



AUTONOMÍA Y ASPECTOS MEDICOLEGALES EN EL ALZHEIMER



Dra. Cynthia Dunovits

Jefa de la División de Psicofarmacología en el Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires. Argentina

La historia de una mujer de 88 años que plantea evaluación medicolegal

Natural de Argentina, con estudios secundarios completos. Viuda y convive con su hijo afectado por una discapacidad motora producida por un ictus.

Ingresó en el Hospital el 6 de marzo del 2024, tras un episodio autolítico y para valorar su deterioro cognitivo. **Presentaba antecedentes** psiquiátricos y tratamiento desde el año 1993 (57 años). Deterioro cognitivo en seguimiento irregular desde el 2015 (79 años). Sufría episodios frecuentes de cefalea que trataba con amitriptilina.

Evaluación al ingreso: Examen psiquiátrico: despierta, parcialmente desorientada en tiempo, orientada en espacio y persona. Fallos de memoria inespecíficos. Euproséxica. Discurso tangencial intermitente. Contenido de su lenguaje coherente. Sin ideación / plan auto /heterolítico. Sin alteraciones sensorio-perceptivas. Sin impulsividad ni agresividad latente o manifiesta. Eubúlica. Eutímica. Juicio debilitado. Insomnio de conciliación. Apetito conservado.

Evaluación cognitiva: MMSE: 21/30 (orientación tiempo 3/5, memoria 2/3). Rey Auditory Learning Test 30 (esperada $41,6 \pm 6,6$). Relato de una historia – Singoret (Recuerdo inmediato 4/12; recuerdo diferido 3,5/12). Fluencia verbal fonológica 24 (normal) semántica animales 10 (normal). Test de Boston 36/45 (puntuación baja).

Evaluación funcional: Índice de Katz:4 (inestabilidad a la marcha e incontinencia). Lawton y Brody : 0/8 (máxima afectación) CDR=1 ; GDS=4; FAST = 4

TERCER NEWSLETTER

(Abril/Junio 2024)

Analítica de laboratorio: Hemograma: GR: 4.180.000/ml, Hb 12,4 g/dl, Hto 37.8%, VCM: 90.4, HCM:29,7 pg., CHCM: 32,8 g/dl, GB 4096/ml, Eosinófilos 3,4%, Plaquetas 129.000/ml, Glucemia: 91 mg/dl. Uremia: 41 mg/dl. Creatinina: 1,30 mg/dl. TSH: 1,92uUI/ml. T4 10,7 ng/dl. **APOPROTEÍNA E 3/3.** **TAC de cerebro:** Dilatación bilateral y simétrica de los surcos corticales, cisternas basales y cavidades ventriculares, de aspecto involutivo. **Plan farmacológico:** Amitriptilina 25mg/día; Clonazepam 1mg/día; Melatonina 3mg/día; Quetiapina XR 150 mg/día; Memantina 10mg/día **Evolución:** evaluada diariamente, por el equipo médico, se constató buena tolerancia a la medicación y remisión de la sintomatología que motivó la internación. **Examen psiquiátrico al alta (14/3/2024):** Tranquila. Con patrón de deterioro cognitivo idéntico al ingreso. Sueño y apetito restituido con medicación. Fue dada de alta y control ambulatorio.

Diagnóstico: Demencia en grado leve (GDS=4); el Código 358 en el DSM-V (= “Trastorno neurocognitivo no especificado”)

Indicaciones en el momento del alta: A) Acompañamiento terapéutico permanente. B) Seguir la estrategia de tratamiento farmacológico. C) Manejo de medicación por terceros. D) Ante una nueva eventualidad concurrir a guardia.

Seguimiento ambulatorio: La paciente no concurre a la cita acordada. Se presenta la hija quien refiere que la paciente no sostiene las indicaciones médicas ni acepta supervisión de tareas presentando conductas desorganizadas e incumplimiento del plan farmacológico. Insiste en manejar su auto. Realiza denuncias de robo de este.

