

MODULO I

- **FISIOPATOLOGIA DE ENFERMEDADES NEURO DEGENERATIVAS**
- **ALZHEIMER**
- **ENFERMEDAD DE PARKINSON**
- **ESCLEROSIS MULTIPLE**
- **ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA**

MGSS: MARIO MERINO ESCARGLIONI

TRASTORNOS COGNITIVOS EN EL ADULTO MAYOR

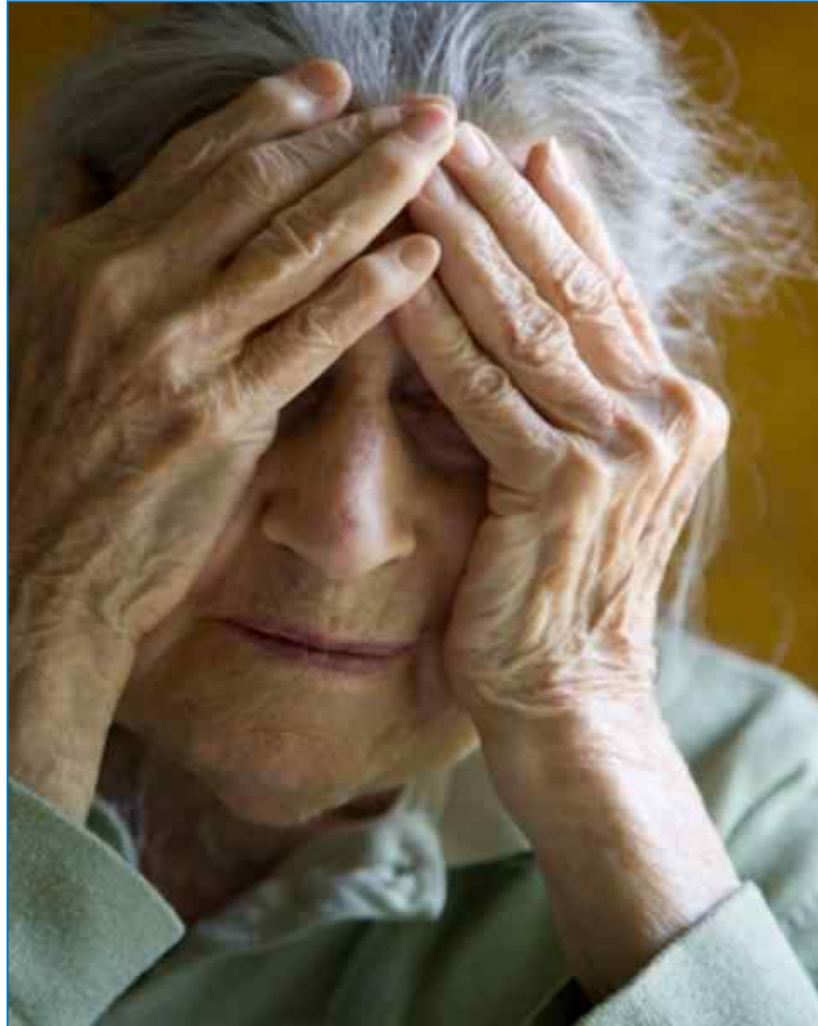


¿QUÉ ES EL DETERIORO COGNITIVO?

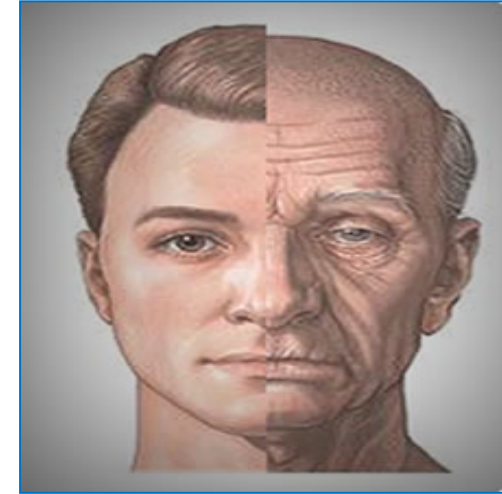
- El deterioro cognitivo es la pérdida o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta, que interfiere con la actividad e interacción social del adulto mayor.
- El Deterioro Cognitivo y la Demencia son conceptos similares, diferenciándose sólo por el grado de la alteración.



FACTORES PSICOLÓGICOS: ANSIEDAD, DEPRESIÓN, STRESS

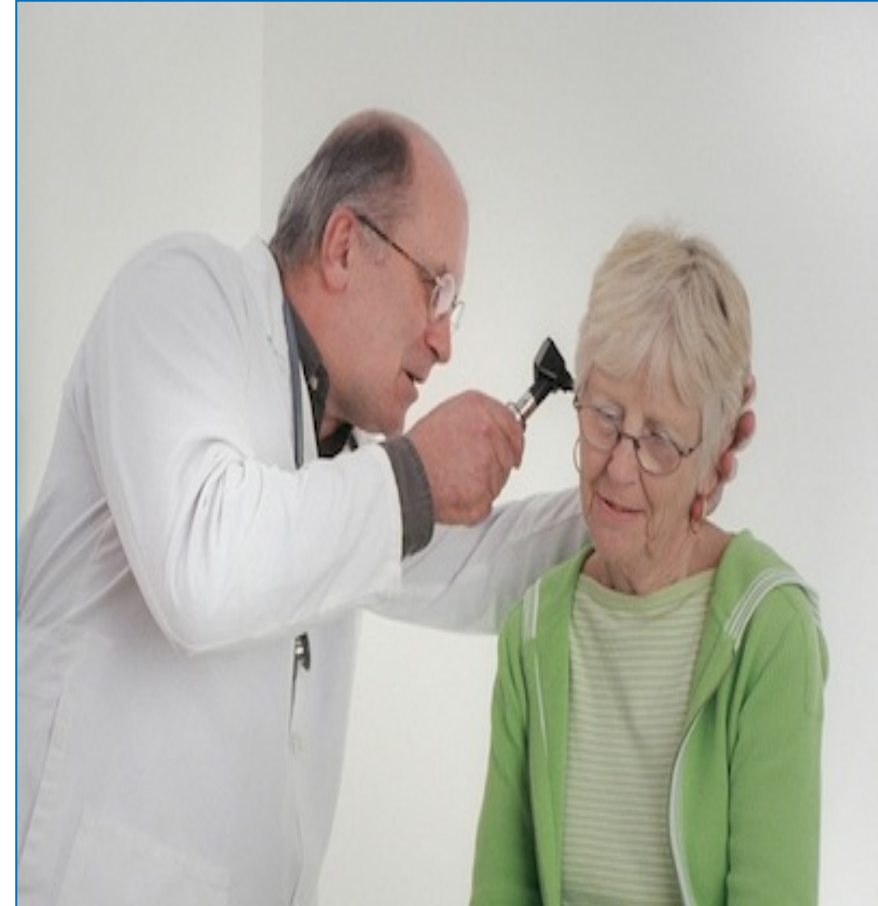


FACTORES SOCIALES: JUBILACIÓN, AISLAMIENTO, VEJEZ



DIAGNÓSTICO

- Para evaluar el grado de deterioro cognitivo ó pérdida de memoria se llevan a cabo exámenes específicos realizados por un especialista en Gerontopsiquiatria. El especialista cuantifica las funciones mentales del paciente, por medio del denominado “examen neuropsicológico cuantitativo” o ” tests cognitivos”.
- Para iniciar un tratamiento o plan farmacológico para el deterioro cognitivo es indispensable consultar con el especialista.



NUEVOS ENFOQUES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES NEURO DEGENERATIVAS ALZHEIMER



FUNCIÓN NORMAL DE CÉLULAS CEREBRALES

- **El cerebro tiene 100 billones** de células nerviosas o neuronas. Cada célula nerviosa se conecta con muchas otras para formar redes de comunicación. **Los grupos** de células tienen tareas especiales. Algunas están envueltas en pensamiento, aprendizaje y memoria.
- **Otras ayudan** en la audición, olor y la vista.
- **Para** hacer su trabajo las células cerebrales operan como pequeñas fábricas. Estas generan energía, construyen equipo y sacan desperdicios.
- Las células también procesan y almacenan información y se la comunican a otras células.
- El mantener este funcionamiento requiere coordinación y grandes cantidades de alimento y oxígeno.

- **La Enfermedad de Alzheimer, (EA)**, es neurológica, degenerativa, progresiva que comienza insidiosamente y está caracterizada por pérdida gradual de función cognoscitiva y disturbios en conducta y afecto (**Honan Pellico, 2013**).
- Es un **tipo de demencia** donde ocurre pérdida progresiva de la función mental interfiriendo con la memoria, capacidad de pensar con claridad y aprender, y con el tiempo, la capacidad de funcionar (**Williams and Hopper, 2009**).
- La enfermedad es más común **en mujeres** que en hombres y que su incidencia y prevalencia aumenta dramáticamente después de los 65 años de edad. Sin embargo, individuos **menores de 65 años** de edad pueden desarrollar o presentar síntomas de EA,

Normalmente en el cerebro hay una disposición precisa de filamentos y túbulos que se encargan de la integridad celular.

Las personas con EA desarrollan ovillos neurofibrilares (masas de neuronas no funcionales) en lugar de la configuración ordenada normal.

Se produce una anomalía dentro de la proteína de la membrana celular de una neurona.

