM, así como con otros recursos sobre envejecimiento, la difusión se hará de forma conjunta.

Las directrices y otros productos se han redactado en inglés y se traducirán a otros idiomas oficiales de la OMS para una mayor difusión, en colaboración con las oficinas regionales de la OMS. La adaptación local es necesaria a fin de que las directrices sean apropiadas para las condiciones locales que afecten a la atención de las personas con deterioro cognitivo o demencia en los establecimientos de salud y en la comunidad. La adaptación consistirá en la traducción de los textos y en la presentación de las intervenciones de manera que sean aceptables según el contexto sociocultural específico, y apropiadas según el sistema local de salud. En el manual

de ADAPTE para la adecuación de las directrices se describe el método que se utilizará.¹² La aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones se examinarán en el contexto cultural específico, según la disponibilidad de servicios de salud, los conocimientos, la experiencia y los recursos, así como de la organización de los servicios de salud y las características, las creencias culturales y los valores de la población.

Las dependencias pertinentes de los ministerios de salud serán notificadas de las directrices a través de las oficinas regionales de la OMS y sus oficinas en los países. Se preparará material informativo destinado a funcionarios técnicos que vayan a trabajar fuera de la sede de la OMS. Dicho material consistirá en un resumen de orientación y una lista de preguntas y respuestas sobre implicaciones normativas y programáticas.

La difusión también se promoverá mediante una colaboración de la OMS con organizaciones y asociaciones internacionales. En coordinación con la dependencia de la OMS encargada de comunicaciones, se notificará a los medios de comunicación acerca de las nuevas directrices.

Se apoyará a los países en la aplicación de las directrices mediante la capacitación del personal de salud para una mejor calidad de la atención y mediante la utilización de centros de excelencia. Se emprenderán actividades de formación por intermedio de plataformas basadas en la Web y talleres regionales.

En apoyo de la difusión se publicarán revisiones sistemáticas y datos científicos pertinentes en revistas científicas con arbitraje editorial, y se organizarán presentaciones y talleres en ocasión de conferencias y otros eventos importantes.

¹² Disponible en: <https://g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>

5.2

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Tras la publicación de las presentes directrices, la OMS continuará recopilando, de forma regular, retroalimentación periódica sobre las actividades de implementación para evaluar su utilidad y su impacto. Esa información se utilizará para evaluar la calidad de las directrices e identificar áreas que requieran mejoras. El Observatorio Mundial de la Demencia, de la OMS, que consiste en una plataforma de intercambio en línea de datos y conocimientos sobre la demencia, ofrece el marco para el seguimiento de la aplicación de las presentes directrices.¹³

5.3

IMPLICACIONES PARA LAS INVESTIGACIONES FUTURAS

La mayor parte de las recomendaciones están en consonancia con las directrices vigentes sobre el tratamiento de afecciones de salud preexistentes y la dependencia que generan. Sin embargo, se necesita más evidencia para determinar el impacto de estas intervenciones sobre los resultados de DCL incidente o demencia.

No se pudieron formular recomendaciones sobre la actividad social ni sobre la hipoacusia por falta de evidencia suficiente. En la actualidad se están realizando algunos estudios sobre intervenciones en casos de hipoacusia y estas directrices posiblemente requieran actualización

una vez que se difundan los resultados. Sin embargo, pocas investigaciones están examinando las repercusiones de la actividad social en relación con el deterioro cognitivo y la demencia. Parte de la dificultad al realizar este tipo de investigaciones es que la actividad social es difícil de definir y cuantificar, y es también difícil diferenciarla de las actividades físicas o mentales que suelen ser un componente de este tipo de intervenciones. Por consiguiente, antes de emprender estudios clínicos al respecto, quizás deberían confeccionarse protocolos estandarizados para las intervenciones dirigidas a la actividad social.

Algunos datos científicos presentados aquí se basan en estudios controlados aleatorizados con períodos de seguimiento relativamente breves (por ejemplo, intervenciones dirigidas al entrenamiento cognitivo, a la depresión, a la actividad social). Esto limita nuestra capacidad de determinar el potencial impacto de las intervenciones en el desarrollo de deterioro cognitivo o demencia porque tienen largos períodos prodrómicos. Es necesario recoger más evidencia con períodos de seguimiento más prolongados para estimar con mayor precisión las repercusiones de estas intervenciones en la reducción del riesgo de deterioro cognitivo y de demencia a largo plazo. Además, se requieren más investigaciones para entender los efectos del tiempo en los resultados de estas intervenciones en cuanto al deterioro cognitivo y la demencia (por ejemplo, actividad física en la edad madura o más tarde en la vida).

La prevalencia de la demencia está en aumento en países de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, la mayor parte de los estudios clínicos se han realizado en países de ingresos altos, por lo que hay muy poca evidencia sobre la eficacia de estas intervenciones en países de ingresos bajos y medianos. Se necesita una mayor atención dirigida a entender cuál sería la mejor manera de

¹³ Disponible en: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/Global_Observatory/en/

reducir los riesgos de deterioro cognitivo y de demencia en los países de ingresos bajos y medianos.

Las preguntas PICO formuladas para recabar evidencia a fin de elaborar las presentes directrices preveían intervenciones sobre factores que acarrearán un solo riesgo. Sin embargo, habida cuenta de la etiología multifactorial de la demencia y la interacción entre los factores de riesgo en el estilo de vida de cada persona, se han investigado cada vez más enfoques multidominio y estos muestran posibilidades de ser más eficaces que las estrategias dirigidas a un único factor. Recientemente se han completado tres grandes estudios controlados aleatorizados multidominio –el estudio finlandés de intervención geriátrica para prevenir el deterioro cognitivo y la discapacidad (estudio FINGER); el estudio del efecto de la administración prolongada de suplementos con ácidos grasos polinsaturados omega-3, con o sin intervención multidominio, sobre la función cognitiva de adultos ancianos con problemas de memoria (estudio MAPT); y el estudio sobre la prevención de la demencia mediante una atención vascular intensiva (estudio preDIVA) - ha sido completado (Ngandu et al., 2015; Andrieu et al., 2017; Moll von Charante et al., 2016). Aunque solo la intervención multidominio sobre el estilo de vida puesta a prueba en el estudio finlandés FINGER ha notificado resultados significativos en el análisis primario, los resultados generales de los tres sugieren que la estrategia más eficaz podría consistir en apuntar a las personas de mayor riesgo. En particular, otras intervenciones mostraron resultados significativos en participantes con un puntaje elevado en una escala de valoración del riesgo de demencia en el estudio MAPT (así como en el estudio FINGER) y en personas con hipertensión sin tratar al inicio del estudio en el preDIVA.

En el contexto de las intervenciones multidominio, las nuevas tecnologías y las soluciones ofrecidas por la ciber salud también podrían ofrecer herramientas útiles

para la reducción de riesgos gracias a una ampliación del alcance de dichas intervenciones (Barbera et al., 2018).

Dada la heterogeneidad de los perfiles de riesgos en las poblaciones de más edad, se han emprendido recientemente iniciativas mundiales, como la red World Wide FINGERS (<http://wwfingers.com/>), con la finalidad específica de poner a prueba intervenciones similares, adaptadas a diversos entornos geográficos y culturales (Kivipelto et al., 2017).

Por consiguiente, se requieren más investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones multidominio, adaptadas a contextos geográficos y culturales específicos, en los grupos poblacionales de mayor riesgo, utilizando en lo posible las novedosas herramientas de ciber salud.

5.4 REVISIONES FUTURAS Y ACTUALIZACIÓN

Se prevé que las directrices se revisarán nuevamente al cabo de cinco años. La Secretaría de la OMS, en consulta con los miembros del GED y con los expertos técnicos identificados para el proceso de revisión de la evidencia, los centros colaboradores de la OMS y las instituciones académicas, sigue de cerca regularmente la nueva evidencia que va surgiendo en estas áreas. Como en los próximos años se espera contar con cada vez más evidencia procedente de estudios de intervención multidominio, en las revisiones futuras se debe considerar una pregunta PICO que aborde dichas intervenciones.

REFERENCIAS

- Albanese E, Launer LJ, Egger M, Prince MJ, Giannakopoulos P, Wolters, FJ et al. (2017). Body mass index in midlife and dementia: systematic review and meta-regression analysis of 589,649 men and women followed in longitudinal studies. *Alzheimer's & Dementia*. 8:165–178. doi:10.1016/j.dadm.2017.05.007.
- Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moher J, Brignardello-Petersen R, Aki EA, Davoli M et al. (2016). GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *British Medical Journal*. 353. doi: 10.1136/bmj.i2016.
- Amorim JS, Salla S, Trelha CS (2014). Factors associated with work ability in the elderly: systematic review. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 17(4):830–841.
- Andrieu S, Guyonnet S, Coley N, Cantet C, Bonnefoy M, Bordes S et al. (2017). Effect of long-term omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation with or without multidomain intervention on cognitive function in elderly adults with memory complaints (MAPT): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Neurology*. 16(5):377–389.
- Areosa Sastre A, Vernooij RW, Gonzalez-Colaco Harmand M, Martinez G (2017). Effect of the treatment of Type 2 diabetes mellitus on the development of cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (6):CD003804.
- Bakre AT, Chen R, Khutan R, Wei L, Smith T, Qin G et al. (2018). Association between fish consumption and risk of dementia: a new study from China and a systematic literature review and meta-analysis. *Public Health Nutrition*. 21(10):1921–1932. doi:10.1017/s136898001800037x.
- Balion C, Griffith LE, Striffler L, Henderson M, Patterson C, Heckman G et al. (2012). Vitamin D, cognition, and dementia: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 79(13):1397–1405. doi:10.1212/WNL.0b013e31826c197f.
- Barbera M, Mangialasche F, Jongstra S, Guilleumont J, Ngandu T, Beishuizen C et al. (2018). Designing an internet-based multidomain intervention for the prevention of cardiovascular disease and cognitive impairment in older adults: the HATICE Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*. 62(2):649–663 (<http://www.fingers.com/myb-trial/>, consultado el 5 de febrero del 2019).
- Barreto PS, Demougeot L, Vellas B, Rolland Y (2017). Exercise training for preventing dementia, mild cognitive impairment, and clinically meaningful cognitive decline: a systematic review and meta-analysis. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*. Dic 5 2017 [publicación electrónica antes de la versión impresa].
- Barha CK, Davis JC, Falck RS, Nagamatsu LS, Liu-Ambrose T (2017). Sex differences in exercise efficacy to improve cognition: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials in older humans. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 46:71–85.
- Baune BT, Brignone M, Larsen KG (2018). A network metaanalysis comparing effects of various antidepressant classes on the digit symbol substitution test (DSST) as a measure of cognitive dysfunction in patients with major depressive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 21(2):97–107. doi:10.1093/ijnp/pyx070.
- Bennett S, Grant MM, Aldred S (2009). Oxidative stress in vascular dementia and Alzheimer's disease: a common pathology. *Journal of Alzheimer's Disease*. 17(2):245–257. doi:10.3233/jad-2009-1041.
- Berendsen AM, Kang JH, van de Rest O, Feskens EJM, de Groot L, Grodstein F (2017). The dietary approaches to stop hypertension diet, cognitive function, and cognitive decline in American older women. *Journal of the American Medical Directors Association*. 18(5):427–432. doi:10.1016/j.jamda.2016.11.026.
- Beydoun MA, Beydoun HA, Gamaldo AA, Teel A, Zonderman AB, Wang Y (2014). Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 14(1):643.
- Blustein J, Weinstein BE, Chodosh J (2018). Tackling hearing loss to improve the care of older adults. *British Medical Journal*. 360. doi:10.1136/bmj.k21.
- Bruce DG, Davis WA, Starkstein SE, Davis TM (2014). Mid-life predictors of cognitive impairment and dementia in Type 2 diabetes mellitus: the Fremantle Diabetes Study. *Journal of Alzheimer's Disease*. 42(3):S63–70. doi:10.3233/jad-132654.
- Camus V, Kraehenbühl H, Preisig M, Büla CJ, Waeber G (2004). Geriatric depression and vascular diseases: what are the links? *Journal of Affective Disorders*. 81(1):1–16. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.003>.
- Chan JM, Rimm EB, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC (1994). Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care*. 17(9):961–969.
- Chandler MJ, Parks AC, Marsiske M, Rotblatt LJ, Smith GE (2016). Everyday impact of cognitive interventions in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*. 26(3):225–251. doi:10.1007/s11065-016-9330-4.

