



ADRIG (Alzheimer's Disease Research International Group) nace en el mes de agosto del 2022 en Buenos Aires (Argentina), en el marco de la Reunión anual de la ANA (Asociación Neuropsiquiatría Argentina), sus prolegómenos se inician en el primer Encuentro “Cataluña – Cuba – México” celebrado en Catalunya /España) el año 2005.

ADRIG agrupa en la actualidad a seis países (Argentina, Bolivia, Cuba, España, México y Uruguay). El propósito es hacerlo extensivo a todos aquellos profesionales (y a sus países), interesados en procesos que puedan conducir a la demencia.

Los profesionales de ADRIG tienen una visión integral de la demencia, preocupándose por la persona afectada y su entorno familiar, sea cual sea su etiología. Sus objetivos son mejorar la prevención, la detección precoz, la optimización del manejo terapéutico y el soporte a la familia a lo largo de todo el proceso.

Los objetivos de ADRIG son de tipo asistencial, docente y de investigación. Los miembros del grupo nos reunimos para compartir periódicamente las experiencias con discusión de casos clínicos (online y presenciales), mejorar sus conocimientos a través de formación continuada y actualizaciones, participar en investigaciones conjuntas y desarrollar una labor docente.

ADRIG, es un grupo profesional abierto y unido por la amistad. Que puede nutrirse por la experiencia de múltiples especialidades (neurología, psiquiatría, geriatría, medicina familiar, psicogeriatría, psicología, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, trabajo social, mediación, musicoterapia, etc.)

COMITÉ EJECUTIVO DE ADRIG



Juan
Libre Rodríguez
Cuba



Luis Ignacio
Brusco
Argentina



Raúl
Gutiérrez Herrera
México



Miquel
Aguilar Barberá
España



Laura Beatriz
Sarubbo
Uruguay

PROFESORES INVITADOS

Dr. Javier Olazarán

Neurólogo. Unidad de Trastornos de la Memoria. HM Hospitales y Servicio de Neurología. HGU Gregorio Marañón – Madrid – España

“Impacto de los biomarcadores de Alzheimer en la práctica clínica habitual (Experiencia en la Comunidad de Madrid) (Proyecto ReDeMa1)”

Los biomarcadores forman parte de los criterios diagnósticos de la etiología de los procesos neurodegenerativos que pueden conducir a la demencia. Su determinación permite asegurar el diagnóstico y modificar las estrategias de tratamiento.

Dra. María Teresa Buongiorno

Neuróloga. Unidad de Trastornos del Movimiento y de la Unidad de Memoria del Hospital Universitario Mutua de Terrassa - España

“Fisiopatología del Sistema Glinfático y sus posibles implicaciones en la progresión de la enfermedad de Parkinson”

El sistema gliolinfático es un sistema linfático cerebral; está compuesto por una red de vasos que transportan linfa (un líquido transparente y acuoso que contiene proteínas, sales, glucosa y otras sustancias). Su función es mantener los líquidos corporales en equilibrio y defender al cuerpo de las infecciones. Se encarga de limpiar el espacio intersticial cerebral. Es una vía de limpieza de desechos del sistema nervioso central. En la enfermedad de Parkinson y en el Alzheimer, las alteraciones del sueño son frecuentes. Dormir bien “en cantidad y en calidad” permite al sistema gliolinfático cumplir su función de limpieza, y con ello modificar de forma positiva el curso natural de la enfermedad.

CASOS CLINICOS A DISCUSIÓN

Casos clínicos de la 1º Reunión ADRIG

- Mutación de Presenilina 1 en parkinsonismo de inicio juvenil asociado a deterioro cognitivo tipo Alzheimer. Dra. Cynthia Dunovits y Dra. Natividad Olivar (Argentina)
- Cefalea vascular atípica – Terapia Familiar Sistémica. Dr. Francis González y Dr. Miquel Aguilar. (España)

Casos clínicos de la 2ª Reunión ADRIG

- Deterioro Cognitivo Ligero Multidominio Amnésico – de etiología incierta. Dra. Noemí Cerulla y Dr. Miquel Aguilar (España)
- Hidrocefalia de Hakim-Adams: diagnóstico, genética y posibles nuevos tratamientos. Dra. Cynthia Dunovits y Ignacio Brusco (Buenos Aires – Argentina)

REFLEXIONES

Una persona que acude al médico de atención primaria con nuevas patologías, o agravamiento de las ya conocidas, puede ser la expresión de un “cuidador consobrecarga”, a través de él podemos descubrir una paciente con deterioro cognitivo / conductual. es decir, llegar al diagnóstico de un proceso neurodegenerativo a partir de un familiar que se altera su salud física o psicológica a consecuencia de su tarea de cuidar sin un soporte adecuado (México)