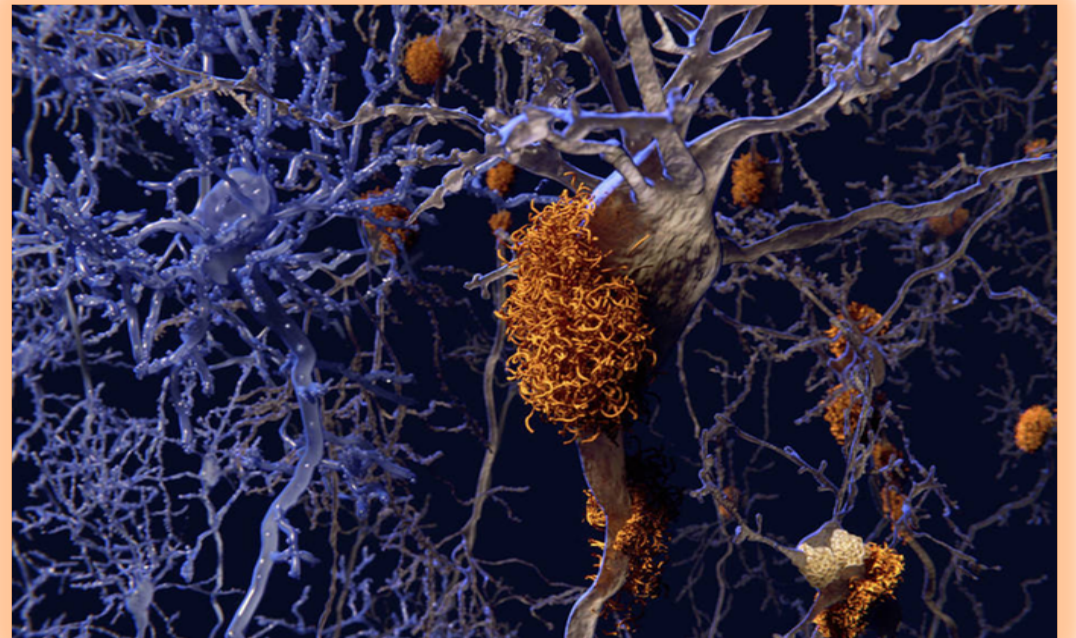
Los terminales del axón se van desintegrando y las ramas dendríticas se reúnen en placas seniles o neuríticas (depósitos de proteína amiloidea).

Las placas neuríticas y ovillos neurofibrilares se diseminan a través de los axones a otras áreas del cerebro.

El daño neuronal ocurre primariamente en la corteza cerebral resultando en atrofia cerebral.

Las células del cerebro principalmente afectadas son las que utilizan el neurotransmisor acetilcolina, (enzima envuelta específicamente en el proceso de memoria) la cual va disminuyendo en cantidad.

Según las personas envejecen, van desarrollando en el cerebro placas neuríticas y ovillos neurofibrilares, pero los pacientes con EA tienden a desarrollarlas en mucho más cantidad.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Es muy difícil establecer la fecha de comienzo de la EA, pero una vez esta se sospecha y se identifica el progreso es gradual e inevitable.

En las etapas tempranas de la enfermedad ocurren olvidos y pérdida sutil de la memoria.

Los pacientes comienzan a experimentar dificultades en el trabajo o actividades sociales lo cual los puede llevar a deprimirse.

Eventualmente los olvidos se van manifestando en la vida diaria perdiendo la habilidad para reconocer cosas familiares tales como personas, objetos y lugares familiares.

Suelen repetir historias o hechos ya relatados porque olvidan que ya los han contado.

Los Síntomas de la EA

1 ra. Etapa

Pérdida de la memoria de corto plazo dura de 2 a 4 años, olvidos. **Amnesia**
Dificultad para integrar nueva información

Desorientación en tiempo y lugar

Disminución de interés en actividades diarias, conocimientos y entorno

Rechazo a realización de tareas

Deterioro en desempeño diario

2da. Etapa

La más larga duración, puede durar de **dos a doce** años. **Afasia.**

Apraxia. Agnosia

Deterioro de función cognitiva

Irritabilidad

Trastornos del sueño

Ansiedad

Pueden ocurrir alucinaciones y convulsiones

Deterioro de higiene personal

3 ra. Etapa

Dependencia completa
Pérdida de capacidad para conversar

Incontinencia intestinal y urinaria

Pérdida del control emocional

Pérdida de la capacidad para conversar, ambular, y reconocer sus seres queridos

Pérdida de la habilidad para deglutir y expresar sus necesidades

Presentación

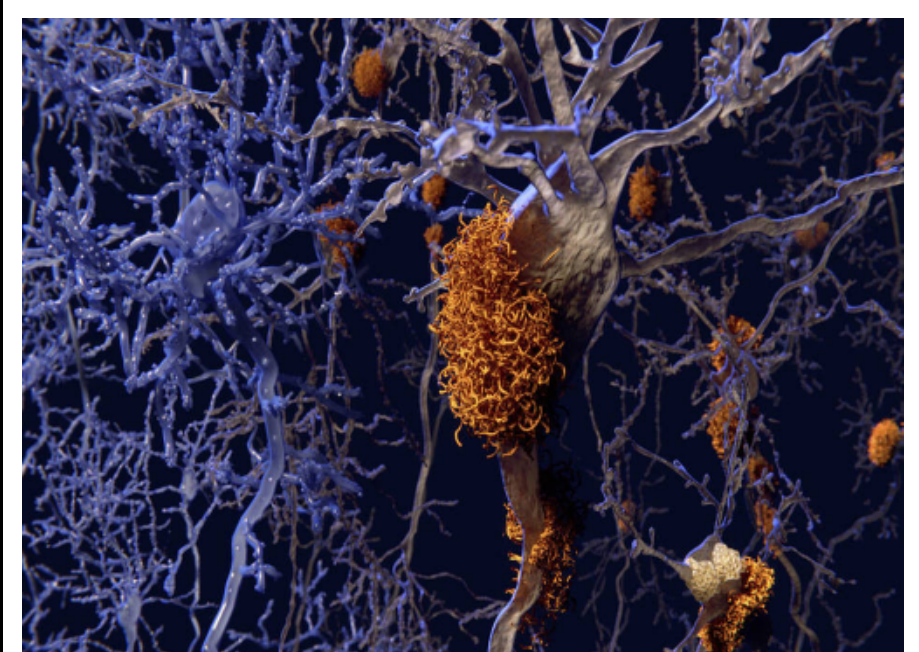
La (EA) descubierta por el neurólogo alemán Alois Alzheimer en el 1906.

El Dr. Alzheimer realizó una necropsia al cerebro de una mujer que había muerto de una rara enfermedad mental.

Esta mujer había presentado síntomas tales como pérdida de la memoria, problemas de lenguaje y comportamiento impredecible.

Al examinar su cerebro, el Dr. Alzheimer descubrió unas masas anormales

(actualmente llamadas placas amiloides) y unos bultos retorcidos de fibras (llamados actualmente ovillos o nudos neurofibrilares).



La enfermedad de Alzheimer es la más común de **varios tipos** de demencia.

Durante el transcurso de los años se han identificado varios tipos de demencia en adultos tales como demencia vascular, demencia de Enfermedad de Parkinson, demencia fronto-temporal; sin embargo, la enfermedad de Alzheimer es el tipo más común de demencia en el **50 %** de todos los pacientes con demencia.

(**Lerner**, 2012, The many faces of dementia)

Consecuencias de la demencia

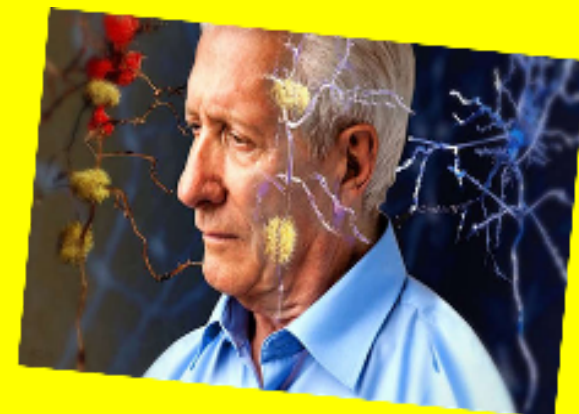
A lo largo de 2020 han aparecido 9,9 millones de casos de demencia nuevos en todo el mundo, uno cada 3 segundos.

El número total de personas con demencia en todo el mundo son 46,8 millones, y esta cifra se duplicara en 20 años.

Si lo dividimos por regiones mundiales:



- América – 9,4 millones.
- Europa – 10,5 millones.
- África – 4 millones.
- Asia – 22,9 millones.



Demencia y envejecimiento en los países en vías de desarrollo

Se estima que en el mundo hay cerca de 900 millones de personas mayores de 60 años, un número que aumenta rápidamente gracias a la cada vez mayor esperanza de vida.

Entre 2020 y 2050, el número de personas mayores se incrementará de la siguiente manera:

56 % en países con rentas altas.

138 % en países con rentas medio-altas

185 % en países con rentas medio-bajas

239 % en países con rentas bajas (el triple)

Prevalencia mundial de la demencia

Estas cifras no se actualizaban desde 2009. Se estima que la prevalencia actual de la demencia, en mayores de 60 años es:

- **4,7 % en Asia, con un incremento proporcional previsto del 69 % antes de 2030 y del 194 % para el año 2050**
- **5,9 % en Europa, con un incremento proporcional previsto del 28 % antes de 2030 y del 78 % para el año 2050**
- **6,4 % en América, con un incremento proporcional previsto del 67% antes de 2030 y del 216 % para el año 2050**
- **4,6 % en África, con un incremento proporcional previsto del 74 % antes de 2030 y del 291 % para el año 2050**
- **Total mundial: 5,2 %, con un incremento proporcional previsto del 60 % antes de 2030 y del 181 % para el año 2050**

Estadísticas sobre el Alzheimer en el Perú

- En la actualidad **200** mil peruanos sufren de enfermedad de Alzheimer, que alcanzarán la cifra de **1** millón para el **2050**.
- El número de casos podría reducirse un **40%**, si asumimos hábitos de vida saludable desde la juventud.
- Afecta más frecuentemente a mujeres que hombres después de los **65** años de edad.
- El **80%** de los casos, recién acuden a la consulta cuando un síntoma conductual (paranoia, alucinaciones, agitación psíquica nocturna) se hace evidente y el estadio de la enfermedad se

- El **80 %** de los casos de Alzheimer en estadio inicial permanecen sin realizar diagnóstico.
- El tiempo promedio de la enfermedad, luego del diagnóstico en estadios iniciales es de **10 a 14 años**.
- **En Perú**, el **95 %** de los gastos de tratamiento y cuidado del paciente son asumidos en **SOLITARIO** por las familias.
- El cuidador generalmente es el cónyuge o una de las hijas, que asume la responsabilidad sin tener preparación alguna.
- El **75%** de los cuidadores exclusivos y familiares directos presentan síntomas clínicos y psicológicos como consecuencia del cuidado crónico de los pacientes con Alzheimer.

