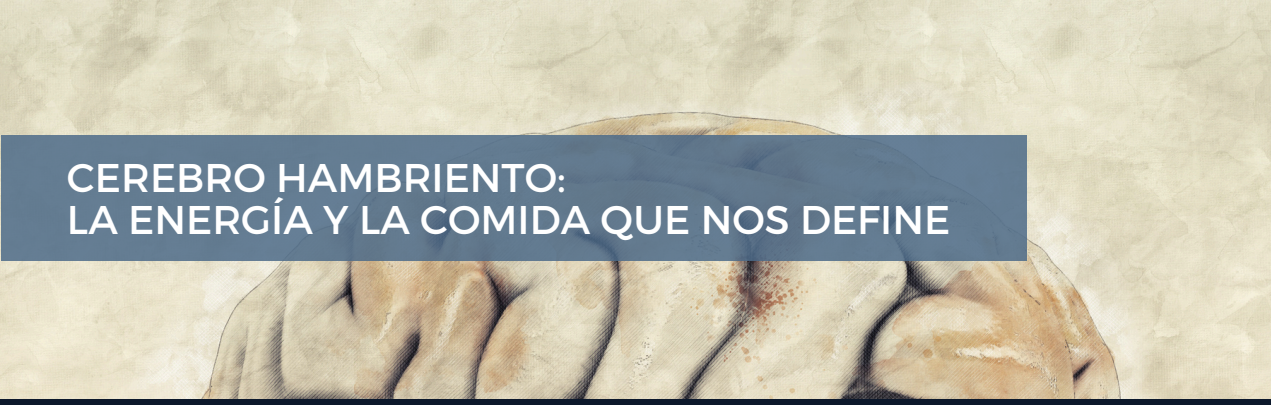




ALZHEIMER
ARGENTINA

NEWSLETTER

Tercer Newsletter



CEREBRO HAMBRIENTO:
LA ENERGÍA Y LA COMIDA QUE NOS DEFINE



LA DIETA:
ALIADO FUNDAMENTAL EN LA PREVENCIÓN
DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



¿CÓMO PREVENIR LAS CAÍDAS EN EL
ADULTO MAYOR?

CEREBRO HAMBRIENTO: LA ENERGÍA Y LA COMIDA QUE NOS DEFINE

El cerebro es, quizá, el órgano más asombroso del cuerpo humano. Sin embargo, detrás del entusiasmo por su capacidad para pensar, crear o recordar, es importante detenerse en una verdad básica pero frecuentemente olvidada: el cerebro necesita energía. Mucha. Y cómo le damos esa energía —con qué lo alimentamos— puede marcar la diferencia entre una mente activa o una vulnerable al deterioro cognitivo.

A pesar de representar menos del 2% del peso corporal, el cerebro consume alrededor del 20% del oxígeno y la glucosa que circula por el cuerpo. Ese consumo energético no es gratuito: cada pensamiento, emoción, movimiento y decisión requiere miles de millones de conexiones entre las más de 100 mil millones de neuronas. Esa red sináptica —que algunos han comparado con una computadora o incluso con internet— necesita un suministro constante y eficiente de combustible para funcionar correctamente.

Esa “computadora biológica” no solo consume energía, también genera residuos. Alrededor de 2000 gramos de “proteínas basura” por año —más de lo que pesa el propio cerebro— deben ser eliminadas mediante mecanismos como el sistema glinfático, una suerte de sistema de limpieza cerebral que actúa durante el sueño. Cuando este proceso falla, puede contribuir a enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer.

Justamente ahí aparece el rol clave de la alimentación. No se trata solo de “comer bien” en términos generales, sino de entender que lo que ingerimos influye directamente en el funcionamiento de nuestras neuronas. El viejo adagio “somos lo que comemos” puede actualizarse en este contexto: pensamos como comemos.

Ciertas sustancias tienen efectos inmediatos: el exceso de café, mate o bebidas energizantes puede hacernos más impulsivos, ansiosos o incluso insomnes. Pero más allá de estas reacciones agudas, lo que verdaderamente preocupa a los científicos es la relación entre el metabolismo de los alimentos y el riesgo de deterioro cognitivo.

Hoy se postula que en el Alzheimer podría existir una resistencia a la insulina en las neuronas, similar a la diabetes tipo 2, pero localizada en el cerebro. Por eso algunos investigadores han comenzado a hablar de una “diabetes tipo 3”. En este marco, controlar los niveles de glucosa en sangre, evitar los picos de insulina y regular el metabolismo podría ser una forma de proteger la salud cerebral, evitando los mecanismos inflamatorios relacionados al “síndrome metabólico”.