- Cheng C, Lin CH, Tsai YW, Tsai CJ, Chou PH, Lan TH (2014). Type 2 diabetes and antidiabetic medications in relation to dementia diagnosis. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*. 69(10):1299–1305. doi:10.1093/gerona/glu073.
- Cherko M, Hickson L, Bhutta M (2016). Auditory deprivation and health in the elderly. *Maturitas*. 88:52–57. doi:10.1016/j.maturitas.2016.03.008.
- Cherry KE, Walker EJ, Brown JS, Volaufova J, LaMotte LR, Welsh DA et al. (2011). Social engagement and health in younger, older, and oldest-old adults in the Louisiana Healthy Aging Study. *Journal of Applied Gerontology*. 32(1):51–75. doi:10.1177/0733464811409034.
- Chiu H-L, Chu H, Tsai J-C, Liu D, Chen Y-R, Yang H-L et al. (2017). The effect of cognitive-based training for the healthy older people: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 12(5):e0176742.
- Ciorba A, Bianchini C, Pelucchi S, Pastore A (2012). The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. *Clinical Interventions in Aging*. 7:159–163. doi:10.2147/CIA.S26059.
- Clare L & Woods RT (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: a review. *Neuropsychological Rehabilitation*. 14(4):385–401. doi:10.1080/09602010443000074.
- Colcombe SJ, Erickson KI, Scalf PE, Kim JS, Prakash R, McAuley E et al. (2006). Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*. 61(11):1166–1170.
- D'Cunha NM, Georgousopoulou EN, Dadigamuwage L, Kellett J, Panagiotakos DB, Thomas J et al. (2018). Effect of long-term nutraceutical and dietary supplement use on cognition in the elderly: a 10-year systematic review of randomised controlled trials. *British Journal of Nutrition*. 119(3):280–298.
- Dangour AD, Whitehouse PJ, Rafferty K, Mitchell SA, Smith L, Hawkesworth S et al. (2010). B-vitamins and fatty acids in the prevention and treatment of Alzheimer's disease and dementia: a systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*. 22(1):205–224. doi:10.3233/jad-2010-090940.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (2004). The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General.
- Di Marco LY, Marzo A, Muñoz-Ruiz M, Ikram MA, Kivipelto M, Riefenacht D et al. (2014). Modifiable lifestyle factors in dementia: a systematic review of longitudinal observational cohort studies. *Journal of Alzheimer's Disease*. 42(1):119–135. doi:10.3233/jad-132225.
- Diabetes Prevention Program Research Group (2002). Reduction in the incidence of Type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*. 346(6):393–403. doi:10.1056/NEJMoa012512.
- Durazzo TC, Mattsson N, Weiner MW, Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (2014). Smoking and increased Alzheimer's disease risk: a review of potential mechanisms. *Alzheimer's & Dementia*, 10(3):S122–S145.
- Eckel RH (1997). Obesity and heart disease: a statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee, American Heart Association. *Circulation*. 96(9):3248–3250.
- Erickson KI, Raji CA, Lopez OL, Becker JT, Rosano C, Newman AB et al. (2010). Physical activity predicts gray matter volume in late adulthood: the Cardiovascular Health Study. *Neurology*. 75(16):1415–1422. doi:10.1212/WNL.0b013e3181f88359.
- Exalto LG, Biessels GJ, Karter AJ, Huang ES, Katon WJ, Minkoff JR et al. (2013). Risk score for prediction of 10 year dementia risk in individuals with Type 2 diabetes: a cohort study. *Lancet Diabetes & Endocrinology*. 1(3):183–190. doi:10.1016/S2213-8587(13)70048-2.
- Fitzpatrick-Lewis D, Warren R, Ali MU, Sherifali D, Raina P (2015). Treatment for mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open*. 3(4):E419–27.
- Flicker L, McCaul KA, Hankey GJ, Jamrozik K, Brown WJ, Byles JE et al. (2010). Body mass index and survival in men and women aged 70 to 75. *Journal of American Geriatrics Society*. 58(2):234–241. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02677.x.
- Fontana L & Hu FB (2014). Optimal body weight for health and longevity: bridging basic, clinical, and population research. *Aging Cell*. 13(3):391–400. doi:10.1111/accel.12207.
- Forbes SC, Holroyd-Leduc JM, Poulin MJ, Hogan DB (2015). Effect of nutrients, dietary supplements and vitamins on cognition: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Canadian Geriatrics Journal*. 18(4):231.
- Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurology*. 3(6):343–353. doi:[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(04\)00767-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(04)00767-7).

- Frith E, Shivappa N, Mann J R, Hébert JR, Wirth MD, Loprinzi PD (2018). Dietary inflammatory index and memory function: population-based national sample of elderly Americans. *British Journal of Nutrition*. 119(5):552–558. doi:10.1017/s0007114517003804.
- Gallaway PJ, Miyake H, Buchowski MS, Shimada M, Yoshitake Y, Kim AS et al. (2017). Physical activity: a viable way to reduce the risks of mild cognitive impairment, Alzheimer's disease, and vascular dementia in older adults. *Brain Sciences*. 7(2):22.
- GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group (2017). Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurology*. 16(11):877–897.
- Geifman N, Brinton RD, Kennedy RE, Schneider LS, Butte AJ (2017). Evidence for benefit of statins to modify cognitive decline and risk in Alzheimer's disease. *Alzheimer's Research & Therapy*. 9(10):1. doi:10.1186/s13195-017-0237-y.
- Gell L, Meier PS, Goyder E (2015). Alcohol consumption among the over 50s: international comparisons. *Alcohol & Alcoholism*. 50(1):1–10. doi:10.1093/alcalc/agu082.
- Gómez-Coronado N, Walker AJ, Berk M, Dodd S (2018). Current and emerging pharmacotherapies for cessation of tobacco smoking. *Pharmacotherapy: Journal of Human Pharmacology & Drug Therapy*. 38(2):235–258.
- Guyatt G, Oxman AD, Aki AE, Kunz R, Vist G, Brozek J et al. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*. 64(4):383–394. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.
- Hamer M, Chida Y (2009). Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence. *Psychological Medicine*. 39(1):3–11.
- Hersi M, Irvine B, Gupta P, Gomes J, Birkett N, Krewski D (2017). Risk factors associated with the onset and progression of Alzheimer's disease: a systematic review of the evidence. *Neurotoxicology*. 61:143–187. doi:10.1016/j.neuro.2017.03.006.
- Illomaki J, Jokanovic N, CK Tan E, Lönnroos E (2015). Alcohol consumption, dementia and cognitive decline: an overview of systematic reviews. *Current Clinical Pharmacology*. 10(3):204–212.
- Jacobs Jr, DR, Gross MD, Tapsell LC (2009). Food synergy: an operational concept for understanding nutrition. *American Journal of Clinical Nutrition*. 89(5):1543S–1548S.
- Jiang X, Huang J, Song D, Deng R, Wei J, Zhang Z (2017). Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of cognitive impairment and dementia: meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 9(18). doi:10.3389/fnagi.2017.00018.
- Johnson ML, Parikh N, Kunik ME, Schulz PE, Patel JG, Chen H et al. (2012). Antihypertensive drug use and the risk of dementia in patients with diabetes mellitus. *Alzheimer's & Dementia*. 8(5):437–444. doi:10.1016/j.jalz.2011.05.2414.
- Jorm AF (2001). History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 35(6):776–781. doi:10.1046/j.1440-1614.2001.00967.x.
- Kales HC, Maixner DF, Mellow AM (2005). Cerebrovascular disease and late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 13(2):88–98. doi:10.1176/appi.ajgp.13.2.88.
- Kane RL, Butler M, Fink HA, Brasure M, Davila H, Desai P et al. (2017). Interventions to prevent age-related cognitive decline, mild cognitive impairment, and clinical Alzheimer's-type dementia. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N et al. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2):CD004148. doi:10.1002/14651858.CD004148.pub4.
- Kelly ME, Duff H, Kelly S, McHugh Power JE, Brennan S, Lawlor BA et al. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Systematic Reviews*. 6(1):259. doi:10.1186/s13643-017-0632-2.
- Kivipelto M, Helkala EL, Laakso MP, Hanninen T, Hallikainen M, Alhainen K et al. (2002). Apolipoprotein E epsilon4 allele, elevated midlife total cholesterol level, and high midlife systolic blood pressure are independent risk factors for late-life Alzheimer disease. *Annals of Internal Medicine*. 137(3):149–155.
- Kivipelto M, Helkala EL, Laakso MP, Hanninen T, Hallikainen M, Alhainen K et al. (2001). Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal, population based study. *BMJ*. 322(7300):1447–1451.