Esta enfermedad, que aumenta con la **edad**, empieza con **síntomas** sutiles como problemas de **memoria**, dificultad para denominar objetos y luego **desorientación** en el tiempo y espacio. "La pérdida de las capacidades van comprometiendo el funcionamiento familiar, social y laboral"

Para aliviar los síntomas del paciente:

existen tratamientos no farmacológicos como una dieta saludable, ejercicio aeróbico e interacción social,

también existen: medidas farmacológicas que modifican la evolución de la enfermedad y tratan los principales síntomas.

Nuevo tratamiento

Actualmente, en **Perú** se realizan también las investigaciones para demostrar la eficacia y seguridad de estos nuevos medicamentos, beneficiando con el acceso a los pacientes a estas terapias innovadoras.

Hace un mes, se inició la prueba con un nuevo anti-amiloide que será probado a nivel mundial en aproximadamente 800 pacientes con pre-demencia.

- Estos tratamientos se administrarán mensualmente por al menos **5 años**, y veremos sus resultados a fines de **2025**.

los cuidadores:

- **Las estadísticas indican que un solo cuidador principal invierte una media de 60 horas semanales (6 horas en el caso de los hombres y 12 horas en el caso de las mujeres).**
- **El 82% de las mujeres cuidadoras están en edad de trabajar, tienen entre 19 y 65 años. La edad media de una cuidadora es de 46 años.**
- **La mayoría de los cuidadores varones son jubilados y el 35% de ellos compagina su labor de cuidador con un trabajo remunerado.**

- **El 40% de los cuidadores reconoce tener problemas económicos derivados de su labor como cuidador.**
- **El 27% considera que su vida profesional se ha resentido y un 11% ha tenido que dejar de trabajar.**
- **En el 13% de los casos, algún otro miembro de la familia ha tenido que dejar de trabajar o estudiar de manera total o parcial para ayudar al cuidador principal.**
- **El 60% de los cuidadores toman medicamentos o reciben servicios de rehabilitación o fisioterapia como consecuencia directa de sus tareas de cuidado.**

PRESENTACIÓN

Se trata de un trastorno que afecta a todo el entorno familiar de la persona enferma y cuyo impacto más importante se produce sobre la **persona cuidadora principal**, Habitualmente, estas personas cuidadoras son sus parejas, generalmente de edad avanzada, lo que hace más difícil afrontar la situación y les convierte, a ellas mismas, en sujetos vulnerables.

Por ello, es imperativo no sólo ayudar a la persona enferma, sino también proteger a quien le provee los cuidados.

La demencia es una de las enfermedades más temidas y caras de la sociedad actual.

Se define como un síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido que determina disminución de la capacidad intelectual suficiente como para interferir en el desempeño social y funcional del individuo y en su calidad de vida.

Muchas enfermedades pueden causar demencia, algunas de las cuales pueden ser reversibles.

Evaluación Inicial

En todo paciente con deterioro cognitivo se debe investigar la enfermedad.

Para determinar si los síntomas de un paciente son suficientes como para hacer el **diagnóstico** de demencia.

Es necesario hacer una **anamnesis y examen físico dirigidos, examen mental, evaluación funcional y conocer el estado mental** y funcional previos del sujeto.

Se debe detallar la evolución de los síntomas y diferenciar si estos han aparecido en forma súbita o lentamente progresiva o si se han asociado o no a otros síntomas como caídas, incontinencia urinaria, alteraciones motoras (temblor, rigidez, focalización neurológica, mioclonías, etc).

También se debe preguntar por la existencia de síntomas sugerentes de enfermedades médicas, neurológicas o psiquiátricas.

Drogas como anticolinérgicos, analgésicos, psicotrópicos y sedantes pueden producir deterioro cognitivo.

El antecedente de alcoholismo crónico también es importante, pues puede causar deterioro cognitivo,

Algunos **síntomas** considerados de “**alarma**” o sugerentes de demencia **son:**

Dificultad para aprender y retener nueva información. Se vuelve repetitivo, le cuesta recordar una conversación reciente, eventos, citas; pone los objetos en lugares incorrectos.

Dificultad para realizar tareas complejas. Le cuesta realizar una labor que requiere varios pasos, tal como cocinar, balancear una chequera, etc.

Deterioro en la capacidad de razonar. Es incapaz de responder con un plan para enfrentar problemas en la casa o en el trabajo.

- **Desorientación espacial.** Tiene problemas para manejar, se pierde en la calle, aun en lugares familiares.
- **Deterioro en el lenguaje.** Aparece dificultad creciente para encontrar las palabras adecuadas en una conversación.
- **Alteraciones en el comportamiento.** Aparece pasividad, o más irritabilidad que la habitual; puede malinterpretar estímulos visuales o auditivos.
- **Otros:** observar si ha cambiado su hábito de vestirse, puede verse desaseado, desordenado, llega tarde a la hora de la consulta, etc

El examen mental debe incluir una evaluación en las áreas cognitiva y afectiva. Se recomienda usar instrumentos estandarizados como la prueba **Mini-Mental de Folstein** que es ampliamente aceptado en el mundo, evalúa orientación, atención y concentración, registro, memoria, lenguaje escrito y oral.

Antes de realizar cualquier examen cognitivo destinado a evaluar una demencia, debe evaluarse la capacidad de **atención y concentración**, pues si el sujeto tiene severamente afectada la **atención** va a fallar en el resto de las pruebas por esta causa.

La **evaluación de laboratorio** incluye: hemograma y VHS, perfil bioquímico (calcio, fósforo, pruebas hepáticas, glicemia), electrólitos, hormonas tiroideas, nivel plasmático de vitamina B12 y otras enfermedades inflamatorias e infecciosas.

Se recomienda hacer serología para HIV en sujetos con factores de riesgo.

Alrededor del **20%** de los pacientes **HIV (+)** presentan demencia.

Las imágenes del cerebro, tomografía computada o resonancia nuclear magnética, son útiles para descartar otras lesiones (tumores, hidrocefalia, infarto, etc) que puedan contribuir a la demencia.

El **electroencefalograma** no se usa de rutina, pero puede ser útil para identificar encefalopatías tóxico metabólicas.

La causa más frecuente de demencia es la **Enfermedad de Alzheimer**, que afecta a más del **70%** del total de los casos.

La **Enfermedad de Alzheimer** es la principal causa de **demencia**, correspondiendo al **70%** del total de los casos; le sigue en frecuencia la **demencia vascular** con una frecuencia de **10 - 20%**.

Enfermedad de Alzheimer

En **1907**, **Alois Alzheimer** describió por primera vez la enfermedad, el trastorno de una **mujer de 51 años**, le denominó **“trastorno atípico de demencia senil”**

(EA) se definió originalmente como una **demencia presenil** progresiva (de inicio antes de los **65 años**), que en la **autopsia** se caracterizaba por presentar atrofia cerebral con placas neuríticas y degeneración neurofibrilar en la corteza cerebral.

más tarde al síndrome se le **llamó** enfermedad de Alzheimer (Barlow y Durand, 2003).

EPIDEMIOLOGIA

La tasa de conversión de pacientes con deterioro cognitivo leve a demencia se sitúa en un 10 a 12 % anual.

Existe unanimidad al considerar que la tasa de demencia depende sustancialmente de la edad, del 0,1 % antes de los 65 años doblándose cada 5 años desde el 1 a 2 % a los 65-70 años y aumenta del 10 y 30 % o más después de los 85 años.

El principal determinante de mal pronóstico es la aparición a edad temprana del trastorno.

Las causas más frecuentes de demencia son las enfermedades neurodegenerativas, (EA, demencia con cuerpos de Lewy, degeneración lobular fronto temporal) y la enfermedad vascular cerebral.

Con respecto a la distribución por **sexos** hay diferencias, sin embargo las **mujeres** tienden a una incidencia mayor de EA a edades más **avanzadas** y los **hombres** presentan una incidencia mayor de demencia vascular a edades **más tempranas**.

América Latina ocupa el segundo lugar en frecuencia **y Uruguay es el país más envejecido de América Latina**

Factores de riesgo

Edad. .Historia familiar. Factores genéticos: Educación

Deterioro cognitivo leve.

Factores de riesgo cardiovascular: Entre los factores, los más importantes **son:** la hipertensión, la diabetes mellitus, la obesidad, el síndrome metabólico y el tabaquismo.

Estilo de vida y la actividad:

Alcohol: cantidades ligeras(particularmente vino) pueden ser protectoras.

Otros: Enfermedad renal crónica, dieta grasa, los estrógenos, alteración de la marcha.

Clasificación de enfermedades que cursan con demencia

Demencias de Origen Degenerativo

Demencias degenerativas primarias

- Enfermedad de Alzheimer.
- Demencia con cuerpos de Lewy.
- Degeneración frontotemporal.
- Demencia por priones.

Enfermedades en las que la demencia puede

formar parte del cuadro clínico.

- Corea de Huntington.
- Degeneración corticobasal.
- Parálisis supra nuclear progresiva.
- Enfermedad de Parkinson.
- Enfermedad de moto neurona.
- Atrofia multisistémica

Demencias Secundarias

Demencia Vascular: • Isquémica:

- D. multiinfarto. - D. por infarto estratégico
- estratégico. - Estado lacunar.

Hemorrágica: Hematoma subdural crónico.

D. por alteración dinámica del líquido cefalorraquídeo.

D. asociada a neoplasia. **D.** de origen infeccioso

D. demencia por enfermedad desmielinizante.

D. demencia por vasculitis y colagenosis.

D. demencia por traumatismos.

D. asociada a enfermedades psiquiátricas.

Síntomas: (10 señales según la Alzheimer's Association)

1. Cambios de memoria
2. Dificultad para planificar o resolver problemas
3. Dificultad para desempeñar tareas habituales
4. Desorientación de tiempo o lugar
5. Dificultad para comprender imágenes visuales
6. Nuevos problemas con el uso de palabras en el habla o lo escrito
7. Colocación de objetos fuera de lugar
8. Disminución o falta del buen juicio
9. Pérdida de iniciativa para tomar parte en el trabajo
10. Cambios en el humor o la personalidad



la Demencia tipo Alzheimer debe cumplir los siguientes criterios:

La presencia de los múltiples déficit cognitivos se manifiesta por:

1. **Deterioro de la memoria** (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
2. **Una (o más)** de las siguientes **alteraciones cognitivas**:
 - a) **Afasia** (alteración del lenguaje)
 - b) **Apraxia** (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - c) **Agnosia** (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).
 - d) **Alteración de la ejecución** (p.ej., planificación, secuenciación y abstracción).