Los ácidos grasos insaturados —en especial los famosos omega-3 presentes en pescados grasos, semillas y aceites vegetales— también cumplen un rol central. Estos lípidos

ayudan a mantener la integridad de las membranas neuronales y a reducir procesos inflamatorios. Su inclusión en dietas específicas no solo busca mejorar la salud vascular cerebral, sino también aumentar la resiliencia cognitiva ante lesiones o envejecimiento.

Algunos programas terapéuticos ya los incluyen en el tratamiento del Alzheimer. El trabajo pionero de Dale Bredesen en la Universidad de California propuso el enfoque MEND (Mejora en la Neurodegeneración por Modificación del Metabolismo), combinando dieta, ejercicio, sueño y suplementos nutricionales para revertir el deterioro cognitivo en fases tempranas.

Otro punto crítico es el papel de las vitaminas del complejo B —especialmente B6, B12 y ácido fólico—, fundamentales para controlar los niveles de homocisteína, un aminoácido que, en exceso, se vuelve neurotóxico y daña el endotelio vascular. También se investiga la vitamina D y la E, aunque esta última con resultados más controversiales.

En paralelo, el intestino emerge como un actor inesperado pero crucial. Con miles de millones de bacterias que componen el microbioma intestinal, este “segundo cerebro” produce sustancias neuroquímicas y se comunica con el sistema nervioso central. El equilibrio de esta flora intestinal podría tener un impacto directo en nuestra salud emocional y cognitiva, abriendo nuevas vías para tratar enfermedades como el Alzheimer desde el tracto digestivo.

La dieta mediterránea —rica en frutas, verduras, pescado, legumbres y baja en carnes rojas y azúcares— ha sido validada por numerosos estudios como una aliada en la protección cerebral. Su combinación con ejercicio aeróbico regular (mínimo cuatro veces por semana, durante 40 minutos) y un sueño reparador de al menos ocho horas constituye una tríada básica pero potente para la prevención.

Todo esto nos lleva a pensar que las decisiones diarias sobre qué comemos, cuánto nos movemos y cómo dormimos no son triviales. Influyen directamente sobre la oxigenación cerebral, la eliminación de toxinas, el equilibrio emocional y la capacidad de aprendizaje y memoria.

Además, muchas enfermedades que afectan al cerebro, como la hipertensión, la diabetes, la obesidad o la dislipemia (colesterol elevado, especialmente el LDL), tienen un origen común en la mala alimentación y el sedentarismo. Es decir, cuidar lo que comemos no solo previene enfermedades cardiovasculares o metabólicas: también es una estrategia fundamental para sostener la salud cerebral a lo largo del tiempo.

En definitiva, el cerebro no solo piensa: también come, respira, se limpia, se inflama o se defiende. Y nosotros, como cuidadores de esa increíble maquinaria, podemos influir —para bien o para mal— en su destino. Debemos hablar del cerebro no solo de sus maravillas, sino también de sus necesidades. Alimentar bien al cerebro es también una forma de pensar mejor.

Bibliografía

1. Gómez-Pinilla, F. (2008). *Brain foods: the effects of nutrients on brain function*. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(7), 568-578.
2. Bredesen, D. E., Amos, E. C., Canick, J., Ackerley, M., Raji, C., & Fiala, M. (2016). *Reversal of cognitive decline in Alzheimer's disease*. *Aging*, 8(6), 1250-1258.
3. Jacka, F. N., Cherbuin, N., Anstey, K. J., & Butterworth, P. (2015). *Dietary patterns and depressive symptoms over time: Examining the relationships with socioeconomic position, health behaviours and cardiovascular risk*. *PLoS ONE*, 10(1), e0115605.

LA DIETA: ALIADO FUNDAMENTAL EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es una condición neurodegenerativa que afecta a millones de personas en todo el mundo. Aunque no hay cura para esta enfermedad, la investigación sugiere que ciertos tipos de dieta pueden ayudar a prevenir o retrasar su progresión.

La dieta mediterránea es una de las más estudiadas en relación a la enfermedad. Se caracteriza por una alta ingesta de frutas, verduras, granos integrales, aceite de oliva y pescado. Esta dieta ha sido relacionada con una reducción del riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer. Una variante de esta dieta es la MIND que es el acrónimo de Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay. DASH es un plan de alimentación para regular la presión arterial. DASH son las siglas en inglés de Dietary Approaches to Stop Hypertension (Enfoques Alimentarios para Detener la Hipertensión). Su plan consiste en frutas y verduras, principalmente de hoja verde y ricas en antioxidantes, cereales integrales, frutos secos como las nueces, pescado azul como el salmón, la sardina, la trucha, el atún o la caballa, carnes magras como el pollo y el pavo, legumbres como las lentejas, las alubias y los garbanzos.