- Kivipelto M, Mangialasche F, Ngandu T, World Wide Fingers Network (2017). World Wide Fingers will advance dementia prevention. *Lancet Neurology*. 17(1):27.
- Kojima G, Iliffe S, Walters K (2015). Smoking as a predictor of frailty: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 15(1):131.
- Kuiper JS, Zuidersma M, Voshaar RCO, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP et al. (2015). Social relationships and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*. 22:39–57.
- Lafortune L, Martin S, Kelly S, Kuhn I, Remes O, Cowan A, Brayne C (2016). Behavioural risk factors in mid-life associated with successful ageing, disability, dementia and frailty in later life: a rapid systematic review. *PLoS One*. 11(2):e0144405.
- Langballe EM, Ask H, Holmen J, Stordal E, Saltvedt I, Selbaek G et al. (2015). Alcohol consumption and risk of dementia up to 27 years later in a large, population-based sample: the HUNT study, Norway. *European Journal of Epidemiology*. 30(9):1049–1056. doi:10.1007/s10654-015-0029-2.
- Launer LJ, Miller ME, Williamson JD, Lazar RM, Gerstein HC, Murray AM et al. (2011). Effects of intensive glucose lowering on brain structure and function in people with Type 2 diabetes (ACCORD MIND): a randomised open-label substudy. *Lancet Neurology*. 10(11):969–977. doi:10.1016/s1474-4422(11)70188-0.
- Launer LJ, Ross GW, Petrovitch H, Masaki K, Foley D, White LR et al. (2000). Midlife blood pressure and dementia: the HonoluluAsia aging study. *Neurobiology of Aging*. 21(1):49–55.
- Lightwood J, Collins D, Lapsley H, Novotny TE (2000). Estimating the cost of tobacco use. In: Jha P & Chaloupka F, editors. *Tobacco control in developing countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Lin FR, Yaffe K, Xia J, Xue QL, Harris TB, Purchase-Helzner E et al. (2013). Hearing loss and cognitive decline in older adults. *JAMA Internal Medicine*. 173(4):293–299. doi:10.1001/jamainternmed.2013.1868.
- Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D et al. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 390(10113):2673–2734.
- Loughrey DG, Lavecchia S, Brennan S, Lawlor BA, Kelly ME (2017). The impact of the Mediterranean diet on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *Advances in Nutrition*. 8(4):571–586. doi:10.3945/an.117.015495.
- Luchsinger JA (2010). Diabetes, related conditions, and dementia. *Journal of Neurological Sciences*. 299(1–2):35–38. doi:10.1016/j.jns.2010.08.063.
- Luchsinger JA, Palmas W, Teresi JA, Silver S, Kong J, Eimicke JP et al. (2011). Improved diabetes control in the elderly delays global cognitive decline. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 15(6):445–449.
- Mainous AG 3rd, Eschenbach SL, Wells BJ, Everett CJ, Gill JM (2005). Cholesterol, transferrin saturation, and the development of dementia and Alzheimer's disease: results from an 18-year population-based cohort. *Family Medicine*. 37(1):36–42.
- McGuinness B, Craig D, Bullock R, Passmore P (2016). Statins for the prevention of dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (1):CD003160. doi:10.1002/14651858.CD003160.pub3.
- Mielke MM, Zandi PP, Sjögren M, Gustafson D, Ostling S, Steen B et al. (2005). High total cholesterol levels in late life associated with a reduced risk of dementia. *Neurology*. 64(10):1689–1695. doi:10.1212/01.wnl.0000161870.78572.A5.
- Moll van Charante EP, Richard E, Eurelings LS, van Dalen JW, Ligthart SA, van Bussel EF et al. (2016). Effectiveness of a 6-year multidomain vascular care intervention to prevent dementia (preDIVA): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 388(10046):797–805.
- Moore EM, Mander AG, Ames D, Kotowicz MA, Carne RP, Brodaty H et al. (2013). Increased risk of cognitive impairment in patients with diabetes is associated with metformin. *Diabetes Care*. 36(10):2981–2987. doi:10.2337/dc13-0229.
- Morris MC, Tangney CC, Wang Y, Sacks FM, Barnes LL, Bennett DA et al. (2015a). MIND diet slows cognitive decline with aging. *Alzheimer's & Dementia*. 11(9):1015–1022. doi:10.1016/j.jalz.2015.04.011.
- Morris MC, Tangney CC, Wang Y, Sacks FM, Bennett DA, Aggarwal NT (2015b). MIND diet associated with reduced incidence of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*. 11(9):1007–1014. doi:10.1016/j.jalz.2014.11.009.
- Motooka Y, Matsui T, Slaton RM, Umetsu R, Fukuda A, Naganuma M et al. (2018). Adverse events of smoking cessation treatments (nicotine replacement therapy and non-nicotine prescription medication) and electronic cigarettes in the Food and Drug Administration Adverse Event Reporting System, 2004– 2016. *SAGE Open Medicine*. 6:2050312118777953.

- Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM (2009). Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (4):CD000028. doi:10.1002/14651858.CD000028.pub2.
- Naciones Unidas (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Naciones Unidas (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>, consultado el 4 de febrero del 2019).
- Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälähti E, Ahtiluoto S, Antikainen R et al. (2015). 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*. 385(9984):2255–2263.
- Nguyen DM & El-Serag HB (2010). The epidemiology of obesity. *Gastroenterology Clinics of North America*. 39(1):1–7. doi:10.1016/j.gtc.2009.12.014.
- Niaura R (2008). Nonpharmacologic therapy for smoking cessation: characteristics and efficacy of current approaches. *American Journal of Medicine*. 121(4):S11–S19.
- NICE (2011). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical guideline 115. London: National Institute for Health and care Excellence (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>, consultado el 8 de abril del 2019).
- NICE (2015). Dementia, disability and frailty in later life – mid-life approaches to delay or prevent onset. NICE guideline 16. London: National Institute for Health and Care Excellence (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng16>, consultado el 3 de febrero del 2019).
- North T-L, Palmer TM, Lewis SJ, Cooper R, Power C, Pattie A et al. (2015). Effect of smoking on physical and cognitive capability in later life: a multicohort study using observational and genetic approaches. *BMJ Open*. 5(12):e008393.
- Northey JM, Cherbuin N, Pumpa KL, Smee DJ, Rattray B (2018). Exercise interventions for cognitive function in adults older than 50: a systematic review with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*. 52(3):154–160.
- OCDE (2015). *Addressing dementia: the OECD response*. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (<http://www.oecd.org/health/addressing-dementia-9789264231726-en.htm>, consultado el 3 de febrero del 2019).
- OMS (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2011). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2012). *Hearing loss in persons 65 and older based on OMS global estimates on prevalence of hearing loss*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/pbd/deafness/news/GE_65years.pdf, consultado del 4 de febrero del 2019).
- OMS (2014). *Global status report on alcohol and health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_2014/en/, consultado del 4 de febrero del 2019).
- OMS (2017a). *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/, consultado el 4 de febrero del 2019).
- OMS (2017b). *10 datos sobre la demencia*. Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/features/factfiles/dementia/es/>, consultado el 4 de febrero del 2019).
- OMS (2019a). *Management of substance abuse: Alcohol*. Organización Mundial de la Salud (www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en, consultado el 4 de febrero del 2019).
- OMS (2019b). *Datos del Observatorio mundial de la salud: Obesidad*. Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/features/factfiles/dementia/es/>, consultado el 4 de febrero del 2019).
- OMS (2019c). *Datos del Observatorio mundial de la salud: Hipercolesterolemia*. Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/cholesterol_text/en/, consultado el 4 de febrero del 2019).
- OMS (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/es/)
- Parikh NM, Morgan RO, Kunik ME, Chen H, Aparasu RR, Yadav RK et al. (2011). Risk factors for dementia in patients over 65 with diabetes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 26(7):749–757. doi:10.1002/gps.2604.

- Parsons C, Murad MH, Andersen S, Mookadam F, Labonte H (2016). The effect of antihypertensive treatment on the incidence of stroke and cognitive decline in the elderly: a meta-analysis. *Future Cardiology*. 12(2):237–248. doi:10.2217/fca.15.90.
- Pedditz E, Peters R, Beckett N (2016). The risk of overweight/obesity in mid-life and late life for the development of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Age & Ageing*. 45(1):14–21. doi:10.1093/ageing/afv151.
- Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M et al. (2012). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Heart Journal*. 33(13):1635–1701. doi:10.1093/eurheartj/ehs092.
- Piazza-Gardner AK, Gaffud TJ, Barry AE (2013). The impact of alcohol on Alzheimer's disease: a systematic review. *Aging & Mental Health*. 17(2):133–146.
- Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V, Million Women Study Collaborators (2013). The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet*. 381(9861):133–141.
- Pitkala KH, Routasalo P, Kautiainen H, Sintonen H, Tilvis RS (2011). Effects of socially stimulating group intervention on lonely, older people's cognition: a randomized, controlled trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 19(7):654–663. doi:10.1097/JGP.0b013e3181f7d8b0.
- Podolski N, Brixius K, Predel HG, Brinkmann C (2017). Effects of regular physical activity on the cognitive performance of type 2 diabetic patients: a systematic review. *Metabolic Syndrome & Related Disorders*. 15(10):481–493.
- Prickett C, Brennan L, Stolwyk R (2015). Examining the relationship between obesity and cognitive function: a systematic literature review. *Obesity Research & Clinical Practice*. 9(2):93–113. doi:<https://doi.org/10.1016/j.orcp.2014.05.001>.
- Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M (2014). World Alzheimer Report 2014. Dementia and risk reduction: an analysis of protective and modifiable risk factors. Londres: Alzheimer's Disease International.
- Profenno LA, Porsteinsson AP, Faraone SV (2010). Metaanalysis of Alzheimer's disease risk with obesity, diabetes, and related disorders. *Biological Psychiatry*. 67(6):505–512. doi:10.1016/j.biopsych.2009.02.013.
- Radd-Vagenas S, Duffy SL, Naismith SL, Brew BJ, Flood VM, Fiatarone Singh MA (2018). Effect of the Mediterranean diet on cognition and brain morphology and function: a systematic review of randomized controlled trials. *American Journal of Clinical Nutrition*. 107(3):389–404.
- Rafnsson SB, Dilis V, Trichopoulou A (2013). Antioxidant nutrients and age-related cognitive decline: a systematic review of population-based cohort studies. *European Journal of Nutrition*. 52(6):1553–1567. doi:10.1007/s00394-013-0541-7.
- Rees K, Hartley L, Flowers N, Clarke A, Hooper L, Thorogood M et al. (2013). 'Mediterranean' dietary pattern for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (8):CD009825. doi:10.1002/14651858.CD009825.pub2.
- Reitz C (2013). Dyslipidemia and the risk of Alzheimer's disease. *Current Atherosclerosis Reports*. 15(3):307. doi:10.1007/s11883-012-0307-3.
- Renehan AG, Zwahlen M, Egger M (2015). Adiposity and cancer risk: new mechanistic insights from epidemiology. *Nature Reviews. Cancer*. 15(8):484–498. doi:10.1038/nrc3967.
- Richardson WS, Glasziou P, Polashenski WA, Wilson MC (2000). A new arrival: evidence about differential diagnosis. *Evidence Based Medicine*. 5(6):164.
- Rovio S, Spulber G, Nieminen LJ, Niskanen E, Winblad B, Tuomilehto J et al. (2010). The effect of midlife physical activity on structural brain changes in the elderly. *Neurobiology of Aging*. 31(11):927–1936.
- Sachdeva A, Chandra M, Choudhary M, Dayal P, Anand KS (2016). Alcohol-related dementia and neurocognitive impairment: a review study. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*. 5(3):e27976. doi:10.5812/ijhrba.27976.
- Samieri C, Morris MC, Bennett DA, Berr C, Amouyel P, Dartigues JF et al. (2018). Fish intake, genetic predisposition to Alzheimer disease, and decline in global cognition and memory in 5 cohorts of older persons. *American Journal of Epidemiology*. 187(5):933–940. doi:10.1093/aje/kwx330.
- Sattler C, Toro P, Schönknecht P, Schröder J (2012). Cognitive activity, education and socioeconomic status as preventive factors for mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Psychiatry Research*. 196(1):90–5.
- Schweitzer I, Tuckwell V, O'Brien J, Ames D (2002). Is late onset depression a prodrome to dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 17(11):997–1005. doi:10.1002/gps.525.

Sherman DS, Mauser J, Nuno M, Sherzai D (2017). The efficacy of cognitive intervention in mild cognitive impairment (MCI): a meta-analysis of outcomes on neuropsychological measures. *Neuropsychology Review*. 27(4):440–484. doi:10.1007/s11065-017-9363-3.

Siervo M, Arnold R, Wells JC, Tagliabue A, Colantuoni A, Albanese E et al. (2011). Intentional weight loss in overweight and obese individuals and cognitive function: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 12(11):968–983. doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00903.x.

Singh B, Parsaik AK, Mielke MM, Erwin PJ, Knopman DS, Petersen RC et al. (2014). Association of Mediterranean diet with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*. 39(2):271–282. doi:10.3233/jad-130830.

Sofi F, Valecchi D, Bacci D, Abbate R, Gensini GF, Casini A et al. (2011). Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *Journal Internal Medicine*. 269(1):107–117.

Solfrizzi V, Custodero C, Lozupone M, Imbimbo BP, Valiani V, Agosti P et al. (2017). Relationships of dietary patterns, foods, and micro- and macro-nutrients with Alzheimer's disease and late-life cognitive disorders: a systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*. 59(3):815–849. doi:10.3233/jad-170248.

Solfrizzi V, Agosti P, Lozupone M, Custodero C, Schilardi A, Valiani V et al. (2018). Nutritional intervention as a preventive approach for cognitive-related outcomes in cognitively healthy older adults: a systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*. (versión preliminar sin publicar) 1–26.

Solomon A, Kareholt I, Ngandu T, Winblad B, Nissinen A, Tuomilehto J et al. (2007). Serum cholesterol changes after midlife and late-life cognition: twenty-one-year follow-up study. *Neurology*. 68(10):751–756. doi:10.1212/01.wnl.0000256368.57375.b7.