FASE I

MEMORIA

Olvida sus citas.

- Nombre de personas.

COMPORTAMIENTO

Cambios de humor.

- Se enfada cuando se da cuenta que pierde el control de lo que le rodea.

GESTOS Y MOVIMIENTOS

En esta fase todavía está bien.

ACTIVIDADES COTIDIANAS

Es capaz de realizarlas sin Demasiados problemas.

LENGUAJE Y COMPRENSIÓN

Continúa razonando

- Tiene problema para encontrar las palabras.
- Frases más cortas
- Mezcla ideas sin relación directa.

MEMORIA

Reciente disminuida

FASE II

COMPORTAMIENTO

- Agresividad.
- Miedos.
 - Alucinaciones.
 - Deambulación continua.
 - Fatigabilidad.

GESTOS Y MOVIMIENTOS

- Pierde equilibrio.
- Caídas espontáneas.
 - Necesita ayuda para deambular

ACTIVIDADES COTIDIANAS

- Confusión.**
- Se viste mal.
 - Se pierde en trayectos habituales

FASE III

MEMORIA

- Reciente perdida
- No reconoce a su cónyuge, hijos, etc.
 - Memoria Emocional conservada

COMPORTAMIENTO

- Llora.
- Grita.
 - Se agita.
 - No comprende una explicación

LENGUAJE Y COMPRENSIÓN

Balbucea.

GESTOS Y MOVIMIENTOS

- No controla sus gestos
- Le cuesta tragar.
 - Se atraganta.
 - No controla esfínteres.

ACTIVIDADES COTIDIANAS

- Desaparecen totalmente
- Encamado.
 - Alimentación por sonda.

En síntesis

las personas que adolecen la demencia tipo Alzheimer, se caracterizan por alteraciones cognitivas múltiples, las que se desarrollan de forma progresiva e irreversible, siendo la memoria la más perjudicada.

La persona tiene dificultades para organizar información nueva, no puede aprender por asociaciones, a la par que disminuye su motivación en general.

Con el tiempo se presenta confusión mental, agitación, depresión y en algunos casos hostilidad. A estos problemas se suman efectos neuropsicológicos, **como ser:**

afasia, apraxia, agnosias, y alteraciones en la programación y regulación de la actividad psíquica.

Justificación del tratamiento

En la actualidad no existe una prevención eficaz, ni un tratamiento etiopatogénico que cure o detenga la enfermedad; hoy disponemos de tratamientos sintomáticos modestamente efectivos, para mejorar la cognición y las alteraciones conductuales con la finalidad de mantener la función.

Las expectativas realistas del efecto terapéutico deben ser con el paciente y los cuidadores.

El tratamiento farmacológico de la EA debe ser iniciado y supervisado por un médico experimentado en el diagnóstico y tratamiento de las demencias el tratamiento debe iniciarse solamente cuando se pueda identificar un cuidador que controle en forma regular la toma del fármaco por parte del paciente .

Los principios básicos para la indicación de fármacos para la demencia exigen:

- **hacer** un diagnóstico preciso del síndrome demencial;
- **clasificar** la demencia según su severidad (leve, moderada y severa);
- **informar** al paciente de los objetivos razonables del tratamiento
(mejorías sintomáticas modestas);
- **prescribir** la forma farmacéutica (comprimidos o parches), según la
preferencia del paciente y su cuidador y la accesibilidad a la droga;
- **optimizar la** dosis, inicio a dosis bajas y aumentos progresivos;

- **vigilar** la aparición de efectos adversos;
- **disminuir** la dosis si surgen efectos adversos (sin llegar a rangos sub terapéuticos);
- **evaluar** la eficacia terapéutica monitorizando múltiples dominios (cognición, conducta y funcionalidad);
- **enfaticar** en cada consulta la importancia de tomar los fármacos en forma regular.

Fármacos

Aunque no existe por el momento, ningún fármaco que pueda curar o estabilizar en forma permanente la EA,

existen dos grupos de fármacos cuyo uso está autorizado.

1. Anticolinesterásicos (inhibidores de la acetilcolinesterasa).

2. Moduladores de la transmisión glutamatérgica

(antagonistas de los receptores N-metil-D-Aspartato)

1. Fármacos anticolinesterásicos

Desde el año 2006 no han surgido nuevos fármacos, Los fármacos utilizados para el tratamiento de la demencia recomendadas con un nivel de evidencia **clase I** son: **donepecilo, rivastigmina y galantamina**

Actualmente se dispone de parches transdérmicos de **5 y 10** cm equivalentes a **9 y 18** mg del principio activo con una tasa de liberación in vivo de **4,6 y 9,5** mg/día, respectivamente.

Se **inicia** con el parche de **5** cm y cambiar al mes, al parche de **10** cm.

Estos efectos son: náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, pérdida del apetito, pérdida de peso, insomnio, síncope y bradicardia.

2. Moduladores de la transmisión glutamatérgica.

Conocido como **memantina**. Aprobado para el grado de moderado a severa para controlar los síntomas cognitivos o no cognitivos no son claros, implicada en los procesos de aprendizaje y memoria.

las reacciones adversas más frecuentes son la agitación y las alucinaciones

Otros fármacos

Para la EA, entre los que destacamos:

- **Cerebro lisina:** derivados de cerebros porcinos, que se administra por vía parenteral i/v. Aunque no se ha esclarecido su mecanismo de acción grado leve a moderado.
- **Vitamina E:** los estudios sobre su uso concluyen que hay insuficiente evidencia para la eficacia de la misma en el tratamiento de la EA.
- **Estudios con esteroides y no esteroides** en la EA han sido negativos y tienen efectos colaterales potencialmente serios.
- **En el caso de piracetam, selegilina, pentoxifilina** no se ha podido demostrar su eficacia dado que los estudios llevados a cabo fueron mal diseñados
- no deben ser indicados ni recomendados para el uso tanto en la prevención como para el tratamiento de la EA.

Alzheimer y nuevos estudios clínicos en Miami.

JULIE LANDRY LAVIOLETTE ESPECIAL/MIAMI HERALD:

22 DE ABRIL DE 2016 08:52 AM

- Investigadores locales están estudiando una proteína tóxica encontrada en el cerebro de pacientes con Alzheimer de manera que puedan mejorar el tratamiento y retrasar el progreso de la enfermedad.
- De acuerdo con la Asociación de Alzheimer, uno de cada nueve estadounidenses de 65 años o más sufren de la enfermedad, que afecta a 5.2 millones de personas en Estados Unidos.

Factores de riesgo

El mayor riesgo está relacionado a la **edad**, dice **Mark Todd, neuropsicólogo de Florida**. El riesgo también aumenta según se envejece. De acuerdo con la Asociación de Alzheimer, cerca de un tercio de las personas de **85** años o más sufren la enfermedad.

“Tener a un padre o hermano con demencia aumenta el riesgo de tres o cuatro veces”

dice Todd. “Las condiciones médicas como diabetes, hipertensión y apnea del sueño también aumentan el riesgo, especialmente si no se tratan”.

Prevención

- **“No fume,** limite el uso de alcohol y aumente la actividad física”, comenta Todd. “Las investigaciones demuestran que el ejercicio moderado tres veces a la semana o más por 20 minutos elevando el ritmo cardíaco, ayuda a reducir la acumulación de proteína amiloide en el cerebro.
- **Si usted es mayor** y no puede desplazarse, no tiene que correr un maratón, pero puede sentarse en una silla y aprender ejercicios aeróbicos utilizando los brazos y piernas para alcanzar la meta de ritmo cardíaco”.

- **La dieta mediterránea**, con pescado, vegetales de hojas verdes, nueces y frutas, ayuda, así como una dieta baja en grasa, té verde y el consumo moderado de chocolate.
- **Mantenerse cognitivamente** activo, aprendiendo un idioma, tomando una clase, formando rompecabezas y jugando, también ayuda a mejorar el estado anímico y evita la depresión.
- Las personas de **65** años o más que están deprimidos o sufren de ansiedad son más propensos a desarrollar trastorno cognitivo, dice.
- **“Pero ver televisión no ayuda**, aun cuando sea History Channel”,
dice Todd. “Prefiero que vayan a una clase de historia en una universidad local y hablen con otras personas para que puedan pensar, más que recibir la información pasivamente a través de la televisión”.

METAS E INTERVENCIONES DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Metas

Intervenciones y/o educación a familiares cuidadores

1. Promover la función cognoscitiva

Ambiente calmado y predecible para el paciente; **establecer** una rutina regular.

Hablar de forma calmada, clara y simple.

Utilizar claves y ayudas que promuevan la memoria (relojes, calendarios, código de colores en las puertas.

Promover participación activa del paciente para prolongar las actividades sociales, cognitivas y funcionales.

2. Promover la seguridad física

Instalación pasamanos. **Remover** objetos peligrosos.

Proveer luz adecuada en pasillos, baños, escaleras.

Evitar restricciones porque aumenta la agitación.

Asegurar las puertas de salida del hogar.

Supervisar todas las actividades fuera del hogar y colocarle al paciente algún brazalete o cadena en el cuello que lo identifique.

METAS E INTERVENCIONES DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Metas

Intervenciones y/o educación a familiares cuidadores

3. Promover independencia en actividades de autocuidado

Asistir al paciente para mantenerse funcionalmente independiente el mayor tiempo posible.

Simplificar las actividades diarias organizándolas en pasos cortos.

Supervisión directa manteniendo autonomía y dignidad del paciente.

Estimular al paciente a realizar elecciones cuando sea apropiado.

Permitirle participar en actividades de su autocuidado

4. Reducir ansiedad y agitación

Proveer soporte emocional constante al paciente que refuerce su auto imagen positiva.

Mantener un ambiente familiar y libre de ruido.

No forzar al paciente a realizar alguna actividad.

METAS E INTERVENCIONES DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Metas

Intervenciones y/o educación a familiares cuidadores

5. Mejorar la comunicación

El profesional de la salud debe permanecer sin apuros y reducir los ruidos y las distracciones.

Utilizar oraciones claras y fáciles de entender.

En las etapas tempranas de la enfermedad es útil utilizar listas e instrucciones escritas que le sirvan de recordatorio al paciente.