Se solicita evaluación interdisciplinaria Para determinar riesgo para sí y/o para terceros de la paciente y dispositivo adecuado para continuar tratamiento.

Esta paciente en su manejo plantea problemas de autonomía y capacidad

AUTONOMÍA Y CAPACIDAD CIVIL

Se considera que una persona es autónoma y con capacidad civil cuando disfruta de un conjunto de condiciones de normalidad psíquica que le son indispensables para adquirir derechos y contraer obligaciones (Betta, 1982).

En el Código Civil y Comercial (CCyC) del año 2015, se considera que toda persona es capaz, y lo excepcional es la incapacidad, que debe ser expresamente limitada por una declaración judicial. La incapacidad nunca puede ser total, porque siempre somos titulares de derechos y deberes jurídicos. La ley puede privar o limitar esta capacidad respecto de hechos, simples actos, o actos jurídicos determinados. (Artículo 22).

TERCER NEWSLETTER

(Abril/Junio 2024)

Toda persona puede ejercer por sí misma sus derechos, excepto cuando se den las limitaciones expresamente previstas en este Código y en una sentencia judicial (Artículo 23). Son incapaces de ejercicio: a) la personas al nacer; b) la persona que no cuenta con la edad y grado de madurez suficiente, con el alcance dispuesto en la Sección 2ª de este Capítulo; c) la persona declarada incapaz por sentencia judicial, en la extensión dispuesta en esa decisión. (Artículo 24)

Se debe especificar para que funciones, la persona precisa ser apoyada:

Discapacidad: Se le considera a “toda persona que padece una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación con su edad y medio social implica desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.”. Se trata de un término asistencial. No implica capacidad civil. La persona conserva íntegramente su capacidad civil.

Ley de discapacidad (Ley Nacional N:22431). Contempla el perfil asistencial y de derechos y los servicios de asistencia. Se apoya en la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (ley 25.280) y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Aprobada por la Ley 26.378. Cuenta con jerarquía constitucional por la Ley 27.044 (2014).

Su Artículo 12 se refiere: a) La promoción de la autonomía de la persona; b) la adopción de un modelo de apoyos; c) la igualdad jurídica en materia de capacidad y d) las salvaguardas para evitar abusos que sean proporcionadas, adaptadas a la persona, y revisables periódicamente. Se abandonan los esquemas de sustitución de voluntad y se da paso a sistemas de apoyos.

En el Artículo 141: Se declaran incapaces por demencia las personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes. (Artículo sustituido por art. 1º de la Ley N° 17.711 B.O. 26/4/1968. Vigencia: a partir del 1º de julio de 1968.)

Ley de Salud Mental 26657/2010, en su **Artículo 3:** Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. **Artículo 5º** La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

Artículo 144. Los que pueden pedir la declaración de demencia son: 1º. Cualquiera de los cónyuges no separado personalmente o divorciado. 2º Los parientes del demente; 3º el Ministerio de Menores; 4º el respectivo cónsul, si el demente fuese extranjero; 5º Cualquiera persona del pueblo, cuando el demente sea furioso, o incomode a sus vecinos.

En el Artículo 31 (del CCyC) se expone : a) la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, aun cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial; b) las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona; c) la intervención estatal tiene siempre carácter interdisciplinario, tanto en el tratamiento como en el proceso judicial; d) la persona tiene derecho a recibir información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión; e) la persona tiene derecho a participar en el proceso judicial con asistencia letrada, que debe ser proporcionada por el Estado si carece de medios; f) deben priorizarse las alternativas terapéuticas menos restrictivas de los derechos y libertades.

Artículo 32. Persona con capacidad restringida y con incapacidad. El juez puede restringir la capacidad para determinados actos de una persona mayor de trece años que padece una adicción o una alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes. En relación con dichos actos, el juez debe designar el o los apoyos necesarios que prevé el artículo 43, especificando las funciones con los ajustes razonables en función de las necesidades y circunstancias de la persona. El o los apoyos designados deben promover la autonomía y favorecer las decisiones que respondan a las preferencias de la persona protegida. Por excepción, cuando la persona se encuentre absolutamente imposibilitada de interactuar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos resulte ineficaz, el juez puede declarar la incapacidad y designar un curador.