Song Y, Nie H, Xu Y, Zhang L, Wu Y (2013). Association of statin use with risk of dementia: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Geriatrics & Gerontology International*. 13(4):817–824. doi:10.1111/ggi.12044.

Song D, Yu DSF, Li PWC, Lei Y (2018). The effectiveness of physical exercise on cognitive and psychological outcomes in individuals with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 79:155–164.

SPRINT MIND Investigators for the SPRINT Research Group (2019). Effect of intensive vs standard blood pressure control on probable dementia: a randomized clinical trial. *JAMA*. 321(6):553–561. doi:10.1001/jama.2018.21442.

Stephen R, Hongisto K, Solomon A, Lönnroos E (2017). Physical activity and Alzheimer's disease: a systematic review. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*. 72(6):733–739.

Stern C & Munn Z (2010). Cognitive leisure activities and their role in preventing dementia: a systematic review. *International Journal of Evidence-based Healthcare*. 8(1):2–17. doi:10.1111/j.1744-1609.2010.00150.x.

Stern Y (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurology*. 11(11):1006–1012. doi:10.1016/S1474-4422(12)70191-6.

Stewart R, Xue QL, Masaki K, Petrovitch H, Ross GW, White LR et al. (2009). Change in blood pressure and incident dementia: a 32-year prospective study. *Hypertension*. 54(2):233–240. doi:10.1161/hypertensionaha.109.128744.

Strout KA, David DJ, Dyer EJ, Gray RC, Robnett RH, Howard, EP (2016). Behavioral interventions in six dimensions of wellness that protect the cognitive health of community-dwelling older adults: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 64(5):944–958.

Swaminathan A & Jicha GA (2014). Nutrition and prevention of Alzheimer's dementia. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 6:282. doi:10.3389/fnagi.2014.00282.

Swiger KJ, Manalac RJ, Blumenthal RS, Blaha MJ, Martin SS (2013). Statins and cognition: a systematic review and meta-analysis of short- and long-term cognitive effects. *Mayo Clinic Proceedings*. 88(11):1213–1221. doi:10.1016/j.mayocp.2013.07.013.

Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. 348:g1151.

Travica N, Ried K, Sali A, Scholey A, Hudson I, Pipingas A (2017). Vitamin C status and cognitive function: a systematic review. *Nutrients*. 9(9). doi:10.3390/nu9090960.

- Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P et al. (2001). Prevention of Type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*. 344(18):1343–1350. doi:10.1056/nejm200105033441801.
- Veronese N, Facchini S, Stubbs B, Luchini C, Solmi M, Manzato E et al (2017). Weight loss is associated with improvements in cognitive function among overweight and obese people: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 72:87–94.
- Weiss J, Kerfoot A, Freeman M, Motu'apuaka M, Fu R, Low A et al. (2016). Benefits and harms of treating blood pressure in older adults: a systematic review and meta-analysis. VA evidence-based synthesis program reports. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US).
- Wengreen H, Munger RG, Cutler A, Quach A, Bowles A, Corcoran C et al. (2013). Prospective study of dietary approaches to stop hypertension- and Mediterranean-style dietary patterns and age-related cognitive change: the Cache County Study on Memory, Health and Aging. *American Journal of Clinical Nutrition*. 98(5):1263–1271. doi:10.3945/ajcn.112.051276.
- Whitmer RA, Sidney S, Selby J, Johnston SC, Yaffe K (2005). Midlife cardiovascular risk factors and risk of dementia in late life. *Neurology*. 64(2):277–281. doi:10.1212/01.wnl.0000149519.47454.f2
- Wilson BS, Tucci DL, Merson MH, O'Donoghue GM (2017). Global hearing health care: new findings and perspectives. *Lancet*. 390(10111):2503–2515. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31073-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31073-5).
- Wong WB, Lin VW, Boudreau D, Devine EB (2013). Statins in the prevention of dementia and Alzheimer's disease: a metaanalysis of observational studies and an assessment of confounding. *Pharmacoepidemiology & Drug Safety*. 22(4):345–358. doi:10.1002/pds.3381.
- Wu L & Sun D (2017). Adherence to Mediterranean diet and risk of developing cognitive disorders: an updated systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scientific Reports*. 7:41317. doi:10.1038/srep41317.
- Wu L, Sun D, Tan Y (2017). Intake of fruit and vegetables and the incident risk of cognitive disorders: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 21(10):1284–1290. doi:10.1007/s12603-017-0875-6.
- Xu WL, Atti AR, Gatz M, Pedersen NL, Johansson B, Fratiglioni L (2011). Midlife overweight and obesity increase late-life dementia risk: a population-based twin study. *Neurology*. 76(18):1568–1574. doi:10.1212/WNL.0b013e3182190d09.
- Xu W, Tan L, Wang H-F, Jiang T, Tan M-S, Tan L et al. (2015). Metaanalysis of modifiable risk factors for Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 86(12). doi:10.1136/jnnp-2015-310548.
- Xu W, Wang H, Wan Y, Tan C, Li J, Tan L, Yu JT (2017). Alcohol consumption and dementia risk: a dose-response metaanalysis of prospective studies. *European Journal of Epidemiology*. 32(1):31–42. doi:10.1007/s10654-017-0225-3.
- Yaffe K, Falvey C, Hamilton N, Schwartz AV, Simonsick EM, Satterfield S et al (2012). Diabetes, glucose control, and 9-year cognitive decline among older adults without dementia. *Archives of Neurology*. 69(9):1170–1175. doi:10.1001/archneurol.2012.1117.
- Zhang Y, Chen J, Qiu J, Li Y, Wang J, Jiao J (2016). Intakes of fish and polyunsaturated fatty acids and mild-to-severe cognitive impairment risks: a dose-response meta-analysis of 21 cohort studies. *American Journal of Clinical Nutrition*. 103(2):330–340. doi:10.3945/ajcn.115.124081.
- Zheng Y, Fan S, Liao W, Fang W, Xiao S, Liu J (2017). Hearing impairment and risk of Alzheimer's disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Neurological Sciences*. 38(2):233–239
- Zhong G, Wang Y, Zhang Y, Guo JJ, Zhao Y (2015). Smoking is associated with an increased risk of dementia: a meta-analysis of prospective cohort studies with investigation of potential effect modifiers. *PLoS One*. 10(3):e0118333.
- Zhou S, Zhou R, Zhong T, Li R, Tan J, Zhou H (2014). Association of smoking and alcohol drinking with dementia risk among elderly men in China. *Current Alzheimer Research*. 11(9):899–907.

ANEXO 1: MIEMBROS DEL GRUPO DE ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES

	Nombre	Sexo	Región de la OMS	Área de especialización	Afiliación
1.	Charles Alessi	M	Europa	Reforma sanitaria, demencia prevenible	Salud Pública de Inglaterra, Reino Unido
2.	Kaarin Anstey	F	Pacífico Occidental	Investigación en epidemiología de la demencia, reducción de sus riesgos y envejecimiento cognitivo	Universidad de Nueva Gales del Sur y Centro de Investigación en Neurociencias, Australia
3.	Kimberly Ashby-Mitchell	F	Américas	Investigación sobre efectos de la alimentación y la actividad física sobre el estado cognitivo	CARPHA, Trinidad y Tabago
4.	Corrado Barbui	M	Europa	Investigación y capacitación en salud mental, salud pública, fortalecimiento de sistemas de salud	Universidad de Verona, Italia
5.	Adelina Comas-Herrera	F	Europa	Economía de la salud, investigación sobre la demencia	Escuela de Economía de Londres, Reino Unido
6.	Amit Dias	M	Asia Sudoriental	Demencia, salud pública en países de ingresos bajos y medianos	Departamento de Medicina Preventiva y Social, Escuela de Medicina de Goa, India
7.	Cleusa P Ferri	F	Américas	Investigación sobre demencia y el grupo 10/66, factores de riesgo de demencia en países de ingresos bajos y medianos	Universidad Federal de São Paulo, Brasil
8.	Riadh Gouider	M	Oriental	Investigaciones sobre demencia en las áreas de epidemiología, evaluación neuropsicológica y factores de riesgo	Centro de Alzheimer, Hospital Razi, Túnez; Sociedad tunecina de neurología, Túnez
9.	Shinya Ishii	M	Pacífico Occidental	Políticas de salud, neurología de la enfermedad de Alzheimer y la demencia	Oficina de salud y bienestar social de los ancianos; Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar, Tokio, Japón
10.	Yves Joannette	M	Américas	Investigación sobre la demencia	Institutos Canadienses de Investigación en Salud, Gobierno de Canadá
11.	Joseph Kibachio	M	África	Salud pública, política sanitaria, ENT	Ministerio de Salud, Nairobi (Kenya)
12.	Miia Kivipelto	F	Europa	Investigación sobre la demencia en el área de diagnóstico y prevención precoces	Instituto Karolinska, Universidad de Estocolmo, Estocolmo (Suecia)

	Nombre	Sexo	Región de la OMS	Área de especialización	Afiliación
13.	Shanthi Mendis	F	Asia Sudoriental	ENT y cardiología, desarrollo de políticas de salud, fortalecimiento de capacidades, investigaciones sobre implementación, en particular en países de ingresos bajos y medianos	Asesor independiente en materia de salud mundial, Sri Lanka
14.	Ayesha Motala	F	África	Epidemiología y genética de la diabetes sacarina	Universidad de KwaZulu-Natal, Sudáfrica
15.	Ronald Petersen	M	Américas	Trastornos de la memoria, envejecimiento y enfermedad de Alzheimer	Clínica Mayo, Estados Unidos de América
16.	Dorairaj Prabhakaran	M	Asia Sudoriental	Prevención de enfermedades cardiovasculares, epidemiología, origen del desarrollo y biomarcadores de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes	Fundación de Salud Pública de la India
17.	Martin Prince	M	Europa	Aspectos de salud pública del envejecimiento y las enfermedades crónicas en países de ingresos bajos y medianos, demencia, formulación de directrices	King's College, Londres, Reino Unido
18.	Suzana Shahar	F	Pacífico Occidental	Nutrición, micronutrientes, intervenciones alimentarias	Universiti Kebangsaan, Malasia
19.	Ameenah Bibi Mia Sorefan	F	África	Envejecimiento, demencia y enfermedad de Alzheimer	Asociación Alzheimer de Mauricio; Ministerio de Salud y Calidad de Vida, Mauricio
20.	Kusumadewi Suharya (Dy)	F	Pacífico Occidental	Demencia y salud pública	Alzheimer's Disease International, Indonesia
21.	Huali Wang	F	Pacífico Occidental	Investigación y educación sobre la demencia	Centro de Investigación y Atención a la Demencia, Instituto de Salud Mental de la Universidad de Pekín, China

ANEXO 2: EVALUACIÓN DE LOS CONFLICTOS DE INTERESES

PERSONAS QUE PARTICIPARON EN LA EVALUACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Tarun Dua, Director de Programa, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, sede de la OMS.

Neerja Chowdhary, Funcionario técnico, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, sede de la OMS.

En cumplimiento de la política de la OMS en materia de conflictos de intereses, la Secretaría siguió las directrices revisadas sobre la declaración de intereses (para expertos de la OMS). Se solicitaron declaraciones de intereses (DoI) a: *a*) todos los miembros del GED, *b*) todos los asociados externos involucrados en el proceso de revisión de los datos científicos, y *c*) todos los expertos invitados a revisar los perfiles de evidencia.