6. Proveer para las necesidades de socialización e intimidad

Estimular el que reciba visitas, cartas, llamadas telefónicas.

Las visitas deben ser cortas y no estresantes.

Proveer recreación.

Promover actividades tales como caminar, ejercitarse y socializar para una mejor calidad de vida.

Se debe mantener las relaciones entre esposos.

METAS E INTERVENCIONES DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Metas

Intervenciones y/o educación a familiares cuidadores

7. Promover nutrición adecuada

Mantener calma y tranquilidad a la hora de comer.

Los pacientes prefieren alimentos familiares apetitosos y de buen sabor.

Cortar alimentos en pedazos pequeños para evitar ahogamiento.

Cotejar la temperatura de los alimentos.

Cuando lleguen los problemas de coordinación proveer ayuda o alimentar al paciente.

8. Promover balance entre actividad y descanso

Promover ambiente para dormir: leche tibia, música, masaje a la espalda para relajar al paciente.

Estimular al paciente durante el día a ejercitarse ya que un patrón regular de actividad y descanso promueven el descanso en la noche.

METAS E INTERVENCIONES DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Metas

Intervenciones y/o educación a familiares cuidadores

9. Proveer soporte a los familiares cuidadores

La degeneración mental del paciente es gradual.

Los familiares encaran numerosas decisiones difíciles (responsabilidades financieras del paciente, no permitirle conducir, entre otras)

No entienden la agresividad y hostilidad del paciente sintiéndose no apreciados, frustrados y con coraje.

El familiar cuidador se siente fatigado a consecuencia del estrés de que su cuidado al paciente pueda ser negligente u ocurra negligencia o abuso.

SUGERENCIAS

- Reconocer que ambos son iguales de importantes en los cuidados.
- Usted cuida a un ser querido enfermo.
- La enfermedad que padece va a precisar de usted cada día un poquito más y por ello debe de programarse.
- Saber hasta dónde puede llegar, y a partir de que momento tiene que pedir ayuda.
- Ser realista, a todo no llega y habrá cosas que tendrá que delegar por el bien suyo, no se engañe.
- Elegir aquellas tareas que le suponen a usted con su familiar mas satisfacción y menor perjuicio para su salud física y/o emocional.
- Y sobre todo, no culparse, los sentimientos negativos existen y deben de aflorar, no los escondas, perjudicaría seriamente su salud

SEÑALES DE ALERTA

¡Obsérvese! Los cambios en sus hábitos de vida. **Para** ello debe de aprender a conocer sus sentimientos y señales de alerta que le informan de cómo se esta viendo **afectado/a**:

Problemas para dormir.

? **Cansancio** nocturno.

Pérdida de contacto social.

Empieza a consumir alcohol y sedantes.

Cambios en los hábitos alimentarios.

Tiene dificultades para concentrarse.

Deja de tener interés para actividades que antes le producían placer.

Comienza a realizar actos rutinarios y repetitivos como limpiar la casa continuamente.

Se enfada fácilmente.

Tiene un trato desconsiderado con el resto de sus familiares y amigos.

MANEJO DE SITUACIONES DIFÍCILES

- Los cuadros más frecuentes que producen sobrecarga son:

Agitación, inquietud y recelo.

Trastornos del sueño.

Comunicación verbal.

Repetición de palabras y acciones.

Alucinaciones y delirios.

- **SUGERENCIAS:** **?** **Apóyete** si se enfada por algo que cree cierto y modifique su atención poco a poco.
- **No** discuta. **Sosíéguele** **Bríndele** seguridad. **Abrácele**
- **Cámbiele** paulatinamente de sitio. **Póngale** a caminar
- **Si es una** acción determinada en un momento preciso, ¡analícelo! y cambien el patrón de actividades.
- **Procure** no dejarle solo en estas situaciones comprometidas, debe supervisarle a distancia.

REACCIONES CATASTRÓFICAS

- En determinadas situaciones, con algunas personas o con usted como cuidador, el mayor puede reaccionar de forma impredecible y brusca, rebelarse y manifestar un miedo intenso. Ante esta situación él reaccionara con agresividad y defensa mediante gestos, patadas, etc.
- **SUGERENCIAS**
- **Esté usted** preparado, esto puede suceder en momentos puntuales de más agitación (visitas, cambios de lugar, actividades como el baño...), y no debe se estar solo, para la seguridad de usted y de su ser querido.
- **Pida ayuda** antes de que la situación le desborde. No olvide que su seguridad y la de él, es lo primero.
- **Dedique** un poco más de tiempo, menos prisas, sosiego, caricias.

RESUMEN

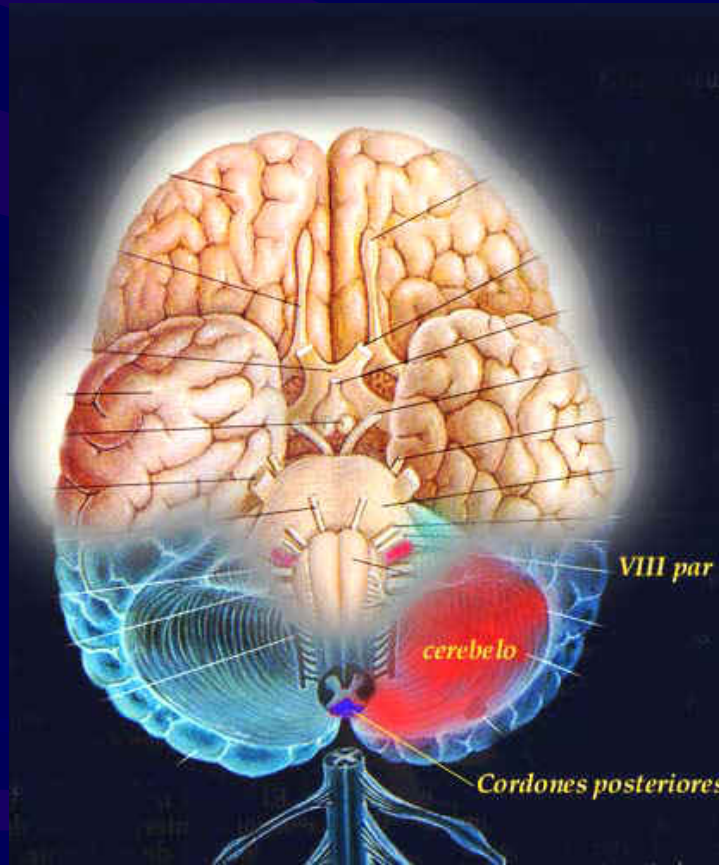
- La **Enfermedad de Alzheimer** afecta la memoria del paciente, su estilo de vida, sus destrezas y capacidades.
- Es **importante** tener en cuenta que aunque el mayor factor de riesgo es el aumento en la edad, la EA no es una parte normal del envejecimiento.
- Se le puede proveer una mejor **calidad de vida** a estos pacientes, aprendiendo tanto los familiares como el paciente a vivir con la enfermedad proveyendo los medicamentos y el cuidado adecuado.
- Aunque **los medicamentos** no pueden detener el progreso de la enfermedad ni la pueden curar, ayudan a disminuir el empeoramiento de los síntomas y a mejorar la calidad de vida del paciente y sus cuidadores.

Actualmente, la Enfermedad de Alzheimer continúa bajo investigación, incluyendo como se desarrolla, como afecta el cerebro, como los medicamentos pueden retrasar su progreso, como se puede prevenir y se trata de conseguir la cura para esta.

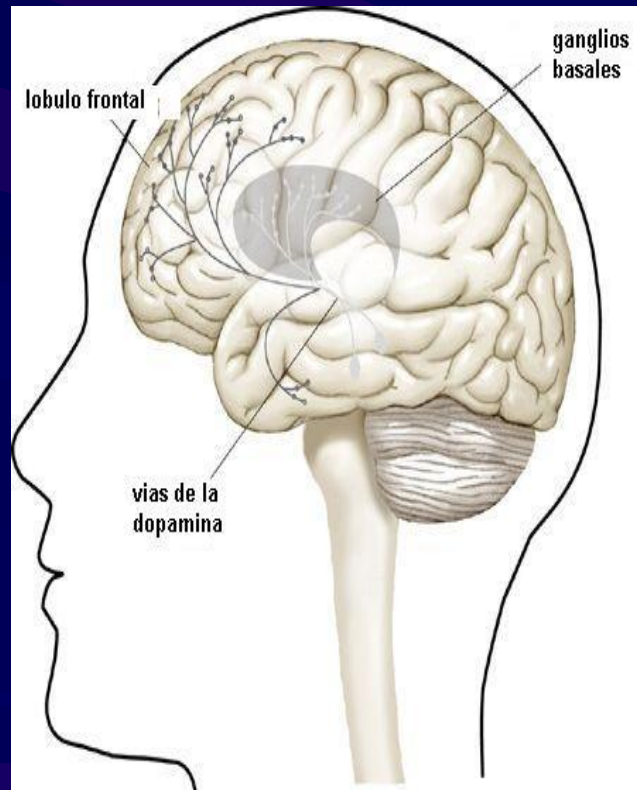
Mientras la **cura llega**, debemos tanto los pacientes, familiares y más aun los miembros del equipo de salud manejar la enfermedad y sus implicaciones en vías de mantener una mejor calidad de vida.

LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

MGSS. MARIO MERINO ESCARGLIONI

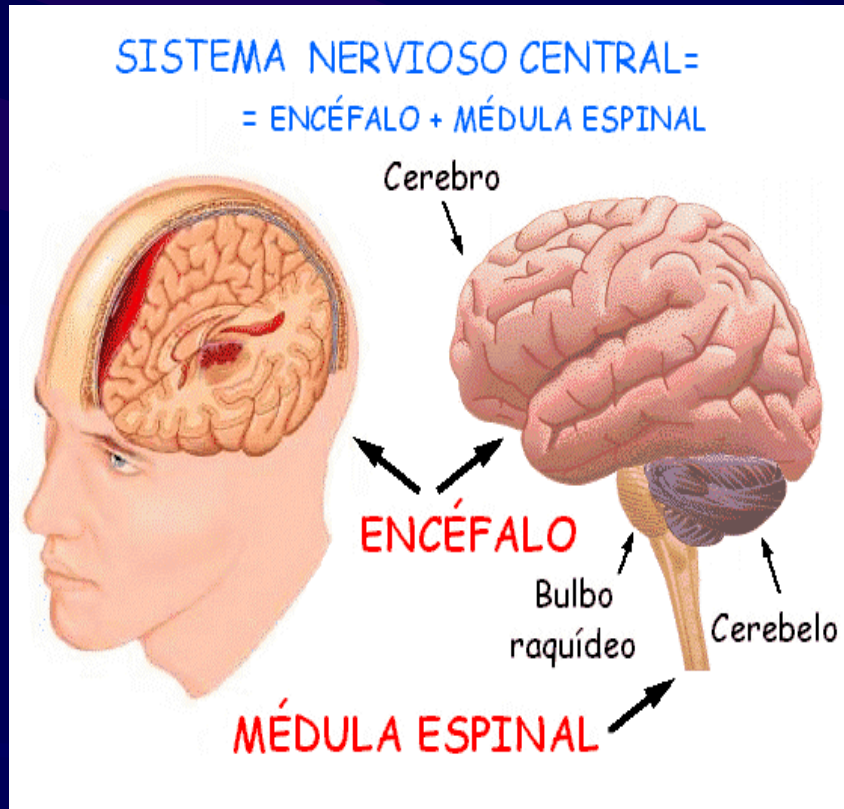


- La enfermedad de Parkinson es un trastorno que afecta las células nerviosas, o neuronas, en una parte del cerebro que controla los movimientos musculares



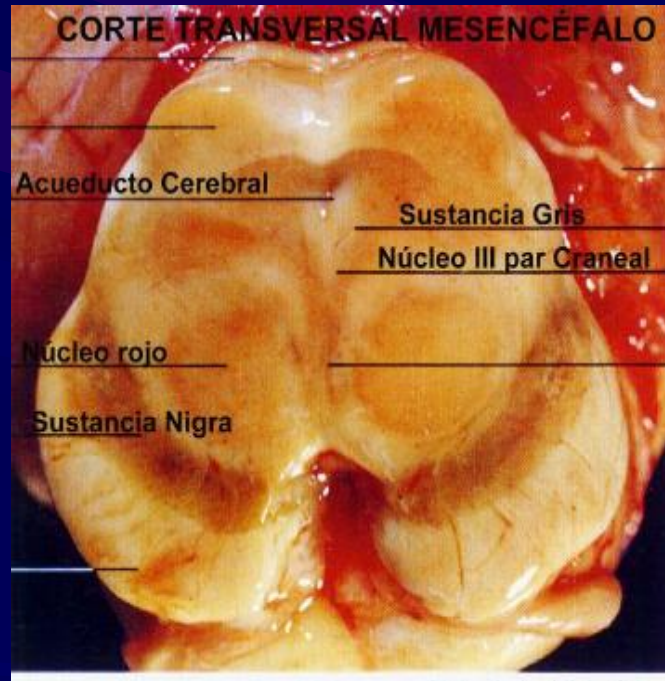
- En la enfermedad de Parkinson, las neuronas que producen una sustancia química llamada dopamina mueren o no funcionan adecuadamente

CAUSA



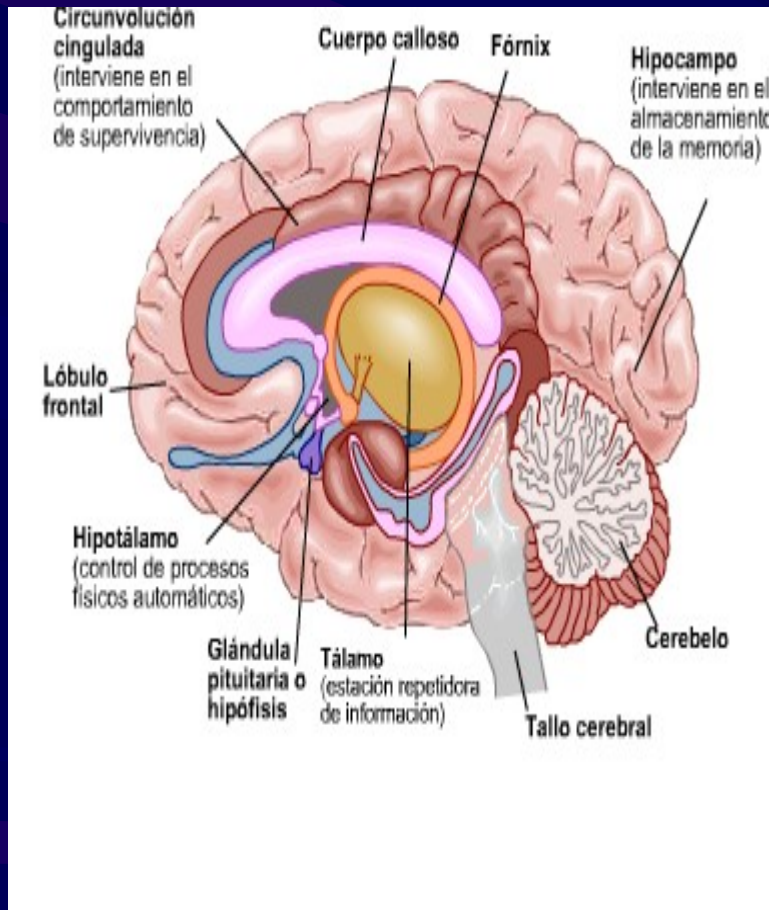
- No existe una causa conocida en el desarrollo de esta enfermedad. Pero la edad es el factor de riesgo mas importante.
- Hereditarias
- En algunos casos puede tener componente familiar y en raras ocasiones se asocia a infecciones neurotrópicas virales o a tóxicos como el manganeso o derivados de la heroína

FISIOPATOLOGIA



- Porque se altera la función del sistema nigro-estriado: se lesionan las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra.

FISIOPATOLOGIA



- Es decir que al lesionarse este tipo de neuronas de la sustancia negra **disminuye producción de dopamina**, esto hace que haya predominio de los sistemas colinérgicos.

Síntomas



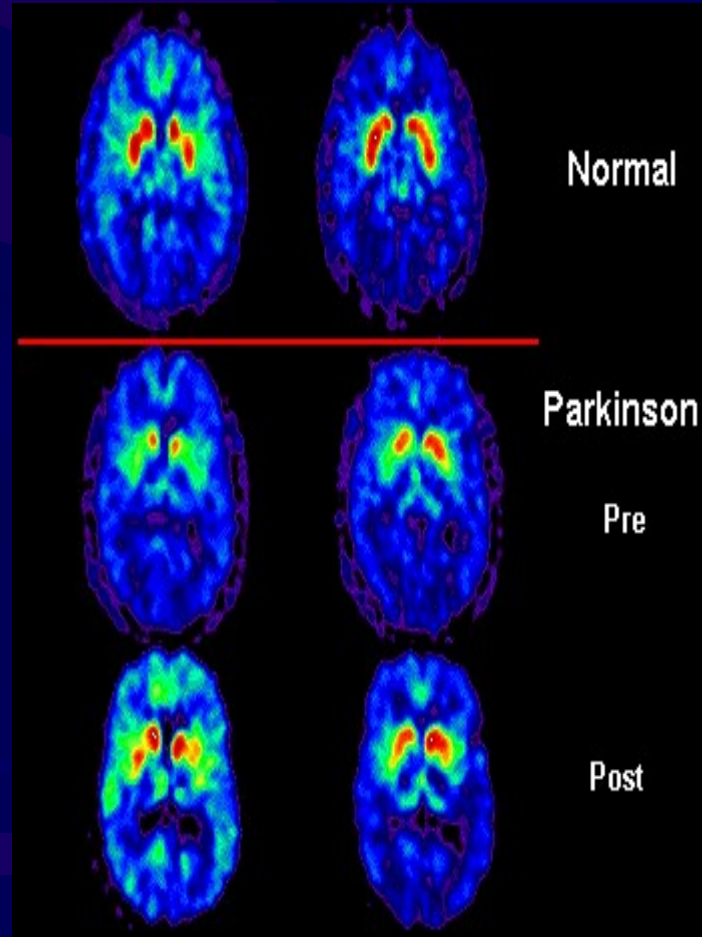
- **Rigidez**
- **Temblor**
- **lentos** (bradicinesia), **ausencia de movimiento** (acinesia):
- **Problemas del equilibrio y la marcha:**
- **Depresión**
- **Problemas de memoria, confusión mental o demencia.**
- **Trastornos del habla.**
- **Trastornos de la deglución.**

Síntomas



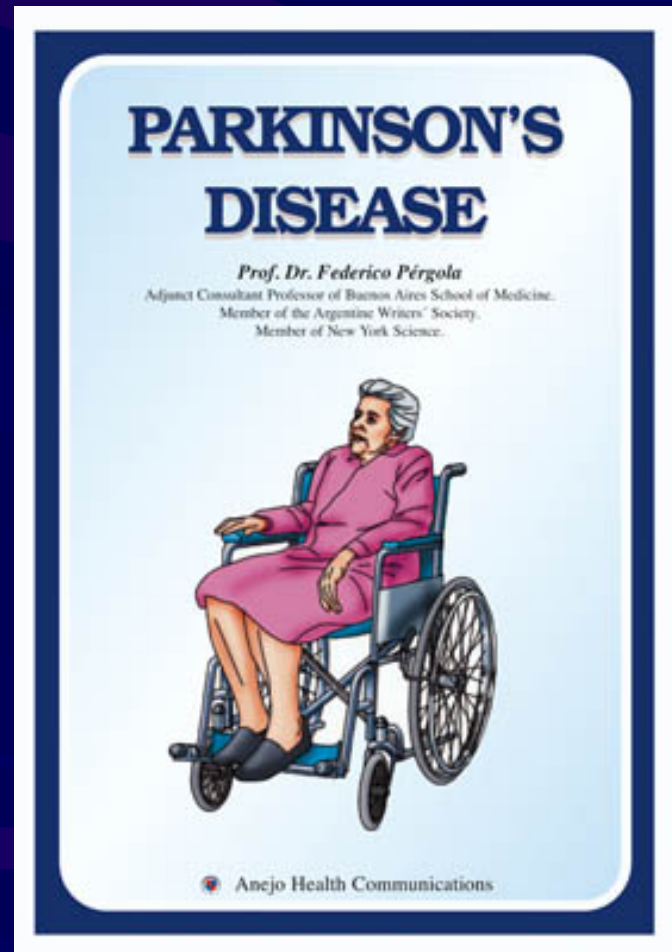
- Según la escala de Hoehn y Yahr, el curso clínico de la EP sigue las cinco fases siguientes:
- *Fase I*: Los síntomas afectan sólo a un lado del cuerpo
- *Fase II*: Los síntomas afectan a ambos lados del cuerpo
- *Fase III*: Trastornos del equilibrio
- *Fase IV*: Necesita ayuda para caminar, y el resto de los síntomas se acentúan
- *Fase V*: Confinado a una silla de ruedas