**PRIMERA REUNIÓN DE ADRIG EN BUENOS AIRES – ARGENTINA.
FACULTAD DE MEDICINA EL DÍA 31 DE AGOSTO DEL 2023**

EL TEMA ESTRELLA

Tendencias en la prevalencia de la demencia y sus factores de riesgo en América Latina y el Caribe



Prof. Juan J. Llibre-Rodríguez, MD, PhD. Unidad de Investigación del Declinar Cognitivo y las Demencias. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Objetivos de la comunicación:

- (1)Mostrar la evidencia aportada por los estudios poblacionales 10/66 (DRG) y otros estudios en la región.
- (2)Factores de riesgo de demencia identificados en la región.
- (3) reflexionar acerca de las tendencias futuras en la prevalencia e incidencia de la demencia.

En el año 2022 se estimaron en el mundo 56 millones de personas con demencia, esta cifra alcanzará los 80 millones en el 2030 y 152 millón de personas en el 2050. En el 2021, en América Latina y Caribe, se contabilizaban que 4.4 millones de personas de más de 65 años vivían afectados de demencia, y en el 2050, se espera que la cifra ascenderá a 13,1 millones de personas, siendo la etiología más prevalente el Alzheimer.

El estudio 10/66, se ha realizado en seis países latinoamericanos (Cuba, Republica Dominicana, México, Perú, Puerto Rico y Venezuela) con una cohorte de 11.000 participantes, de 65 años y más, con una misma metodología y protocolo de investigación.

Metodología: Estudio puerta a puerta, entrevista estructurada (datos sociodemográficos y factores de riesgo), evaluación cognitiva (CSID, lista de palabras modificadas del CERAD y Estado Mental Geriátrico modificado GMS – versión B3), síntomas neuropsiquiátricos (inventario NPI), exploración sistémica y neurológica, y muestra de sangre incluido el genotipo APOE (3). El estudio 10/66 se ha realizado en tres momentos diferentes: 2003 – 2006 (estudio de prevalencia), 2007 – 2011 (estudio de incidencia) y en (2016 – 2019), para conocer los cambios en la prevalencia de la demencia, 15 años después del estudio base.

Resultados: La prevalencia de demencia (Periodo: 2003-2006) de 10/66 fue mayor que la de la demencia del DSM-IV y más consistente en todos los sitios, variando entre el 6,2% (IC del 95%: (4,9–7,4) en Venezuela y el 12,6% (10,4–14,9) en Cuba. Ello se debe a que en nuestras culturas las personas y las familias identifican los trastornos de memoria como parte del envejecimiento y minimizan su impacto en la vida familiar y social, el cual es esencial en los

criterios DSM IV. El otro hecho a resaltar es que las prevalencias más altas se observaron en las islas del Caribe: Cuba, Puerto Rico y República Dominicana. Estas islas a pesar de sistemas socioeconómicos diferentes comparten en común una historia similar de colonización, mestizaje racial, cultura, patrones de nutrición, enfermedades y factores de riesgo vasculares y una mayor prevalencia de anemia.

El estudio de incidencia (Periodo: 2007-2011) con más de 34.000 años-persona de seguimiento, la incidencia de demencia 10/66 es el doble que la incidencia de la demencia del DSM-IV. La incidencia en el estudio 10/66 varió entre 18,2 (IC 95%: 14,3–23,0) por 1.000 personas-año en Perú y 30,4 (25,5–36,3) por 1.000 personas-año en México. Nuevamente la incidencia de demencia 10/66 duplica la incidencia de demencia según los criterios DSM-IV. factores de riesgo sociodemográficos y socioeconómicos relacionados con reserva cognitiva para demencia: El sexo masculino con mayor nivel educacional y una menor edad fueron factores protectores de demencia incidente.

APOEε4 y origen étnico: las poblaciones mestizas del Caribe tienen 1,4 veces más probabilidades que las caucásicas (blancos) de portar la variante del gen APOEε4. Sin embargo, su asociación con la demencia es más débil en quienes se identifican como negros y en aquellos con mayor proporción de genes con origen étnico africano según estudios de SNP. (6)

En los seis países de América Latina y el Caribe, incluidos en el estudio 10/66, una investigación que incluyó 6447 personas sin deterioro cognitivo mayores de 65 años se demostró que solo el 12,8% de las personas estudiadas, mostraron una salud cardiovascular ideal, en el resto 6,2% de los participantes fue clasificada como mala y en el 81,0% como moderada salud cardiovascular. Los niveles ideales y moderados de salud cardiovascular se asociaron con una menor incidencia de demencia con una reducción del riesgo de 44% y 33% respectivamente en relación con aquellos que mostraban una mala salud cardiovascular. (10). El objetivo de presente y futuro es actuar sobre los factores de riesgos de demencia en estos países de bajos y medianos ingresos.