Se envió una carta solicitando la presentación de un formulario de declaración de intereses debidamente rellenado y un currículum vitae a todos los miembros del GED y del grupo de revisión externa, así como a los asociados externos. Se les pidió que aceptaran que en las directrices se publicara un resumen de sus declaraciones. Además, se exigió a los miembros del GED que firmaran un compromiso de confidencialidad. Una vez recibido este material, la Secretaría de la OMS examinó las declaraciones de intereses, así como información adicional (obtenida mediante búsquedas en internet y en bases de datos bibliográficas), evaluó si había conflictos de intereses y, si los hubiese habido, si estos requerían un plan de abordaje.

Para mejorar el abordaje de los conflictos de intereses, así como fortalecer la confianza y la transparencia pública con respecto a las reuniones de la OMS y las actividades de asesoramiento técnico o normativo, se revelaron públicamente los nombres y biografías breves de los miembros considerados para su posible participación en el GED y se invitó a que se formularan observaciones públicas antes de la reunión.

Al comienzo de la reunión del GED se presentó la declaración de intereses de cada miembro y se pidió a sus integrantes y asociados externos que actualizaran sus declaraciones de intereses notificando los cambios pertinentes al funcionario técnico responsable.

A continuación se resumen las medidas de seguimiento y otras medidas sugeridas y acordadas para administrar los conflictos de intereses declarados:

- Si los miembros declaran intereses pertinentes para la reunión, la Secretaría de la OMS tomará nota de los posibles conflictos de intereses, los resumirá y decidirá si los interesados podrán participar en la elaboración de las directrices y en qué medida podrán hacerlo.
- Si el conflicto se considera significativo, la Secretaría de la OMS decidirá si requiere la exclusión de esa persona de participar en el proceso de las directrices o si su participación debe ser limitada.
- Estas decisiones se toman caso por caso.

A continuación reproducimos un resumen de los conflictos de intereses declarados y de cómo se los ha abordado.

A. MIEMBROS DEL GED

Miembros del GED sin intereses pertinentes declarados en el formulario de declaración de intereses y ningún interés pertinente encontrado en el CV

1. **Kaarin J Anstey**, Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney (Australia)
2. **Kimberly Ashby-Mitchell**, CARPHA, Puerto España (Trinidad y Tabago)
3. **Corrado Barbui**, Universidad de Verona, Verona (Italia)
4. **Amit Dias**, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Goa Medical College Bambolim, Goa (India)

¹⁴ Oficina de la OMS de Conformidad, Gestión de Riesgos y Ética (CRE) <http://intranet.who.int/homes/cre/ethics/doiexperts/>

5. **Suharya Dy (Kusumadewi)**, Alzheimer's Disease International, Yakarta (Indonesia)
6. **Cleusa P. Ferri**, Universidad Federal de San Pablo, São Paulo (Brasil)
7. **Riadh Gouider**, Hospital Razi, Facultad de Medicina, Túnez (Túnez)
8. **Shinya Ishii**, Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar, Tokio (Japón)
9. **Yves Joannette**, Instituto Canadiense de Investigación en Salud, Gobierno de Canadá
10. **Joseph Kibachio**, Ministerio de Salud, Nairobi (Kenya)
11. **Shanthi Mendis**, Colombo (Sri Lanka)
12. **Dorairaj Prabhakaran**, Fundación de Salud Pública de la India, Nueva Delhi (India)
13. **Ameenah Bibi Mia Sorefan**, Ministerio de Salud y Calidad de Vida, Quatre-Bornes (Mauricio)

Miembros del GED que en el formulario de declaración de intereses han declarado algún interés o en cuyo CV se ha observado algún interés potencialmente relevante:

Charles Alessi, Salud Pública de Inglaterra, Londres (Reino Unido)

El doctor Alessi declaró que sus gastos de viaje para asistir a la reunión del GED eran sufragados por su organización.

Medidas: Se consideró que este interés era insignificante o mínimo y probablemente no afectaría ni se percibiría razonablemente que pudiera afectar el juicio del doctor Alessi en la elaboración de las presentes directrices. Se considera que participa en el proceso de formulación de directrices a título individual y no como representante de una organización. No fue necesario tomar otras medidas.

Adelina Comas-Herrera, Escuela de Economía de Londres, Londres (Reino Unido)

La doctora Comas-Herrera declaró en su formulario de

declaración de intereses que había recibido a través de su universidad financiación para proyectos de investigación sobre demencia en 2015 y 2016. Los montos se habían utilizado para que la universidad pagara su sueldo. También declaró haber recibido un pago de USD \$1.000 en el año 2017 para asesorar a la empresa farmacéutica Axovant Sciences GmbH. El tema era la disponibilidad de datos sobre los costos de la demencia y se refería a un medicamento que desde entonces se ha retirado debido a su ineficacia.

Medidas: Se consideró que este interés era insignificante o mínimo y probablemente no afectaría ni se percibiría razonablemente que pudiera afectar el juicio de la doctora Comas-Herrera en la elaboración de las presentes directrices. No fue necesario tomar otras medidas.

Miia Kivipelto, Instituto Karolinska, Estocolmo (Suecia)

La doctora Kivipelto declaró en su formulario de declaración de intereses que forma parte del consejo asesor de una empresa finlandesa centrada en el diagnóstico precoz y soluciones de cibersalud, por lo cual ha recibido 2.500 euros. Asimismo, forma parte del Comité de gobernanza de AARP, una organización sin fines de lucro que se ocupa de un envejecimiento saludable, por lo cual ha recibido 800 euros. También declaró haber recibido subvenciones para investigaciones relacionadas con los factores de riesgo de demencia y ser miembro fundador de World Wide Fingers, una red interdisciplinaria de intercambio de experiencias, armonización de datos y planificación de iniciativas internacionales conjuntas para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia.

Medidas: Se consideró que este interés era insignificante o mínimo y probablemente no afectaría ni se percibiría razonablemente que pudiera afectar el juicio de la doctora Kivipelto en la elaboración de las presentes directrices. Se considera que ella participa en el proceso de formulación de directrices a título individual y no como representante de una organización. No fue necesario tomar otras medidas.

Ayesha Motala, Universidad de KwaZulu-Natal, Durban (Sudáfrica)

La doctora Motala declaró que, como funcionaria pública que trabaja en un instituto del gobierno, busca financiación para participar en reuniones de diversas organizaciones, especialmente cuando se aceptan sus resúmenes científicos para presentaciones. La financiación es solo para asistir a las reuniones, sin ninguna obligación hacia las empresas patrocinadoras.

A continuación se indican los detalles de lo recibido, que asciende a un total de USD 26.000:

4-8 de diciembre del 2017: Congreso de la Federación Internacional de la Diabetes (FID), Abu Dhabi: Patrocinio de Sanofi Aventis para gastos de viaje y alojamiento;

11-15 de septiembre del 2017: Congreso de la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD), Lisboa: Patrocinio de Pfizer para gastos de viaje y alojamiento;

8-13 de junio del 2018: Asociación Americana de la Diabetes (ADA), San Diego: Patrocinio de Boehringer Ingelheim para gastos de viaje y alojamiento: un miembro colaborador de su equipo científico presentó un trabajo.

Medidas: Se consideró que este interés era insignificante o mínimo y probablemente no afectaría ni se percibiría razonablemente que pudiera afectar la contribución de la doctora Motala como revisora externa para estas directrices. No fue necesario tomar otras medidas.

Ronald C. Petersen, Clínica Mayo, Rochester (Estados Unidos)

El doctor Petersen declaró que es consultor sobre estudios clínicos para cinco empresas farmacéuticas: de cuatro de estas (Roche Inc, Merck Inc, Genetech Inc y GE Healthcare) recibe menos de USD 10.000 y de una (Biogen Inc) recibe menos de USD 15.000 como hono-

rios por su asesoramiento.

Medidas: Se consideró que este interés era insignificante o mínimo y probablemente no afectaría ni se percibiría razonablemente que pudiera afectar la contribución del doctor Petersen como revisor externo para estas directrices porque esas subvenciones no se relacionan con el tema de interés. No fue necesario tomar otras medidas

Martin Prince, King's College London, Londres (Reino Unido)

El profesor Prince declaró en su formulario de declaración de intereses que recibía del Instituto Nacional de Investigaciones en Salud (NIHR, Reino Unido) para sus investigaciones una subvención que ascendía a £7 millones a lo largo de cuatro años. El profesor Prince es el investigador principal y cobra el 20% de su sueldo con cargo a esa subvención. El trabajo se centra en el fortalecimiento de los sistemas de salud en el África subsahariana, y uno de los temas se relaciona con el de estas directrices a saber, la atención primaria de salud integrada en caso de multimorbilidad.

Medidas: Se consideró que este interés era insignificante o mínimo y probablemente no afectaría ni se percibiría razonablemente que pudiera afectar el juicio del profesor Prince en la elaboración de las presentes directrices. No fue necesario tomar otras medidas

Suzana Shahar, Universiti Kebangsaan Malaysia, Selangor (Malasia)

La doctora Sahar ha declarado en su formulario de declaración de intereses que tiene a través de su universidad un acuerdo de estudios clínicos con Biotropics, una empresa desarrolladora de biorrecursos para productos de salud naturales de calidad superior. La investigación incluye la evaluación de la eficacia de hierbas tradicionales asiáticas para mejorar la función cognitiva y el estado de ánimo. El monto del financiamiento fue de USD 100.000 entre 2014 y 2018.

Medidas: *Se consideró que este interés era insignificante o mínimo y probablemente no afectaría ni se percibiría razonablemente que pudiera afectar la contribución de la doctora Sahar como revisora externa para estas directrices. No fue necesario tomar otras medidas*

Huali Wang, Centro de Investigación y Atención de la Demencia, Instituto de Salud Mental de la Universidad de Pekín, Beijing (China)

La doctora Wang declaró en su formulario de declaración de intereses que antes del año 2016 había trabajado como consultora de Neowave Inc. para desarrollar un programa de entrenamiento cognitivo computadorizado con el uso de tabletas. También declaró que antes del 2017 había recibido de Eisai China una financiación de USD 7.000 para viajar a reuniones, todas ellas conferencias de Alzheimer's Disease International (ADI).

Medidas: *Se consideró que este interés era insignificante o mínimo y probablemente no afectaría ni se percibiría razonablemente que pudiera afectar la contribución de la doctora Wang como revisora externa para estas directrices. No fue necesario tomar otras medidas*

B. GRUPO DE REVISIÓN EXTERNA

Miembros del grupo de revisión externa sin intereses pertinentes declarados en el formulario de declaración de intereses y ningún interés pertinente encontrado en el CV:

1. **Abdullah Al Khatami**, Ministerio de Salud, Arabia Saudita
2. **Alistair Burns**, Universidad de Manchester, Reino Unido
3. **Linda Clare**, Universidad de Exeter, Reino Unido
4. **Jacqueline Dominguez**, Instituto de atención a la demencia, Quezon (Filipinas)
5. **Maelënn Guerchet**, Observatorio Mundial del

Envejecimiento y la Atención a la Demencia, King's College, Londres (Reino Unido)

6. **Mariella Guerra**, Instituto de la Memoria, Depresión y Enfermedades de Riesgo (IMEDER), Lima (Perú)
7. **Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo**, Instituto Nacional de Geriátrica, Institutos Nacionales de Salud de México, Ciudad de México (México)
8. **Vladimir Hachinski**, Universidad de Ontario Occidental en Londres, Ontario (Canadá)
9. **Qurat ul Ain Khan**, Hospital de la Universidad Aga Khan, Karachi (Pakistán)
10. **Sebastian Koehler**, Universidad del Maastricht, Países Bajos
11. **Jae-hong Lee**, Facultad de Medicina de la Universidad de Ulsan, Seúl (Corea)
12. **Gill Livingstone**, University College, Londres (Reino Unido)
13. **Jean Claude Mbanya**, Escuela de Doctorado en Ciencias Biológicas, Salud y Ambiente, Universidad de Yaundé I, Camerún.
14. **James McKillop**, representante del grupo de usuarios de servicios, Reino Unido
15. **Rayo Rajat**, Centro Nacional de Tratamiento de Drogodependencias, Instituto de Ciencias Médicas de la India, Nueva Delhi (India)
16. **Helen Rochford Brennan**, Grupo de Trabajo europeo de personas con demencia, Irlanda
17. **Kate Swaffer**, Dementia Alliance International, Australia
18. **Weili Xu**, Instituto Karolinska, Finlandia

Miembros del grupo de revisión externa que en el formulario de declaración de intereses han declarado algún interés o en cuyo CV se ha observado algún interés potencialmente pertinente:

Emiliano Albanese, Universidad de la Suiza italiana, Suiza

El doctor Albanese declaró en su formulario de declaración de intereses que recibe financiación del Consejo Económico y de Investigaciones del Reino Unido como

parte del consorcio de investigaciones STRIDE (fortalecimiento de respuestas a la demencia en países en desarrollo); este se centra en la investigación de la demencia en países de ingresos bajos y medianos. La institución a la cual está afiliado recibe un monto de USD 50.000.