Las grasas saturadas se asociaron con un mayor riesgo de deterioro de la función cognitiva y de Alzheimer. En relación a esto, se ha observado que la ingesta excesiva de grasas saturadas está asociada con la hiperinsulinemia e hipercolesterolemia. Los perfiles de síndrome metabólico como resistencia a insulina y dislipemia propician estados proinflamatorios además de aumentar el riesgo vascular y aumentar así el riesgo de la enfermedad.

Los ácidos grasos omega-3, especialmente el ácido docosahexaenoico (DHA), se han relacionado con una reducción del riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer. Los alimentos ricos en omega-3 incluyen el pescado, las nueces y las semillas.

Los antioxidantes, como las vitaminas C y E, pueden ayudar a proteger el cerebro contra el daño oxidativo que se asocia con la enfermedad de Alzheimer. Los alimentos ricos en antioxidantes incluyen frutas, verduras, nueces.

La enfermedad de Alzheimer está relacionado con procesos de envejecimiento acelerado. Para poder regular estos mecanismos resulta fundamental actuar sobre los factores de riesgo modificables relacionados con hábitos saludables que regulan y enlentecen el daño celular asociado. La dieta constituye un eslabón fundamental en la modulación y protección de procesos de inflamación, daño vascular y funciones metabólicas.

Una dieta baja en grasas saturadas y azúcares puede ayudar a reducir el riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer. Los alimentos procesados y los productos lácteos pueden ser fuentes de grasas saturadas y azúcares.

Bibliografía

1. Lichtenstein et al. (2009). *Dietary carbohydrate, fiber, and sugar intake and risk of Alzheimer disease. American Journal of Clinical Nutrition*, 90(3), 638-645.
2. Scarmeas et al. (2009). *Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease. Annals of Neurology*, 66(2), 216-225.
3. Yassine et al. (2017). *Omega-3 fatty acids and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. Journal of Alzheimer's Disease*, 56(2), 547-557.

¿CÓMO PREVENIR LAS CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR?

Las caídas en personas mayores constituyen un problema relevante de salud pública a nivel mundial. Se calcula que alrededor de un tercio de los adultos mayores de 65 años sufre al menos una caída por año, y una proporción significativa experimenta episodios reiterados. Más allá del daño físico, las caídas afectan profundamente la autonomía, la calidad de vida y la sensación de seguridad de quienes las padecen.

Las caídas, a su vez, representan la principal causa de muerte accidental en mayores de 75 años, siendo responsables de hasta el 70% de estos casos. Las consecuencias pueden ir desde lesiones leves como hematomas hasta fracturas graves, especialmente de cadera y muñeca, y traumatismos craneoencefálicos. En el plano emocional, muchas veces desencadenan un temor persistente a volver a caerse, lo cual limita la movilidad, favoreciendo el aislamiento social y generando conductas evitativas, con el consiguiente aumento de la dependencia.

La falta de movilidad debido a lesiones por caídas genera, a su vez, un importante impacto económico en los sistemas de salud, sobre todo cuando se requiere de internación o rehabilitación prolongada.

Dentro de los factores que contribuyen a las caídas en el adulto mayor podemos identificar:

- **Factores intrínsecos:** se refieren a condiciones propias de la persona que aumentan el riesgo de caída. Entre ellos se destacan las alteraciones en la marcha y el equilibrio, la pérdida de fuerza muscular y la sarcopenia, los trastornos visuales y auditivos, así como el uso de múltiples medicamentos (polifarmacia) y los efectos adversos de fármacos como sedantes o antihipertensivos. También influyen enfermedades crónicas como el Parkinson, la demencia o la diabetes.
- **Factores ambientales:** comprenden elementos del entorno que aumentan el riesgo de caídas. Se incluyen la iluminación insuficiente dentro del hogar, la presencia de superficies resbaladizas o irregulares, alfombras mal fijadas, cables sueltos o atravesando zonas de paso, y escaleras sin pasamanos ni cintas antideslizantes. También se considera el uso de calzado inadecuado, que compromete la estabilidad al caminar.
- **Factores conductuales y sociales:** estos aspectos pueden potenciar el impacto de los factores intrínsecos y ambientales mencionados anteriormente. Dentro de ellos encontramos la inactividad física, el aislamiento social, la resistencia al uso de medidas de seguridad (como bastones o barandas) y el consumo de sustancias depresoras del sistema nervioso central, como el alcohol, contribuyen significativamente a aumentar la vulnerabilidad a las caídas en el adulto mayor.

Si bien existen escalas validadas que permiten identificar personas en riesgo de caídas, como el test de Tinetti, para evaluar el equilibrio y la marcha; el Timed Up and Go (TUG), que mide cuánto tiempo tarda una persona en levantarse de una silla, caminar 3 metros, girar, volver y sentarse nuevamente en la silla; y la escala de Morse, que es un instrumento predictivo del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Es importante una revisión integral del entorno del hogar y una evaluación geriátrica completa, para planificar intervenciones adecuadas que ayuden a prevenir las caídas.