Artículo 33. Están legitimados para solicitar la declaración de incapacidad y de capacidad restringida: a) el propio interesado; b) el cónyuge no separado de hecho y el conviviente mientras la convivencia no haya cesado; c) los parientes dentro del cuarto grado; si fueran por afinidad, dentro del segundo grado; d) el Ministerio Público

Artículo 34: Durante el proceso, el juez debe ordenar las medidas cautelares necesarias para garantizar los derechos personales y patrimoniales de la persona. En tal caso, la decisión debe determinar qué actos requieren la asistencia de uno o varios apoyos, y cuáles la representación de un curador.

Artículo 37: La sentencia se debe pronunciar sobre los siguientes aspectos vinculados a la persona en cuyo interés se sigue el proceso: a) diagnóstico y pronóstico; b) época en que la situación se manifestó; c) recursos personales, familiares y sociales existentes; d) régimen para la protección, asistencia y promoción de la mayor autonomía posible. Para expedirse, es imprescindible el dictamen de un equipo interdisciplinario.

Artículo 39: La sentencia debe ser inscripta en el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas y se debe dejar constancia al margen del acta de nacimiento. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 45, los actos mencionados en este Capítulo producen efectos contra terceros recién a partir de la fecha de inscripción en el registro. Desaparecidas las restricciones, se procede a la inmediata cancelación registral.

Artículo 42. La autoridad puede disponer el traslado de una persona cuyo estado no admita dilaciones y se encuentre en riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros, a un centro de salud para su evaluación. En este caso, si fuese admitida la internación, debe cumplirse con los plazos y modalidades establecidos en la legislación especial. Las fuerzas de seguridad y servicios públicos de salud deben prestar auxilio inmediato.

Artículo 43: Se entiende por apoyo cualquier medida de carácter judicial o extrajudicial que facilite a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general.

Es fundamental tener en cuenta las Neurociencias de la capacidad, que nos permite un manejo asistencial más adecuado, sobre la autonomía de los pacientes con Alzheimer y otras patologías neurodegenerativas que provocan deterioro cognitivo, y conductual. Debemos tener en cuenta la gradualidad del proceso, los sistemas de apoyo en la toma de decisiones. El papel de las exploraciones complementarias.

Existe la necesidad de que se disponga de una Ley específica para pacientes con Alzheimer, que contemple el proceso de institucionalización, la conformación de los sistemas de apoyo; La evaluación de la capacidad con los exámenes neurocognitivo y exploraciones complementarias. Las directivas anticipadas y la cobertura de prestaciones

Bibliografía:

Sun W, Matsuoka T and Narumoto J. Decision-Making Support for People with Alzheimer's Disease: A Narrative Review. *Frontiers in Psychology* 2021, 12 noviembre.

DISCUSIÓN DE CASOS CLINICOS

6º Reunión ADRIG

- Demencia cuerpos de Lewy versus Parkinson-Demencia (Cynthia Dunovits) (Psiquiatría) (Argentina)
- Repercusión familiar en un paciente con Demencia (Raúl Gutiérrez) (Medicina familiar) (México)
- Síndrome de Capgras persistente (Miquel Aguilar) (Neurología) (España)

7º Reunión ADRIG

- Trastorno neurocognitivo y crisis epilépticas de inicio subagudo en una mujer de 32 años (Ángel Santos Martínez) (Neurología) (Cuba)
- Secuelas post-ictus o trastorno neurológico funcional (Anna Morera Bayo) (Neuropsicología) (España)
- Paraparesia y demencia en un hombre joven. (Juan J. Llibre Rodríguez) (Geriatría) (Cuba) (**)
- DCM multidominio de predominio lenguaje en un hombre de 81 años (Miquel Aguilar Barberà) (Neurología) (España)