Diagnostico



- El diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson se hace mediante los siguientes criterios:
- 1.- Al menos dos de los siguientes signos o síntomas: temblor de reposo, rigidez, bradicinesia (movimientos lentos), inestabilidad postural.
- 2.- Mejoría significativa con el uso de L-Dopa (levodopa).
- 3.- Haber descartado Parkinsonismo Secundario (cuadro similar a la Enfermedad de Parkinson pero que tiene una causa secundaria específica y conocida).
- 4.- Ausencia de signos incompatibles con la Enfermedad de Parkinson: Oftalmopatía Supranuclear

Tratamiento



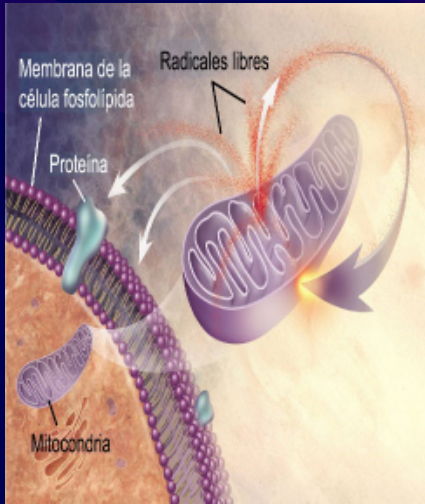
- **Debe ser individualizado**, de acuerdo a las características de cada paciente, y a la evolución de su enfermedad.
- Es necesario empezar el tratamiento con medicamentos, tan pronto el paciente experimente deterioro en la realización de sus actividades diarias: laborales y sociales.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

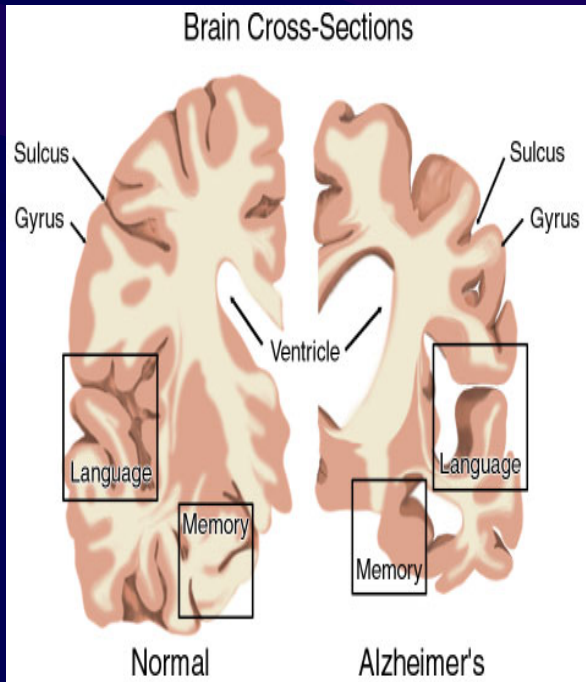
MGSS. MARIO MERINO ESCARGLIONI

- La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad degenerativa de tipo neuromuscular. **Se origina cuando las células del sistema nervioso llamadas motoneuronas disminuyen gradualmente su funcionamiento y mueren**, con lo que se provoca una parálisis muscular progresiva de pronóstico mortal: en sus etapas avanzadas, los pacientes sufren una parálisis total que se acompaña de una exaltación de los reflejos tendinosos (resultado de la pérdida de los controles musculares inhibitorios).
- En Estados Unidos también se conoce como enfermedad de Lou Gehrig (por el famoso jugador de béisbol retirado por esta enfermedad en 1939), y en Francia como enfermedad de Charcot (uno de los pioneros de la neurología).

- A pesar de ser la enfermedad más grave de las motoneuronas, existen una gran variedad de enfermedades en las que se ven afectadas estas células nerviosas. **Entre otras, se incluyen en este tipo de enfermedades la atrofia muscular espinal y sus variantes juvenil e infantil**, en la que solo se afectan las motoneuronas espinales; la esclerosis lateral primaria, en la que se afectan exclusivamente las motoneuronas centrales (cerebrales), y la enfermedad de Kennedy (atrofia muscular progresiva espinobulbar), un trastorno genético que afecta a varones de mediana edad.



- Esclerosis lateral» indica la pérdida de fibras nerviosas acompañada de una «esclerosis» (del griego σκλήρωσις, '**endurecimiento**') o cicatrización glial en la zona lateral de la médula espinal, región ocupada por fibras o axones nerviosos que son responsables últimos del control de los movimientos voluntarios.
- «amiotrófica» (del griego, a: '**negación**'; Mio: 'músculo'; trófico: 'nutrición'), por su parte, señala la atrofia muscular que se produce por inactividad muscular crónica, al haber dejado los músculos de recibir señales nerviosas.

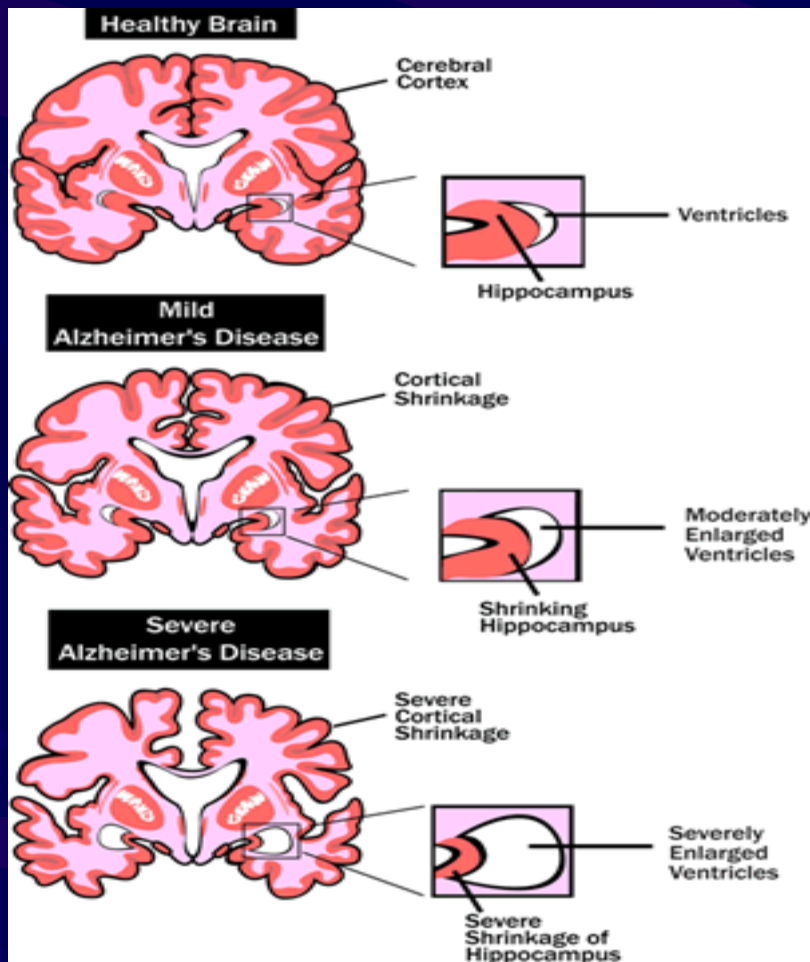


- En la esclerosis lateral amiotrófica, las funciones cerebrales no relacionadas con la actividad motora, esto es, la sensibilidad y la inteligencia, se mantienen inalteradas. **Por otro lado, apenas resultan afectadas las motoneuronas que controlan los músculos extrínsecos del ojo**, por lo que los enfermos conservan los movimientos oculares hasta el final. Igualmente, la esclerosis lateral amiotrófica no daña el núcleo de Onuf, por lo que tampoco resultan afectados los músculos de los esfínteres que controlan la micción y defecación.

EPIDEMIOLOGIA

- La ELA afecta principalmente a adultos entre 40 y 70 años, aunque hay muchos casos descritos en pacientes más jóvenes. La proporción entre hombres y mujeres es aproximadamente 1/3 a favor de los varones. En España, se estima que cada año se diagnostican casi unos 900 casos nuevos de ELA (2 a 3 nuevos casos por día) y que el número total de personas que viven con ELA ronda las 4000, aunque estas cifras pueden variar. La incidencia de esta enfermedad en la población española es de 2/100 000 (cada año hay 2 nuevos casos por cada 100 000 habitantes) y la prevalencia es de 1/10 000 (esto significa que en estos momentos hay unos 4400 españoles con ELA).