Las estrategias más eficaces a tener en cuenta son:

- **Ejercicio físico supervisado:** se recomienda realizar actividades que incluyan ejercicios de equilibrio, fuerza muscular, coordinación y resistencia, guiada por profesionales. Actividades como el Tai Chi, el yoga o los entrenamientos funcionales adaptados son especialmente útiles. La frecuencia recomendada es de al menos 3 veces por semana. A su vez, el ejercicio aeróbico como caminatas o andar en bicicleta es importante para mantener el movimiento activo.

- **Revisión de la medicación:** es fundamental realizar una evaluación periódica de los tratamientos farmacológicos, ya que la polifarmacia constituye uno de los factores de riesgo más frecuentes en adultos mayores. Es necesario identificar aquellos medicamentos que pueden aumentar el riesgo de caídas, como las benzodiazepinas, los antihipertensivos o los hipoglucemiantes, y ajustar las dosis o suspenderlos cuando sea clínicamente posible.
- **Modificaciones en el entorno:** es importante brindar indicaciones concretas sobre los ajustes necesarios en el hogar para mejorar la seguridad y la calidad de vida del adulto mayor; como mejorar la iluminación general, especialmente en pasillos y baños durante la noche, eliminar obstáculos como alfombras sueltas, cables en el suelo, y asegurar la presencia de pasamanos y superficies antideslizantes, adaptar el mobiliario para facilitar la movilidad y el acceso a objetos de uso frecuente.
- **Intervención visual y auditiva:** indicar y realizar seguimiento sobre el control de la visión y audición. La corrección de problemas visuales y el uso adecuado de audífonos pueden reducir el riesgo de caídas significativamente.
- **Tecnología asistiva:** realizar evaluaciones funcionales de la marcha y el equilibrio con el fin de identificar y prescribir los elementos que favorezcan el desplazamiento seguro y el mantenimiento de la autonomía. Entre las ayudas más comunes se incluyen bastones, andadores, calzado antideslizante y alarmas personales. Además, puede considerarse la incorporación de tecnologías más avanzadas, como sensores de movimiento o dispositivos de monitoreo con cámara y micrófono bidireccional, que permiten una supervisión remota y una respuesta rápida ante emergencias.
- **Educación y concientización:** es clave ofrecer información de manera activa tanto a los adultos mayores como a sus cuidadores, con el objetivo de promover la prevención de caídas, enseñar cómo actuar adecuadamente en caso de que ocurran y reforzar la importancia del autocuidado como herramienta para preservar la autonomía y la seguridad.
- **Intervenciones integrales comunitarias:** se debe promover el cuidado y el envejecimiento activo mediante un abordaje multidisciplinario que integre a médicos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, trabajadores sociales y psicólogos. Asimismo, es fundamental incentivar la participación de los adultos mayores en actividades recreativas, sociales y culturales, que favorezcan su bienestar físico, emocional y social

Prevenir las caídas en el adulto mayor es posible y requiere un enfoque integral que combine el abordaje clínico, el rediseño del hogar y la promoción de estilos de vida saludables y activos. La detección temprana de factores de riesgo y la implementación de intervenciones individualizadas son claves para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Bibliografía

1. Manual para la Prevención y Atención de Caídas en Personas Adultas Mayores. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Dirección de Gerontología. Ciudad de México.
2. Tinetti, M.E.; Williams, T. Frankin; Mayewski, R. (1986). "Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities". American Journal of Medicine 80 (3): 429-434.
3. Mathias, S., Nayak, U. S., & Isaacs, B. (1986). Balance in elderly patients: the "get-up and go" test. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 67(6), 387-389.
4. Gutiérrez-Valencia M, Leache L, Saiz LC. Revista Española de Geriatria y Gerontología 57 (2022) 186-194. Revisión de la validez de las escalas de valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados.



ALZHEIMER
ARGENTINA

28°
Congreso Argentino de la Enfermedad de
ALZHEIMER
y otros trastornos cognitivos

VIERNES 24 DE OCTUBRE 2025

AULA MAGNA, Facultad de Medicina - UBA
Buenos Aires, Argentina

INSCRIPCION
alzheimerargentina@gmail.com | www.alzheimer.org.ar

 **ADRI**
CENTRO DE ALZHEIMER
Facultad de Medicina - UBA

 **CALUBA**
CENTRO DE ALZHEIMER
Facultad de Medicina - UBA

 **PRONADIAL**
Programa Argentino de Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y otros trastornos cognitivos
Facultad de Medicina - UBA

CHARLAS PARA FAMILIARES Y CUIDADORES

todos los jueves 16 hs