8º Reunión ADRIG

- Señor de 86 años, deterioro cognitivo ligero en el límite de la demencia vascular: Neuroimagen con macro-microhemorragias, micro-infartos y leucoaraiosis: Angiopatia amiloide.
- Maestra de 57 años, consulta por quejas de memoria subjetivas. TDAH con dificultades de aprendizaje (escuela y universidad). Distocia familiar compleja. Problemas laborales
- Señor de 70 años. Parkinsonismo rígido de predominio en extremidades inferiores resistente a la terapia con levodopa. Hidrocefalia del adulto mejoría post-punción y extracción de 20 mm de LCR
- Mujer de 60 años, maestra, demencia rápidamente progresiva. Alzheimer atípico, afasia primaria progresiva

Equipo presentador: Paquita Soler i Maite Matas (enfermeras), Noemí Calzado (psicólogo), Rosa Montero (Psiquiatra), Francis González (Terapeuta familiar), Noemí Cerulla (Neuropsicólogo) (Catalunya)

Participantes en la discusión: Raúl Gutiérrez y Yeye (México), Mario Ríos (Argentina), Marta Otero y Ana Margarita López (Cuba), Almudena García y Mery Salguero (Catalunya)

PARAPARESIA Y DEMENCIA EN UN HOMBRE JOVEN

(CC 7ª REUNIÓN ADRIG)



Prof. Juan J. Llibre Rodríguez

Jefe de la Unidad de Investigación del Declinar Cognitivo y las Demencias. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. Profesor Titular de Medicina Interna, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Investigador Titular. Miembro Titular de la Academia de Ciencias de Cuba. Presidente de su Comisión de Envejecimiento. Doctorado en Epidemiología, PhD, King College. London.

Varón de 44 años, diestro, trabajador agrícola, con 6 años de educación. Consulta en diciembre 2023 por debilidad, dificultad para caminar y olvidos

Su sintomatología se inició 2 años antes (2022), con debilidad progresiva en ambas piernas (p. ej., dificultad para levantarse de una posición sentada), caídas frecuentes y fatiga. A inicios del 2023 la debilidad le dificultaba el caminar. Presentaba fallos de memoria reciente con preguntas repetitivas, dificultad para recordar detalles de conversaciones y eventos recientes.

Seis meses antes de la consulta refirió dificultad intermitente para hablar, si bien no presentaba vacilaciones, déficits gramaticales, parafasia o problemas con la lectura o la comprensión del lenguaje. Se frustraba fácilmente, especialmente cuando se enfrentaba a sus déficits.

Antecedentes Patológicos Personales: Factores de riesgo vascular: Hipertensión arterial. Hipercolesterolemia, Episodios sincopales. Síncopes. Consumo de tabaco 1/2 cajetilla diaria. Consumo social frecuente de alcohol. No se conocían alergias a medicamentos.

Antecedentes familiares: Su hermano a los 41 años presentaba un Deterioro Cognitivo Ligero (MCI). La madre falleció de demencia a los 56 años. Una tía materna falleció con demencia a los 59 años. Un primo fue diagnosticado de enfermedad de Alzheimer de inicio a los 43 años. Una prima tiene un diagnóstico de paraparesia de causa no precisada.

Evaluación cognitiva: Mini Examen del Estado Mental fue 25/30 y en la Escala CDR, fue clasificada como estado confusional inicial (CDR=0.5). CDR-SB: 3.5. Dada su edad, estas puntuaciones sugieren alteraciones leves de la memoria y la función ejecutiva, que fueron confirmadas mediante pruebas neuropsicológicas,

como una demencia leve.

Exploración neurológica

- Reflejo glabellar +. Hipertonía tipo espástico en las cuatro extremidades y debilidad predominantemente en las inferiores (proximal>distal). Maniobras de Hoffman (++) y Babinski (+). No se observaron movimientos anormales, ni mioclonías, corea o temblor.