Comparando los periodos basal (2003 - 2006) y de seguimiento a los 15 años (2016 - 2019) del 10/66 en cuatro de los países (Cuba, República Dominicana, México y Perú), se obtuvieron los siguientes resultados: Un aumento en la prevalencia de la demencia en República Dominicana (11,5 % > 13,6%), México (8,3% > 17,1%) y Perú 9,2% > 16,8%) y ligero descenso en Cuba (12,6% > 10,1%). La causa se justifica por un incremento en la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares (hipertensión arterial mal controlada, tabaquismo, diabetes e ictus).

Mensaje final: La prevalencia de la demencia en nuestros países es elevada, con una proyección de incremento mayor en México y menor en Uruguay, Argentina, Cuba y Cataluña hacia el 2050. El 40% de los casos de demencia en ALC pueden ser prevenidos. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de Alzheimer es una responsabilidad del individuo y de la sociedad en su conjunto. Prevenir es mejor que curar.

LAS PREGUNTAS DE MIEMBROS DE ADRIG

¿La pobreza un factor de riesgo del deterioro cognitivo?

La respuesta parece ser afirmativa, sin embargo, son necesarias investigaciones que den validez a esta afirmación. Si nos basamos en los datos de países con más recursos socioeconómicos, vemos que los cambios sociales, las mejoras en las condiciones de vida (educación y la atención sanitaria), influyen favorablemente en la salud física, mental y cognitiva del individuo, favorecen un envejecimiento saludable y reducen la incidencia de demencia.

¿Las manifestaciones neuropsiquiátricas pueden preceder a las cognitivas en el Alzheimer y otros procesos neurodegenerativos?

La detección precoz de los procesos que pueden conducir a la demencia es un objetivo ineludible. El diagnóstico, en fase subclínica, con la detección de biomarcadores en plasma está muy cercano. Sin embargo, hoy y en el futuro, seguirá siendo necesario descubrir su existencia frente a las primeras manifestaciones cognitivas (sutiles o evidentes). Si queremos adelantarnos en el diagnóstico, debemos considerar las alteraciones de conducta o cambios en la personalidad que pueden preceder a las alteraciones cognitivas. Difundir el concepto MBI (Mild Behaviour Impairment) (2017), a los equipos de atención primaria – primer nivel asistencial) puede ayudar a esta detección precoz.

¿Cuáles son los recursos para afrontar el DCL i la Demencia en cada uno de nuestros países?

Tras el diagnóstico del DCL y la demencia, se inicia un largo período de seguimiento, donde coinciden los problemas de las personas afectadas, y los retos de su entorno familiar/cuidador. El bienestar y la calidad de vida son objetivos que deben perdurar a lo largo de todo el proceso hasta la fase de despedida/duelo. Es obligado que los profesionales del equipo que atiende a estas familias reconozcan los recursos disponibles y como llegar a ellos con facilidad. Para ello ADRIG se propone actualizar su conocimiento y establecer unas guías que favorezcan su acceso.

MENSAJES PARA RECORDAR

DCL y DEMENCIA : Diagnóstico precoz

- Seguimos llegando demasiado tarde al diagnóstico.
- Identificar “cambios sutiles” puede ser importante.
- Quien se “queja” casi siempre tiene razón”.
- Quejas cognitivas subjetivas (QCS) y Cambios de conducta (MBI)
 - Antesala de un proceso degenerativo.
- Diagnóstico temprano permite:
 - Prevenir. Informar. Formar
- Debemos confirmar la sospecha.
 - Degeneración versus No degeneración
 - Etiología del proceso neurodegenerativo- Alzheimer
- Las dudas clínicas se aclaran con biomarcadores.
 - Sensibles / Específicos
- La seguridad absoluta la da el estudio patológico.
 - Comorbilidad.

SI QUIERES PARTICIPAR EN ADRIG

Envía tu correo electrónico a miquelaguilar@gmail.com con la siguiente información:

Nombre y Apellidos
Profesional
Centro de Trabajo
Ciudad - País
Email de contacto