Medidas: Se consideró que este interés era insignificante o mínimo y probablemente no afectaría ni se percibiría razonablemente que pudiera afectar la contribución del doctor Albanese como revisor externo para estas directrices. No fue necesario tomar otras medidas.

Hillary Doxford, Grupo de trabajo trinacional sobre la demencia, Reino Unido

La señora Doxford declaró en su formulario de declaración de intereses que ha participado en un grupo de revisión de subvenciones que evalúa y prioriza solicitudes de subvención a proyectos de investigación sobre la demencia para el Instituto Nacional de Investigaciones en Salud del Reino Unido. Por esto recibió ingresos de £450. Ella también es miembro voluntario del Consejo del Programa sobre Demencia del Departamento de Salud y Atención Social del Reino Unido en su calidad de persona con experiencia de vida.

Medidas: Se consideró que este interés era insignificante o mínimo y probablemente no afectaría ni se percibiría razonablemente que pudiera afectar la contribución de la señora Doxford como revisora externa para estas directrices. No fue necesario tomar otras medidas.

Elaine Rashbrook, Salud Pública de Inglaterra, Reino Unido

La doctora Rashbrook declaró en su formulario de declaración de intereses que desde el año 2015 es empleada de Salud Pública de Inglaterra (PHE), una dependencia gubernamental, como consultora especialista en curso de vida. PHE respalda trabajos sobre la reducción de los riesgos de demencia de acuerdo con la estrategia del Gobierno. El trabajo no tiene un valor financiero identificado.

Medidas: Se consideró que este interés era insignificante o mínimo y probablemente no afectaría ni se percibiría razonablemente que pudiera afectar la contribución de la doctora Rashbrook como revisora externa para estas directrices. Se considera que participa en el proceso de formulación de directrices a título individual y no como representante de una organización. No fue necesario tomar otras medidas.

Andrew Sommerlad, University College London, Reino Unido

El doctor Sommerlad declaró en su formulario de declaración de intereses que recibe del Wellcome Trust una beca personal para su investigación consistente en examinar si el aislamiento social es un factor de riesgo de demencia. El financiamiento es de £201.311 desde 2016 hasta 2019.

Medidas: Se consideró que este interés era insignificante o mínimo y probablemente no afectaría ni se percibiría razonablemente que pudiera afectar la contribución del doctor Sommerlad como revisor externo para estas directrices. No fue necesario tomar otras medidas.

C. ASOCIADOS EXTERNOS

Asociados externos sin intereses pertinentes declarados en el formulario de declaración de intereses y ningún interés pertinente encontrado en el CV:

1. **Mariagnese Barbera**, Universidad de Finlandia Oriental, Kuopio (Finlandia)
2. **Nicole A. Ee**, Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney (Australia)
3. **Jenni Kumlala**, Instituto Karolinska, Estocolmo (Suecia)
4. **Ruth Peters**, Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney (Australia)
5. **Lidan Zheng**, Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney (Australia)

Ninguno de los asociados externos declaró intereses pertinentes en su formulario de declaración de intereses, como tampoco se encontraron intereses pertinentes en sus respectivos CV.

ANEXO 3: PREGUNTAS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ALCANCE

INTERVENCIONES QUE ABORDAN FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA Y EL COMPORTAMIENTO

1. Intervenciones que promueven la actividad física

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL, ¿son las intervenciones que promueven la actividad física más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

P: Adultos (mayores de 18 años) con una función cognitiva normal o DCL

I: Intervenciones que promueven la actividad física (aeróbica, entrenamiento de resistencia o actividad física con múltiples componentes)

C: Atención habitual o ausencia de intervención

O:

• Fundamentales	• Importantes
– Función cognitiva	– Calidad de vida
– DCL incidente	– Nivel funcional (AVD, AIVD)
– Demencia	– Eventos adversos
	– Tasas de deserción

2. Intervenciones para abandonar el consumo de tabaco

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL que consuman tabaco, ¿son las intervenciones para abandonar el consumo de tabaco más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

P: Adultos con una función cognitiva normal o DCL que consumen tabaco

I: Intervenciones para abandonar el consumo de tabaco (intervenciones conductuales e intervenciones farmacológicas, incluidos el tratamiento sustitutivo con nicotina, el bupropión y la vareniclina)

C: Atención habitual o ausencia de intervención

O:

• Fundamentales	• Importantes
– Función cognitiva	– Calidad de vida
– DCL incidente	– Nivel funcional (AVD, AIVD)
– Demencia	– Eventos adversos
	– Tasas de deserción

3. Intervenciones nutricionales

3a. Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL, ¿son las intervenciones nutricionales que consisten en la administración de suplementos alimentarios más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

P: Adultos con una función cognitiva normal o una DCL

I: Suplementos alimentarios (por ejemplo, vitaminas B, antioxidantes, omega-3 y Ginkgo)

C: Atención habitual o ausencia de intervención

O:

• Fundamentales	• Importantes
– Función cognitiva	– Calidad de vida
– DCL incidente	– Nivel funcional (AVD, AIVD)
– Demencia	– Eventos adversos
	– Tasas de deserción

3b. Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL, ¿son las intervenciones nutricionales que consisten en la adopción de hábitos alimentarios saludables (por ejemplo, una alimentación similar a la mediterránea) más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

P: Adultos con una función cognitiva normal o una DCL

I: Hábitos alimentarios saludables (por ejemplo, una alimentación de tipo mediterránea)

C: Atención habitual o ausencia de intervención

O:

• Fundamentales	• Importantes
– Función cognitiva	– Calidad de vida
– DCL incidente	– Nivel funcional (AVD, AIVD)
– Demencia	– Eventos adversos
	– Tasas de deserción

4. Intervenciones dirigidas a los trastornos por consumo de alcohol

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con trastornos por consumo de alcohol, ¿son las intervenciones conductuales y psicológicas para tratar los trastornos por consumo de alcohol más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

P: Adultos con una función cognitiva normal o DCL y con consumo excesivo de alcohol

I:

- Intervenciones conductuales y psicológicas para tratar los trastornos por consumo de alcohol (por ejemplo, entrevistas motivacionales)
- Intervenciones farmacológicas para tratar los trastornos por consumo de alcohol

C: Atención habitual o ausencia de intervención

O:

• Fundamentales	• Importantes
– Función cognitiva	– Calidad de vida
– DCL incidente	– Nivel funcional (AVD, AIVD)
– Demencia	– Eventos adversos
	– Tasas de deserción

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

5. Intervenciones cognitivas

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL, ¿son la estimulación cognitiva o el entrenamiento cognitivo más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

P: Adultos con una función cognitiva normal o DCL

I:

- Estimulación cognitiva
- Entrenamiento cognitivo

C: Atención habitual o ausencia de intervención

O:

• Fundamentales	• Importantes
– Función cognitiva	– Calidad de vida
– DCL incidente	– Nivel funcional (AVD, AIVD)
– Demencia	– Eventos adversos
	– Tasas de deserción

6. Actividad social

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL, ¿la preservación y la promoción de un alto nivel de actividad social son más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

P: Adultos con una función cognitiva normal o DCL

I: Preservación y promoción de la actividad social, incluida la interacción familiar y comunitaria

C: Atención habitual o ausencia de intervención

O:

• Fundamentales	• Importantes
– Función cognitiva	– Calidad de vida
– DCL incidente	– Nivel funcional (AVD, AIVD)
– Demencia	– Eventos adversos
	– Tasas de deserción

INTERVENCIONES PARA CONDICIONES DE SALUD

7. Manejo del peso

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL que tengan sobrepeso u obesidad, ¿son las intervenciones para la reducción del peso (o el control de la obesidad) más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

P: Adultos con una función cognitiva normal o DCL que tienen sobrepeso u obesidad

I: Control del peso

- Intervenciones no farmacológicas, por ejemplo, estrategias de intervención cognitivo-conductuales, intervenciones sobre el estilo de vida
- Intervenciones farmacológicas, por ejemplo, medicación para la pérdida de peso (como orlistat)

C: Atención habitual o ausencia de intervención

- O:**
- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| • Fundamentales | • Importantes |
| – Función cognitiva | – Calidad de vida |
| – DCL incidente | – Nivel funcional (AVD, AIVD) |
| – Demencia | – Eventos adversos |
| | – Tasas de deserción |

8. Manejo de la hipertensión

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con hipertensión, ¿es el tratamiento antihipertensivo más eficaz que la administración de un placebo o que la ausencia de intervención?

P: Adultos con una función cognitiva normal o DCL, y con hipertensión

I: Medicación antihipertensiva, intervenciones sobre el estilo de vida

C: Administración de un placebo o ausencia de intervención

- O:**
- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| • Fundamentales | • Importantes |
| – Función cognitiva | – Calidad de vida |
| – DCL incidente | – Nivel funcional (AVD, AIVD) |
| – Demencia | – Eventos adversos |
| | – Tasas de deserción |

9. Manejo de la diabetes

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con diabetes mellitus, ¿es el tratamiento de la diabetes más eficaz que la administración de un placebo o que la ausencia de intervención?

P: Adultos con una función cognitiva normal o DCL y diabetes mellitus

I:

- Medicamentos para el control glucémico
- Intervenciones sobre la alimentación y el estilo de vida

C: Administración de un placebo o ausencia de intervención

- O:**
- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| • Fundamentales | • Importantes |
| – Función cognitiva | – Calidad de vida |
| – DCL incidente | – Nivel funcional (AVD, AIVD) |
| – Demencia | – Eventos adversos |
| | – Tasas de deserción |
-

10. Manejo de la dislipidemia

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con dislipidemia, ¿es el tratamiento de la dislipidemia más eficaz que la administración de un placebo o que la ausencia de intervención?

P: Adultos con una función cognitiva normal o DCL, y con dislipidemia

I:

- Estatinas (por ejemplo, simvastatina y pravastatina)
- Intervenciones sobre el estilo de vida

C: Placebo o ausencia de intervención

O:

• Fundamentales	• Importantes
– Función cognitiva	– Calidad de vida
– DCL incidente	– Nivel funcional (AVD, AIVD)
– Demencia	– Eventos adversos
	– Tasas de deserción

11. Manejo de la depresión

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con un trastorno depresivo, ¿es el tratamiento de la depresión más eficaz que la atención habitual, que la administración de un placebo o que la ausencia de intervención?