Sospecha diagnóstica

Paraparesia espástica de inicio en la edad adulta, asociada a un síndrome cognitivo de predominio amnésico, con una historia de herencia dominante.

Posibles etiologías

- Paraparesia espástica familiar.
- Paraparesia espástica tropical.
- Enfermedad de Alzheimer hereditaria dominante: (EAF PS1, PS2, APP)
- FTLD- EMN (C9Orf72, GRN, VCP)

Exploraciones complementarias

RMN craneal: patrón de atrofia temporal - parietal e hipocampal.

Estudio de LCR: A β 42: 250 (780–974 pg/ml), Tau Total: 423 (47–225 pg/ml) y P-tau181: 92 <61 pg/ml

EMG y ENG: Normal

El genotipo APOE fue ϵ 3/ ϵ 4.

Todos estos valores de biomarcadores indican la presencia de patología de la enfermedad de Alzheimer y su aparición en un paciente con una afectación leve desde el punto de vista clínico.

Diagnóstico:

- Enfermedad de Alzheimer Familiar Autosómica Dominante (EAF)
- El estudio genético para mutaciones GRN (-), PSEN1 (+), MAPT (-), PSEN2 (-), APP (-).
- Con Paraparesia Espástica

Comentarios:

Si bien la enfermedad de Alzheimer Familiar autosómica dominante causadas por PSEN1 (65%), APP (10-15%) y PSEN2 (raras) constituyen el 1 % del total de casos de EA, la historia familiar es extremadamente importante.

Los trastornos de memoria son la forma más frecuente de presentación en las formas autosómicas dominantes de enfermedad de Alzheimer (EAFAD), pero otros signos y variantes No amnésicas pueden estar presentes. Entre estos, se citan: parkinsonismo, mioclonías, crisis epilépticas, espasticidad, signos de degeneración cortico bulbar, ataxia cerebelosa, afasia, apraxia, agnosia visual, alucinaciones, cambios de personalidad o manifestaciones conductuales, ictus isquémico o hemorrágicos. La espasticidad incluida la Paraparesia Espástica se ha descrito en el 13.7 % de los casos de EA Familiar autosómica Dominante. (Clinical heterogeneity in familial Alzheimer's disease. Lancet Neurology 2016. Tang M et al. Lancet 2016; Ryan N et al. Lancet 2016.)

EL TEMA ESTRELLA

Relación del Microbiota intestinal y la Enfermedad de Alzheimer



Prof. Laura Beatriz Sarubbo

Médica Psiquiatra. Ex Prof. Agregada de la Clínica Psiquiátrica. Facultad de Medicina – UdelaR. Magister en Psiconeurofarmacología (Universidad Favaloro). Diplomada en Psicoterapia en Servicios de Salud. Diplomada en Psicofarmacología del adulto mayor (UCES). Especialista en Psicogeriatría (ANA). Psicoterapeuta vincular e individual psicoanalítica (FUPSI). + 598 99627499. Montevideo – Uruguay. Miembro ADRIG

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia de las personas mayores y a veces, pero en menor proporción, de los no tan mayores. Es una enfermedad generalmente crónica y progresiva, con un desarrollo lento y gradual con muchos años de progresión sin sintomatología que afecta distintas funciones, memoria, pensamiento, lenguaje, capacidad de resolución de problemas, juicio, destrezas motoras y personalidad.

Estas alteraciones interfieren con la capacidad del individuo que la porta en la realización de las actividades de la vida diaria, lo que lleva a un alto gasto en recursos económicos y un sufrimiento elevado para la familia, el cuidador y también el paciente.

Cerca de 55 millones de personas en el mundo la sufren, diagnosticándose 1 nuevo caso cada 3 segundos según datos de la OMS.

