

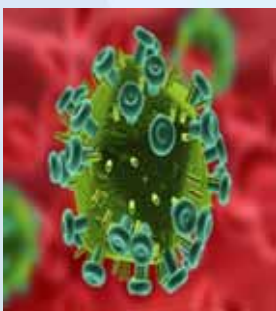
Factores relacionados con el estilo de vida de pacientes VIH/SIDA con trastornos neurocognitivos

Laura Álvarez Gómez¹; M^a Carmen Gómez Sánchez²; Mercedes Amador Bohórquez²; Fabiola Ceacero Molina²; Vicenta Gómez Gutiérrez²; Montserrat Izquierdo Atienza²; M^a Asunción Mayor Pascual²; Ana María Segura Paz²

Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid²

Unidad de Hospitalización Polivalente Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid¹

INTRODUCCIÓN: El VIH causa daños por mecanismos directos e indirectos en el Sistema Nervioso Central (SNC). En la primera década de la infección junto a enfermedades infecciosas o tumorales, las complicaciones graves del SNC provocadas por el VIH (encefalopatía o demencia asociada al VIH) eran frecuentes. Con la aparición del TARGA su incidencia se ha reducido, no obstante, múltiples estudios demuestran que continúa existiendo una alta frecuencia de alteraciones neurocognitivas en personas con VIH.



OBJETIVO: Realizar una revisión bibliográfica narrativa sobre la influencia de los factores asociados al estilo de vida en los trastornos neurocognitivos (TNC) en pacientes con infección VIH/SIDA, y valorar las posibles intervenciones enfermeras sobre ellos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisó la base de datos Pubmed. Descriptores de búsqueda: deterioro cognitivo, demencia, infección VIH/SIDA, nutrición, ejercicio, ocio, estrés, adherencia, tabaquismo y drogas (español e inglés). Bibliografía de los últimos 8 años por escasez de documentación disponible. 2 artículos son previos a este intervalo de tiempo. Se incluyeron los artículos considerados de mayor relevancia.



RESULTADOS:

Dieta: La dieta mediterránea podría ejercer un efecto protector en los TNC en la población general (PG)¹. No se halló pruebas sobre la influencia de los ácidos grasos omega-3 en la prevención de la demencia². No existen datos específicos en Población VIH (PVIH).

Ejercicio: Varios estudios de cohortes asocian ejercicio físico regular con reducción del riesgo de desarrollar TNC leves en PG³. La PVIH tiene menor actividad física que la PG⁴. El ejercicio aeróbico reduce los síntomas depresivos y mejora el estado cardiopulmonar⁵. No evalúan el funcionamiento cognitivo.

Ocio: A lo largo de la vida (mediana edad y vejez) podría ser beneficioso en PG para prevenir el Alzheimer y otras demencias⁶. No existen datos en PVIH.

Estrés: Compromete la supervivencia neuronal y disminuye la capacidad plástica del cerebro⁷. La infección VIH se asocia con mayor distrés psicológico, menor calidad de vida y mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos⁸. Programas de reducción de estrés en VIH se asocian a cambios en el estrés percibido, ansiedad, depresión, funcionamiento psicológico, apoyo social y calidad de vida⁹. No se analiza la repercusión sobre los trastornos cognitivos.

Adherencia: La mala adherencia aumenta las probabilidades de sufrir trastornos cognitivos, especialmente en personas de edad avanzada¹⁰.

Tabaquismo: Aumenta el riesgo de demencia vascular y Alzheimer. Un estudio con 36 mujeres VIH asocia el tabaco con mejores resultados en los dominios frontales y ejecutivos¹¹.

Alcohol y sustancias: Consumo bajo/moderado (<12g) tiene efecto protector sobre el rendimiento cognitivo. Consumo alto tendría efectos negativos¹². Estudios confirman efectos nocivos del uso de sustancias en el funcionamiento neurocognitivo y la progresión del deterioro^{13,14,15}.



CONCLUSIONES: Se han encontrado pocos datos en la literatura científica sobre la influencia de los estilos de vida en los pacientes VIH con deterioro cognitivo. Sí parece existir una correlación directa entre hábitos de vida saludable y cognición en la población general. Enfermería debería reforzar la educación sanitaria sobre estos aspectos en la población VIH con deterioro cognitivo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Scarmeas N, Stern Y, Mayeux R, Manly JJ, Schupf N, Luchsinger JA. Mediterranean diet and mild cognitive impairment. Arch Neurol. 2009; 66: 216-25.
2. Lim WS, Gammack JK, Van Nieuwerck J, Dangour AD. Ácidos grasos omega 3 para la prevención de la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
3. Sofi F, Valecchi D, Bacci D, Abbate R, Casini A, Macchi C. Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. J Intern Med. 2010; 269: 107-17.
4. Stein L, Hechler D, Jessen AB, Neumann K, Jessen H, Beneke R. Sports behaviour among HIV-infected versus non-infected individuals in a Berlin cohort. Int J STD AIDS. 2012 Jan;23(1):25-9.
5. Nixon S, O'Brien K, Glazier RH, Tynan AM. Intervenciones con ejercicios aeróbicos para adultos con VIH/SIDA (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
6. Kareholt I, Lennartsson C, Gatz M, Parker MG. Baseline leisure time activity and cognition more than two decades later. Int J Geriatr Psychiatry. 2011 Jan;26(1):65-74.
7. Sapolsky RM. Glucocorticoids, stress, and their adverse neurological effects: relevance to aging. Exp. Gerontol. 1999; 34 (6):721-732.
8. Griffin KW, Rabkin JG. Psychological distress in people with HIV/AIDS: prevalence rates and methodological issues. AIDS Behav. 1997;12:9-42.
9. Brown JL, Varable PA. Cognitive-behavioral stress management interventions for persons living with HIV: a review and critique of the literature. Ann Behav Med. 2008 Feb;35(1):26-40.
10. Ettenhofer ML, Hinkin CH, Castellon SA, Durvasula R, Ullman J, Lam M, et al. Aging, neurocognition, and medication adherence in HIV infection. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2009; 17 (4): 281-90.
11. Anstey KJ, von Sanden C, Salim A, O'Kearny R. Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. Am J Epidemiol. 2007; 166: 367-78.
12. Kim JW, Lee DY, Lee BC, Jung MH, Kim H, Choi YS, et al. Alcohol and cognition in the elderly: a review. Psychiatry Investig. 2012 Mar;9(1):8-16.
13. Martin-Thormeyer EM, Paul RH. Drug abuse and hepatitis C infection as comorbid features of HIV associated neurocognitive disorder: neurocognitive and neuroimaging features. Neuropsychol Rev. 2009 Jun;19(2):215-31.
14. Nath A. Human immunodeficiency virus-associated neurocognitive disorder: pathophysiology in relation to drug addiction. Ann N Y Acad Sci. 2010 Feb;1187:122-8.
15. Byrd DA, Fellows RP, Morgello S, Franklin D, Heaton RK, Deutsch R, et al; CHARTER Group. Neurocognitive impact of substance use in HIV infection. J Acquir Immune Defic Syndr. 2011 Oct 1;58(2):154-62.