P: Adultos con una función cognitiva normal o DCL y con un trastorno depresivo de moderado a grave

I:

- Intervenciones farmacológicas para tratar la depresión (medicación antidepresiva)
- Intervenciones psicológicas para tratar la depresión (por ejemplo, terapia cognitivo-conductual, terapia encaminada a la solución de problemas, terapia interpersonal, activación conductual)

C: Atención habitual, administración de un placebo o ausencia de intervención

O:

• Fundamentales	• Importantes
– Función cognitiva	– Calidad de vida
– DCL incidente	– Nivel funcional (AVD, AIVD)
– Demencia	– Eventos adversos
	– Tasas de deserción

12. Manejo de la hipoacusia

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con hipoacusia, ¿es el tratamiento de la hipoacusia más eficaz que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

P: Adultos con una función cognitiva normal o DCL, y con hipoacusia

I: Intervenciones para tratar la hipoacusia (por ejemplo, audífonos)

C: Atención habitual o ausencia de intervención

O:

• Fundamentales	• Importantes
– Función cognitiva	– Calidad de vida
– DCL incidente	– Nivel funcional (AVD, AIVD)
– Demencia	– Eventos adversos
	– Tasas de deserción

ANEXO 4: METODOLOGÍA DE REVISIÓN DE LA EVIDENCIA

Se hicieron búsquedas exhaustivas en las principales bases de datos bibliográficas para encontrar una revisión sistemática que coincidiera con cada uno de los resultados de cada una de las preguntas en formato PICO. El objetivo era encontrar revisiones sistemáticas que fueran recientes, de alta calidad y pertinentes para cada una de las preguntas PICO.

Las estrategias de búsqueda de cada uno de los dos equipos (el basado en el Instituto Karolinska, en Suecia, y el basado en la Universidad de Nueva Gales del Sur, en Australia) diferían levemente. Sin embargo, en términos generales, los dos grupos aplicaron el siguiente procedimiento:

1. Búsqueda de revisiones sistemáticas (incluidos metanálisis) publicadas en los dos años precedentes para cada una de las preguntas en formato PICO. Esas búsquedas se efectuaron entre abril y junio del 2018.
2. Si no se encontraban revisiones sistemáticas pertinentes de alta calidad publicadas en los dos años precedentes relacionadas con cualquiera de las preguntas PICO, la búsqueda se hacía extensiva a revisiones sistemáticas de los cinco últimos años relacionadas con esas preguntas. Con respecto a las preguntas PICO pertinentes, también se consultó la revisión sistemática del año 2016 de la AHRQ (la Organismo de Investigación y Calidad de la Atención de Salud de los Estados Unidos). El objetivo de la revisión de la AHRQ había sido examinar intervenciones encaminadas a prevenir el deterioro cognitivo y la demencia. En ella se habían buscado sistemáticamente registros de estudios publicados entre enero del 2009 y septiembre del 2016.
3. Con respecto a la pregunta sobre la hipoacusia, la evidencia disponible era muy limitada, por lo que las búsquedas se hicieron extensivas a todas las revisiones sistemáticas publicadas alguna vez.

4. Habida cuenta de la retroalimentación del GED durante su reunión celebrada en julio del 2018, las búsquedas se hicieron extensivas a las revisiones sistemáticas de estudios observacionales, y se efectuaron entre julio y agosto del 2018.

Se efectuaron búsquedas en las siguientes bases de datos bibliográficas:

- Bibliográficas
- MEDLINE
- Cochrane
- PsycInfo
- Embase
- NICE

Pertinentes para los países de ingresos bajos y medianos:

- Global Index Medicus/Biblioteca mundial de salud
- Base de datos regionales de la OMS
- WHOLIS
- Base de datos de evaluaciones de impacto
- AJOL
- KoreaMed
- IndMED
- HrCak
- ArabPsycNet
- HERDIN NeON
- EurasiaHealth.

Después de que se efectuaron las búsquedas aplicando las estrategias que se indican a continuación, los títulos y los resúmenes de todos los resultados se sometieron a tamizaje utilizando el programa EndNote; subsiguientemente se revisaron los textos completos de las publicaciones que no podían quedar excluidas considerando el título y la revisión de su resumen.

CUADROS DE EVIDENCIA DE GRADE

Por cada resultado de cada pregunta PICO se seleccionaron una o varias revisiones sistemáticas para utilizarlas

¹⁵ Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C et al (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Medical Research Methodology. 7:10.

dentro de los cuadros de evidencia de GRADE. Al seleccionar las revisiones sistemáticas que se incorporarían en dichos cuadros se aplicaron los siguientes criterios:

- Publicada en los últimos cinco años, idealmente en los dos últimos años (**oportuna**).
- Alta **calidad** (determinada utilizando los criterios de AMSTAR 22¹⁵).
- Muy **pertinente** para la pregunta PICO.
- Con preferencia, revisiones sistemáticas completas, donde fuera posible.
- Con preferencia, revisiones y metanálisis Cochrane, donde fuera posible o apropiado.

La metodología de GRADE incluye una valoración de la calidad de los estudios incluidos en la revisión sistemática atendiendo al diseño del estudio, así como a posibles riesgos de sesgo, incongruencias, carácter indirecto, imprecisiones y sesgo de publicación. Junto con los tamaños del efecto de los estudios se califica la “certidumbre general” de la evidencia como muy baja, baja, mediana o alta.

Se prepararon los cuadros de evidencia de GRADE empleando la herramienta en línea GRADEpro¹⁶. Al considerar la calidad de los estudios en los cuadros de evidencia de GRADE se aplicaron los mismos criterios utilizados en el caso de la *Guía de Intervención mhGAP* (riesgos de sesgo, incongruencias, carácter indirecto, imprecisiones y sesgo de publicación)¹⁷.

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Se realizaron búsquedas por separado para cada una de las 12 preguntas PICO. Si esas preguntas PICO incluían intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas, se hicieron búsquedas por separado para cada tipo de intervención.

En lo posible, al consultar las bases de datos bibliográficas, se utilizaron filtros para restringir las búsquedas a revisiones sistemáticas y metanálisis, así como a seres humanos. Salvo la fecha de publicación, como ya se mencionó, no se aplicaron otras restricciones, por ejemplo, en cuanto al idioma.

En lo posible, en las bases de datos bibliográficas se seleccionó la opción de “búsqueda avanzada”.

PICO 1

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL, ¿son las intervenciones que promueven la actividad física más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Estrategia de búsqueda

(dementia OR cognit* OR “mild cognitive impairment” OR “Alzheimer disease” OR “dementia vascular” OR “dementia multi-infarct” OR MCI OR “cognitive dysfunction” OR neuropsychologi* OR “Health-Related Quality” Of Life OR “life quality” OR “Activities Daily Living” OR “Chronic Limitation of Activity” OR “Limitation of Activity, Chronic” OR ADL OR “activities of daily living” OR “Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions” OR “Adverse Drug Event” OR “Adverse Drug Reaction” OR “Long Term Adverse Effects” OR “Adverse Effects, Long Term Disease-Free Survival” OR “Event-Free Survival” OR “Adverse effects”) AND (Exercise OR “exercise therapy” OR “Acute Exercise” OR “Aerobic Exercise” OR “Exercise Training” OR “Exercise, Aerobic” OR “Exercise, Isometric” OR “Exercise, Physical” OR “Isometric Exercise OR Physical Activity” OR “resistance training”)

¹⁶ <https://gradepr.org/>

¹⁷ Véase http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/mhgap_guideline_process_2009.pdf

PICO 2

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL que consuman tabaco, ¿son las intervenciones para abandonar el consumo de tabaco más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Estrategia de búsqueda

(dementia OR cognit* OR mild cognitive impairment OR Alzheimer disease OR dementia vascular OR dementia multi-infarct OR MCI OR cognitive dysfunction OR neuropsychologi* OR Health-Related Quality Of Life OR life quality OR Activities, Daily Living OR Chronic Limitation of Activity OR Limitation of Activity, Chronic OR ADL OR activities of daily living OR Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions Living OR Chronic Limitation of Activity OR Limitation OR Adverse Drug Event OR Adverse Drug Reaction OR Long Term Adverse Effects OR Adverse Effects, Long Term Disease-Free Survival OR Event-Free Survival OR Adverse effects) AND (Tobacco OR smoking OR Tobacco use cessation OR giving up smoking OR quitting smoking OR stopping smoking OR smoking cessation OR smoking reduction OR tobacco use cessation products OR varenicline OR nicotinic agonists OR Nicotine Inhalant OR Nicotine Lozenge OR Nicotine Lozenges OR Nicotine Nasal Spray OR Nicotine Patch OR Nicotine Polacrilex OR Nicotine Replacement Products OR Nicotine Transdermal Patch OR Smoking Cessation Products) AND (Behavior OR behaviour OR drug therapy OR pharmacologic therapy OR pharmacotherapy OR Cognitive behavioural therapy OR Cognitive behavioural therapy OR Drug therapy OR cognitive therapy OR online therapy OR treatment)

PICO 3

3a. Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL, ¿son las intervenciones nutricionales que consisten en la administración de suplementos alimentarios más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

3b. Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL, ¿son las intervenciones nutricionales que consisten en la adopción de hábitos alimentarios saludables (por ejemplo, una alimentación similar a la mediterránea) más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Estrategia de búsqueda

(dementia OR cognit* OR "mild cognitive impairment" OR "Alzheimer disease" OR Alzheimer* OR "dementia vascular" OR "dementia multi-infarct" OR MCI OR "cognitive dysfunction" OR neuropsychologi* OR "Health-Related Quality Of Life" OR "life quality" OR "quality of life" OR "Activities of Daily Living" OR "Chronic Limitation of Activity" OR "Limitation of Activity, Chronic" OR ADL OR "activities of daily living" OR "Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions" OR "Adverse Drug Event" OR "Adverse Drug Reaction" OR "Long Term Adverse Effects" OR "Adverse Effects, Long Term" OR "Disease-Free Survival" OR "Event-Free Survival" OR "Adverse effects") AND ("Dietary supplements" OR "Dietary Supplementations" OR "Food Supplementations" OR "Food Supplements" OR "Herbal Supplements" OR Nutraceuticals OR Nutraceuticals OR Nutriceuticals OR diet or vitamin or food)

PICO 4

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con trastornos por consumo de alcohol, ¿son las intervenciones conductuales y psicológicas para tratar los trastornos por consumo de alcohol más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Estrategia de búsqueda

(dementia OR cognit* OR mild cognitive impairment OR Alzheimer disease OR dementia vascular OR dementia multi-infarct OR MCI OR cognitive dysfunction OR neuropsychologi* OR Health-Related Quality Of Life OR life quality OR Activities, Daily Living OR Chronic Limitation of

Activity OR Limitation of Activity, Chronic OR ADL OR activities of daily living OR Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions OR Adverse Drug Event OR Adverse Drug Reaction OR Long Term Adverse Effects OR Adverse Effects, Long Term Disease-Free Survival OR Event-Free Survival OR Adverse effects) AND (Alcohol drinking OR Binge drinking OR Drunkenness OR alcohol intoxication OR alcoholism OR alcohol withdrawal) AND (Add in Behavior OR behaviour OR drug therapy OR pharmacologic therapy OR pharmacotherapy OR Cognitive behavioural therapy OR Cognitive behavioural therapy OR Drug therapy OR cognitive therapy OR online therapy OR treatment)

PICO 5

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL, ¿son la estimulación cognitiva o el entrenamiento cognitivo más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Estrategia de búsqueda

(systemati* or meta analys*) and (dementia or cognit* or MCI or neuropsycholog* or Alzheimer*) and ("Brain training" OR "cognitive training" OR "Brain fitness" OR Games OR "Memory training" OR (Stimulation AND cognit*))

PICO 6

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL, ¿la preservación y promoción de un alto nivel de actividad social son más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Estrategia de búsqueda

("social interaction" or "social Networks" or "social processes" or "social behaviour" or "social behavior" or "community networks" or "social media" or family) and (dementia or cognit* or "mild cognitive impairment" or

MCI or "cognitive dysfunction" or neuropsycholog* or Alzheimer*) and (systemati* or meta-analys*)

PICO 7

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL que tengan sobrepeso u obesidad, ¿son las intervenciones para la reducción del peso (o el control de la obesidad) más eficaces que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Estrategia de búsqueda

(dementia OR cognit* OR mild cognitive impairment OR Alzheimer disease OR dementia vascular OR dementia multi-infarct OR MCI OR cognitive dysfunction OR neuropsychologi* OR Health-Related Quality Of Life OR life quality OR Activities, Daily Living OR Chronic Limitation of Activity OR Limitation of Activity, Chronic OR ADL OR activities of daily living OR Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions OR Adverse Drug Event OR Adverse Drug Reaction OR Long Term Adverse Effects OR Adverse Effects, Long Term Disease-Free Survival OR Event-Free Survival OR Adverse effects) AND (Overweight OR Body weight or Body mass index OR weight loss OR Body weight changes) AND (Behavior OR behaviour OR drug therapy OR pharmacologic therapy OR pharmacotherapy OR Cognitive behavioural therapy OR Cognitive behavioural therapy OR Drug therapy OR cognitive therapy OR online therapy OR treatment OR Appetite depressants)

PICO 8

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con hipertensión, ¿es el tratamiento antihipertensivo más eficaz que la administración de un placebo o que la ausencia de intervención?