El término demencia es un término general y no habla de su etiología, que es diversa, siendo la enfermedad de Alzheimer la de mayor prevalencia (del 60 al 70% del total) la que sigue creciendo rápidamente en los países de América Latina y el Caribe. Según datos de la OPS (2) en las mujeres que viven en la Región de las Américas se estima su prevalencia en un 65%, cifra más alta, en comparación con la mundial que es del 60%. El 20% de los países con las mayores tasas de mortalidad por esta patología estandarizadas por edad por cada 100.000 habitantes en América son: Estados Unidos, Canadá, Surinam, Cuba, Honduras, Bolivia y Uruguay.

Es frecuente la falta de conocimiento y comprensión de la demencia, que genera estigmatización y barreras para el diagnóstico y tratamiento tempranos.

Existen cinco etapas asociadas con la enfermedad de Alzheimer a saber:

- Enfermedad de Alzheimer preclínica
- Deterioro cognitivo leve por enfermedad de Alzheimer
- Demencia leve por enfermedad de Alzheimer
- Demencia moderada por enfermedad de Alzheimer
- Demencia grave por enfermedad de Alzheimer

Sabemos que hay factores de riesgo involucrados en la etiopatogenia de las demencias pero que ninguno de estos por sí solo es capaz de su desarrollo teniendo que reunirse varios de ellos para su aparición.

Dentro de los factores de riesgo enumeramos: los genéticos, la baja educación, el tipo de alimentación, el consumo de alcohol, la depresión, el aislamiento social, la inactividad física, enfermedades coexistentes como la diabetes, patologías cardiovasculares, problemas auditivos y motrices y la polución ambiental. De estos un 40 % pueden ser modificables mediante políticas preventivas en salud y algunos estudios muestran la existencia de desajustes previos a los cognitivos que pueden ser detectados tempranamente.

El microbiota intestinal

El microbiota se define como una comunidad compleja de microorganismos que ocupa un nicho específico, y el microbioma hace referencia al microbiota y a la función que cumple dentro de dicho entorno.

Hay diferentes tipos de microbiotas dependiendo del lugar en donde residan, así hay un microbiota de la piel, de la boca, del aparato genitourinario, etc.

El microbiota intestinal es aquella que coloniza el intestino durante el nacimiento y se estabiliza luego de los 3 años variando durante toda la vida.

Esta variabilidad depende de diferentes factores como el índice de masa corporal, el consumo de la fibra, la actividad física y el sexo.

Ejerce numerosas funciones, como son: la metabolización de alimentos, la modificación de la densidad mineral ósea, la maduración del sistema inmune, la síntesis de vitaminas (K, B12 y folato), el metabolismo de las sales biliares y la modulación de algunos fármacos, la protección contra patógenos, la síntesis de metabolitos esenciales, el mantenimiento de la integridad de la mucosa intestinal e inclusive contribuye a la maduración del SNC. (3)

La disfunción intestinal y el contenido microbiano alterado pueden contribuir a la patogénesis de variadas enfermedades como el Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas, si bien aún no se conocen exactamente los mecanismos de estas interacciones. (4)

Algunos trabajos sugieren que el microbiota intestinal de pacientes con EA sintomática tiene una composición taxonómica alterada en comparación con la de individuos sanos y cognitivamente normales. Sin bien el conocimiento sobre estos cambios es limitado se ha visto que las modificaciones de su composición se correlacionan con los biomarcadores patológicos β -amiloide ($A\beta$) y tau, pero no con los biomarcadores de neurodegeneración, (hipometabolismo temporoparietal, atrofia del hipocampo, etc.) lo que sugiere que el microbioma intestinal puede cambiar en las primeras etapas del proceso de la enfermedad.

Se han visto aumentos o disminuciones de la cantidad de determinadas bacterias: Dorea formicigenerans, con propiedades proinflamatorias, Oscillibacter sp. 57_2, asociada a una menor integridad epitelial, Faecalibacterium prausnitzii, una bacteria antiinflamatoria

Al aparecer estas variaciones de la cantidad de bacterias produce una reducción de la concentración de butirato acompañada de un aumento de la concentración de acetato, valerato y LPS, (moléculas derivadas de la microbiota intestinal), que podrían comprometer la integridad de la barrera intestinal, provocar y mantener una inflamación sistémica, alterar la barrera hematoencefálica, y permitir el pasaje, al sistema nervioso central, de compuestos proinflamatorios que faciliten la cascada de eventos que subyacen a patologías neurodegenerativas como lo es la enfermedad de Alzheimer. (5)

Pero los cambios del microbiota intestinal ¿son solo una respuesta a cambios patológicos en el cerebro o el microbioma intestinal contribuye a la génesis de la enfermedad de Alzheimer?