Estrategia de búsqueda

(systemati* or meta-analys*) and (dementia or cognit* or "mild cognitive impairment" or MCI or "cognitive dysfunction" or neuropsycholog* or Alzheimer's or Alzheimer) and (behaviour or behavior or "drug therapy" or "pharmacologic therapy" or pharmacotherapy or "cognitive behavioural therapy" or "cognitive behavioral therapy" or "cognitive therapy" or "online therapy" or "anti-hypertensive" or antihypertensive or treatment) and (hypertension or "blood pressure" or systolic or diastolic or prehypertension)

PICO 9

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con diabetes mellitus, ¿es el tratamiento de la diabetes más eficaz que la administración de un placebo o que la ausencia de intervención?

Estrategia de búsqueda

(systemati* or meta-analys*) and (dementia or cognit* or "mild cognitive impairment" or MCI or "cognitive dysfunction" or neuropsycholog* or Alzheimer*).ab. and diabetes.af. and ("hypoglycemic agents" or treatment or therapy or pharmacotherapy or behaviour or behavior)

PICO 10

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con dislipidemia, ¿es el tratamiento de la dislipidemia más eficaz que la administración de un placebo o que la ausencia de intervención?

Estrategia de búsqueda

(dementia OR cognit* OR mild cognitive impairment OR Alzheimer disease OR dementia vascular OR dementia multi-infarct OR MCI OR cognitive dysfunction OR neuropsychologi* OR Health-Related Quality Of Life OR life

quality OR Activities, Daily Living OR Chronic Limitation of Activity OR Limitation of Activity, Chronic OR ADL OR activities of daily living OR Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions OR Adverse Drug Event OR Adverse Drug Reaction OR Long Term Adverse Effects OR Adverse Effects, Long Term Disease-Free Survival OR Event-Free Survival OR Adverse effects) AND (Cholesterol OR Hypercholesterolemia OR lipoproteins OR HDL cholesterol OR LDL cholesterol OR triglycerides) AND (Behavior OR behaviour OR drug therapy OR pharmacologic therapy OR pharmacotherapy OR Cognitive behavioural therapy OR Cognitive behavioural therapy OR Drug therapy OR cognitive therapy OR online therapy OR treatment OR statins OR Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors OR Anticholesteremic agents)

PICO 11

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con un trastorno depresivo, ¿es el tratamiento de la depresión más eficaz que la atención habitual, que la administración de un placebo o que la ausencia de intervención?

Estrategia de búsqueda

(depression or depressive) and (systemati* or meta-analys*) and (dementia or cognit* or "mild cognitive impairment" or MCI or "cognitive dysfunction" or neuropsycholog* or Alzheimer's or Alzheimer*) and (treatment or therapy or pharmacotherapy or antidepressan* or antidepressiv*)

PICO 12

Para reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia en adultos con una función cognitiva normal o DCL y con hipoacusia, ¿es el tratamiento de la hipoacusia más eficaz que la atención habitual o que la ausencia de intervención?

Estrategia de búsqueda

(hearing aids OR Cochlear implants Or hearing implants)
AND (hearing loss OR deafness OR hearing impairment
OR hypoacusis OR intervention OR treatment) AND
(dementia OR cognit* OR mild cognitive impairment OR
Alzheimer's disease OR dementia vascular OR dementia
multi-infarct OR MCI OR cognitive dysfunction OR
neuropsycholog*)

GLOSARIO

Activación conductual

Tratamiento conductual de la depresión en el cual se guía a la persona con depresión para que aumente el número de actividades gratificantes en su vida.

Actividad física

Cualquier movimiento físico producido por los músculos esqueléticos que requiere un gasto de energía; comprende actividades realizadas durante el trabajo, el juego, la ejecución de tareas domésticas, los viajes y la participación en proyectos recreativos.

Actividad social

Las actividades sociales son variadas y difíciles de definir; sin embargo, pueden consistir en reunirse con amigos, asistir a eventos o funciones, actuar como voluntario o participar en responsabilidades ocupacionales o actividades recreativas grupales.

Entrenamiento cognitivo

Práctica guiada de tareas estandarizadas diseñadas específicamente para mejorar determinadas funciones cognitivas.

Calidad de vida

Percepción que tiene una persona acerca de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los cuales vive y en relación con sus metas, expectativas, normas e inquietudes.

Calidad de vida relacionada con la salud

Salud física y mental percibida de una persona o de un grupo a lo largo del tiempo. Como concepto pluridimensional, abarca esferas relacionadas con el funcionamiento físico, mental, emocional y social, y es una manera de evaluar las repercusiones del estado de salud sobre la calidad de vida.

Deterioro cognitivo leve (DCL)

Trastorno caracterizado por deficiencias de memoria, dificultades para el aprendizaje y capacidad reducida de concentrarse en una tarea por períodos no tan breves. Suele ir acompañada de una sensación marcada de fatiga mental al tratar de abordar tareas mentales, y aprender algo nuevo resulta subjetivamente difícil aun cuando objetivamente se obtengan buenos resultados. Ninguno de estos síntomas es tan grave como para un diagnóstico de o demencia o de delirio.

Demencia

Un grupo de trastornos caracterizados por un deterioro del nivel cognitivo alcanzado anteriormente, trastornos que afectan al buen funcionamiento en las actividades de la vida diaria o social.

Deterioro cognitivo

Deterioro fisiológico de funciones cerebrales, por ejemplo, memoria, atención o capacidad de aprendizaje, asociado al proceso normal de envejecimiento. Con la edad, todas las personas desarrollan algún tipo de declive en las funciones cognitivas aunque en diferentes grados. El deterioro cognitivo suele a veces ser el resultado de algún evento patológico, como traumatismos o enfermedades.

Alimentación mediterránea

Alimentación consistente en una ingesta elevada de cereales, frutas, pescados, legumbres y verduras, y una ingesta baja de carnes y lácteos.

Ejercicio aeróbico

Un tipo de ejercicio físico que requiere oxígeno libre para satisfacer adecuadamente las demandas de energía a través del metabolismo aeróbico. Durante el ejercicio aeróbico, el oxígeno se utiliza para “quemar” grasas y glucosa a fin de producir trifosfato de adenosina, el portador básico de energía para todas las células. Este tipo de ejercicio mejora la aptitud física al promover la circulación de oxígeno por la sangre, va asociado a un aumento de la frecuencia respiratoria e incluye cualquier tipo de ejercicio que, si se realiza con intensidad suficiente apoyado por el metabolismo aeróbico, puede practicarse durante períodos prolongados.

Ejercicio físico

Una subcategoría de la actividad física que es planificada, estructurada, repetitiva y procura mejorar o mantener uno o varios componentes de la aptitud física.

Entrenamiento de resistencia

Una forma de ejercicio físico que, mediante el movimiento de los miembros contra cargas pesadas o resistencias fijas, causa contracción de la musculatura esquelética, con lo cual aumenta su fuerza, su resistencia anaeróbica y su tamaño. La resistencia externa puede consistir en pesas, tuberías de goma para ejercicios, el propio peso corporal, ladrillos, botellas de agua, máquinas específicamente diseñadas para esta finalidad u otros objetos que causen contracción muscular. Las fuerzas involucradas deben ser tales que sean posibles relativamente pocas repeticiones sin un período considerable de descanso. El entrenamiento de resistencia o de fuerza es principalmente una actividad anaeróbica, aunque algunos lo han adaptado para proporcionar los beneficios del ejercicio aeróbico mediante un entrenamiento en circuitos.

Entrevista motivacional

Práctica basada en la evidencia establecida para el tratamiento de personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas; se centra en la exploración y resolución de ambivalencias y en procesos motivacionales interiores de la persona que son facilitadores de cambios.

Estimulación cognitiva

Participación en una variedad de actividades diseñadas para mejorar el funcionamiento cognitivo y social.

Evento adverso

Cualquier incidente médico perjudicial en un paciente o un sujeto de investigación clínica causado por el manejo de la atención de salud.

Función cognitiva

Actividades cerebrales, como el razonamiento, la memoria, la atención y el lenguaje, que permiten obtener información y conocimientos.

Índice de masa corporal (IMC)

Medición objetiva calculada como resultado de dividir la masa corporal (o el peso en kg) por el cuadrado de la talla corporal (en metros); en todo el mundo se expresa en unidades de kg/m². El IMC se utiliza como indicador aproximado de la cantidad de masa tisular (músculo, hueso y grasa) de una persona. Según la correlación entre el IMC y el grado del riesgo de una enfermedad determinada, como

la diabetes o la aterosclerosis, los valores del IMC se clasifican como peso bajo, peso normal, sobrepeso u obesidad; la obesidad también se puede subclasificar en moderada, grave o mórbida.

Intervención multidominio

Intervención orientada generalmente a prevenir o abordar determinada enfermedad o afección actuando simultáneamente sobre una variedad de factores de riesgo que pueden estar correlacionado o ser independientes unos de otros.

Intervención o terapia cognitivo-conductual

Tipo de terapia psicológica que consiste en identificar y corregir creencias distorsionadas no adaptativas recurriendo a ejercicios de pensamiento y experiencias reales para facilitar la reducción de síntomas y mejorar el funcionamiento.

Suplementos alimentarios

Incluyen vitaminas, minerales, fibra, ácidos grasos o aminoácidos, entre otras sustancias. Su propósito es aportar nutrientes al aumentar su consumo o aportar sustancias químicas no nutrientes que presuntamente tendrían un efecto biológicamente beneficioso.

Terapia de resolución de problemas

Tipo de terapia psicológica en la cual el paciente identifica sistemáticamente sus problemas, genera soluciones alternativas para cada uno, selecciona la mejor solución, elabora y cumple un plan, y evalúa si de esta manera ha resuelto el problema.

Tratamiento sustitutivo con nicotina

Tipo de tratamiento en el cual se emplean productos especiales que proporcionan dosis pequeñas constantes de nicotina para ayudar a calmar las ansias y aliviar los síntomas de abstinencia de una persona que está tratando de abandonar el consumo de tabaco. Entre estos productos figuran chicles con nicotina, inhaladores de nicotina, atomizadores nasales de nicotina, tabletas de nicotina y parches de nicotina. No contienen las otras sustancias químicas presentes en los productos de tabaco.



Contacto para más información:

Departamento de Salud Mental
y Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

Correo electrónico: whodementia@who.int

Sitio web: [www.who.int/mental_health/
neurology/dementia/en](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en)

ISBN 978-92-75-32256-7