Faltan muchas investigaciones para develar una posible causalidad directa que explique esta relación, pero nos abre la posibilidad de usar esta disbiosis como marcador temprano y preclínico de riesgo de Alzheimer siendo además relativamente fácil de utilizar y de bajo costo.

Reconociendo entonces que hay factores relativamente fáciles de modificar en la génesis de la Enfermedad de Alzheimer, más allá de lo que implica su detección temprana, se hace cada vez más necesaria la implementación de recursos económicos sobre todo en los países latinoamericanos donde la prevalencia de esta enfermedad es mayor.

Promover cambios en las estrategias de prevención de esta patología, favoreciendo un estilo de vida saludable que implique una dieta sana, introduciendo cambios del microbioma mediante una alimentación adecuada y el manejo de probióticos y prebióticos, así como la realización del ejercicio, la integración social y los tratamientos cognitivos tendientes a disminuir en forma significativa la incidencia y la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer será, dada la urgencia sanitaria mundial que significa su presencia, nuestro objetivo más querido.

Bibliografía:

- 1- Pan American Health Organization (PAHO) <https://www.paho.org> > temas > demencia
- 2- Alzheimer's Association. Causas y factores de riesgo <https://www.alz.org> > alzheimer-demencia > causas-y-fac.
- 3- Keller, María, Papel de la microbiota en el eje intestino-cerebro Su implicancia en desórdenes psiquiátricos y del neurodesarrollo en Revista de Psicofarmacología N° 135 ed. Sciens Bs As marzo 2024 pag 10:15.
- 4- Pellegrini C, Antonioli L, Colucci R, Blandizzi C, Fornai M, Interacción entre la microbiota intestinal, la barrera mucosa intestinal y el sistema neuroinmune entérico: ¿un camino común hacia las enfermedades neurodegenerativas? Acta Neuropathol . 136 , 345–361 (2018). [PubMed] [Google Scholar].
- 5- Sochocka M, Donskow-Łysoniewska K, Diniz BS, Kurpas D, Brzozowska E, Leszek J, Las alteraciones del microbioma intestinal y la patogénesis de la enfermedad de Alzheimer impulsada por la inflamación: una revisión crítica . Mol. Neurobiol 56 , 1841–1851 (2019). [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]
- 6- Aura Ferreiro, Joo Hee Choi, Jian Ryou , Erin P recién llegado, Regina Thompson, Rebeca Bollinger, Carla Hall-Moore, Yo Malick Ndao, Laurie Saxo, Tammie LS Benzinger , Susan Stark, David Holtzman, Anne Fagan, Suzanne E Schindler, Carlos Cruchaga, Omar H Butt, John Morris, Phillip Tarr , Beau M Ances, Gautama Dantas Ciencia Transl Med, Gut microbiome composition may be an indicator of preclinical Alzheimer's disease - 14 de junio de 2023; 15 (700): eabo2984. doi: 10.1126/scitranslmed.abo2984. Publicación electrónica del 14 de junio de 2023



TERCER NEWSLETTER

(Abril/Junio 2024)

SEGUNDA REUNIÓN PRESENCIAL Y ONLINE DE ADRIG EN BUENOS AIRES – ARGENTINA



ADRI
Alzheimer's Disease Research International Group

JORNADA HÍBRIDA

 **¿Cuándo?**
Jueves 29 de Agosto
de 10 a 14 hs

 **¿Dónde?**
Presencial
Salón del Consejo, FMED - UBA
Virtual  YouTube

   

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

www.adrig.org