Síntomas



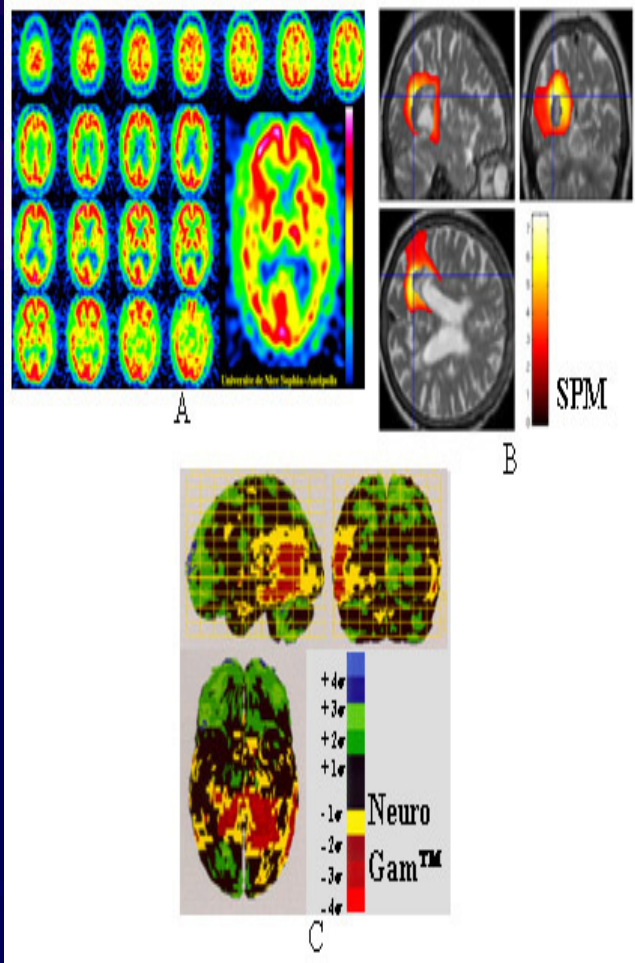
- La debilidad muscular implica dificultad a la hora de andar y la dificultad de coordinación en alguna de sus extremidades (las manos, especialmente, en lo que se refiere a inconvenientes a la hora de realizar determinadas actividades cotidianas). La extensión de ese debilitamiento y de la parálisis al tronco termina por provocar problemas para masticar, tragar y respirar, y puede surgir la necesidad, a este último respecto, de recurrir a la ventilación mecánica.²³

- Progresivamente, aparecen movimientos musculares anormales como fasciculaciones, espasmos, sacudidas, calambres o debilidad, o una anormal pérdida de masa muscular o de peso corporal. El avance de la enfermedad suele ser irregular, es decir, asimétrico (la enfermedad progresa de modo diferente en cada parte del cuerpo). A veces, avanza muy lentamente, desarrollándose a los largo de los años y teniendo períodos de estabilidad con un variable grado de incapacidad.



- En ningún momento se afectan las facultades intelectuales, ni los órganos de los sentidos (oído, vista, gusto u olfato) ni hay afectación de los esfínteres ni de la función sexual. La enfermedad cursa sin dolor, aunque la presencia de calambres y la pérdida de la movilidad y función muscular acarrearán cierto malestar. En cualquier caso, esta sensación suele desaparecer con la medicación específica y el ejercicio. En algunos casos, aparecen síntomas relacionados con alteraciones de la afectividad (llanto, risas inapropiadas o, en general, respuestas emocionales desproporcionadas como reacción a la afectación física), denominados labilidad emocional, lo que en ningún caso significa que exista un auténtico problema psiquiátrico. [cita requerida]

DIAGNOSTICO



- El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Después de que se haya sospechado el diagnóstico de ELA, se pueden practicar diversas pruebas para descartar otras enfermedades que pueden simular la ELA con analíticas sanguíneas o del líquido cefalorraquídeo (punción lumbar) y resonancia magnética cerebral y cervical.
- El diagnóstico se realiza a partir de la sintomatología del paciente y con la ayuda de una exploración denominada electromiografía. En muchas ocasiones, el diagnóstico definitivo puede tardar varios meses en producirse, aun después de realizar todas las pruebas pertinentes y observar la evolución de los síntomas.²

Tratamiento

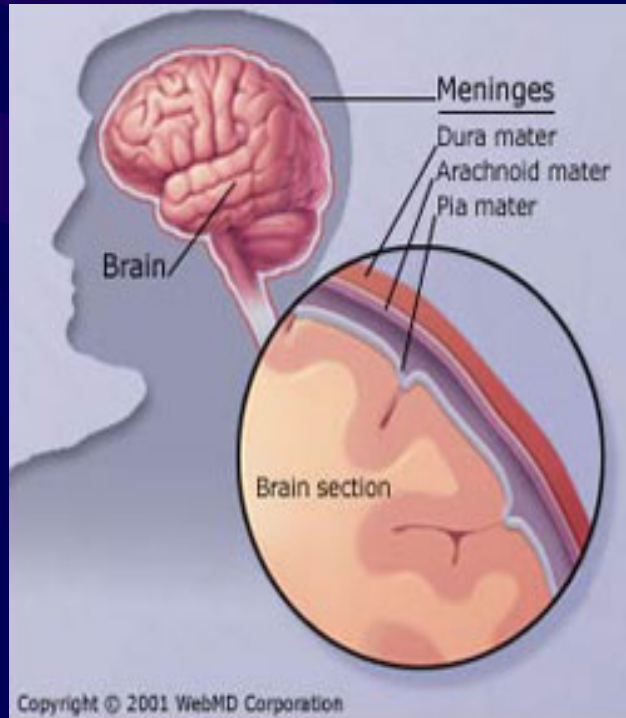
- Por ahora, no existe ningún tratamiento probado contra la ELA. Sin embargo, el reciente descubrimiento de determinados factores de crecimiento neuronal y de agentes bloqueantes del glutamato parece prometedor en la interrupción del avance de la enfermedad, aunque no existe aún ningún fármaco que la cure.
- Sí existen fármacos para combatir el conjunto de síntomas que acompañan a la enfermedad, como son los calambres, la espasticidad, las alteraciones en el sueño o los problemas de salivación. Existen numerosas estrategias muy eficaces para cuando aparecen las alteraciones respiratorias o cuando surgen problemas relacionados con las secreciones. Los médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, licenciados en actividad física, terapeutas ocupacionales y logopedas son los profesionales encargados de asegurar la independencia funcional a través del ejercicio y la utilización de los equipos técnicos oportunos. Sin embargo, en casos con un cuadro más complicado, lo más recomendable es consultar con su médico especialista si se puede realizar una traqueostomía para aliviar la insuficiencia respiratoria o una gastrostomía como un método de apoyo nutricional debido a la disfagia (no se recomienda el uso de sonda nasogástrica en pacientes con ELA, ya que algunos de ellos presentan atrofia muscular progresiva en los músculos que facilitan la deglución).²⁵

TRATAMIENTO

- Existe también la vía del uso terapéutico de factores neurotróficos,²⁹ pero esta se encuentra con el problema de que, al tener que actuar sobre las neuronas a través de receptores específicos, precisan ser administrados directamente en el líquido cefalorraquídeo o por vía intrateca



TRATAMIENTO



- **Por último, ciertos datos experimentales revelan que las células madre ejercen efectos neuroprotectores sobre las motoneuronas dañadas a través de factores liberados (sin embargo, no está claro aún si las células madre pueden llegar a reemplazar motoneuronas dañadas por la ELA).**

ESCLEROSIS MULTIPLE

- La esclerosis múltiple (EM) o esclerosis de placas es una enfermedad neurológica crónica de naturaleza inflamatoria y autoinmunitaria caracterizada por el desarrollo de lesiones desmielinizantes, y de daño axonal en el sistema nervioso central.⁶⁷ Es una de las principales causas de discapacidad neurológica de origen no traumático en adultos jóvenes, principalmente mujeres, afectando a entre 2.3 y 2.5 millones de personas en el mundo.

CAUSAS

Se desconoce la causa de la enfermedad, aunque se sabe que su desarrollo se asocia a una combinación de factores genéticos, que predisponen a padecer la enfermedad, y factores ambientales e infecciosos (infecciones virales y parasitosis) que favorecen la aparición de la Esclerosis Múltiple. Entre los factores ambientales se incluyen el déficit de vitamina D, toxinas ambientales, la dieta y hábitos nocivos como el tabaquismo.⁹¹¹¹

- Asimismo, en su desarrollo o agravamiento se ha implicado la existencia de una permeabilidad intestinal aumentada o "intestino permeable", que permite el paso incontrolado de sustancias a la sangre (virus, bacterias, toxinas, alimentos no digeridos...), lo que puede provocar la respuesta anormal del sistema inmunitario.
- Los dos factores más potentes que provocan esta excesiva permeabilidad son ciertas bacterias intestinales y el gluten, en cualquier persona que lo come.

- La inflamación en la EM se caracteriza por una infiltración linfocítica que produce daño en la mielina y en los axones. Inicialmente la inflamación es transitoria y es seguida de una remielinización variable, de forma tal que el comienzo de la enfermedad suele caracterizarse por períodos de disfunción neurológica seguidos de una recuperación total. Sin embargo, a medida que avanza en el tiempo, los cambios patológicos predominantes consisten en un aumento importante de la actividad de microglías, proliferación de astrocitos y gliosis junto a una neurodegeneración extensa y crónica, correlacionándose con una acumulación progresiva de discapacidad.¹⁸

- MANIFESTACIONES CLINICAS
- El cuadro clínico de la EM es muy heterogéneo, pues incluye un amplio espectro de síntomas que varían entre pacientes e, incluso, en el mismo individuo. Así, se puede encontrar pacientes con manifestaciones neurológicas leves hasta casos con una enfermedad rápidamente progresiva y discapacitante. Dada la variedad de síntomas que produce, la Esclerosis Múltiple es conocida como "la enfermedad de las mil caras".
- Se distinguen varios fenotipos de EM, principalmente formas recurrentes (con brotes) y poca discapacidad y formas progresivas con discapacidad acumulativa.⁹¹

- **DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

- La EM se diagnostica cuando en la evaluación neurológica se encuentran síntomas y signos compatibles, acompañado de la demostración por resonancia magnética (IRM) de lesiones desmielinizantes en el sistema nervioso central. Los criterios de McDonald actualizados en 2017 son los admitidos internacionalmente para el diagnóstico de EM. El tratamiento consiste en fármacos que retrasan la acumulación de lesiones (tratamiento modificador de la enfermedad), tratamiento para las recaídas (brotes), tratamiento sintomático y de rehabilitación. Se recomienda un diagnóstico y tratamiento oportunos con el fin de prevenir la progresión de la discapacidad.

PREVENCIÓN :DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL TRASTORNO COGNITIVO Y DEMENCIA

- Iniciar un tratamiento precoz.
- Educar a la familia para un manejo de los pacientes con demencias. Lo que permite atenuar los conflictos interpersonales, accidentes, errores financieros y legales, extravíos, etc.
- La participación del paciente en las decisiones que se deberán tomar en el futuro.
- Tratar adecuadamente las enfermedades que presente el paciente
- Evitar el uso de fármacos que podrían agravar los trastornos cognitivos, como los antidepresivos o el exceso de benzodiacepinas.

PREVENCIÓN: ESTILO DE VIDA SALUDABLE

- Controlar los factores de riesgo cardiovascular: HTA, DBT, Obesidad, Sedentarismo, Dislipidemia, Tabaquismo, Alcoholismo.



ESTILO DE VIDA SALUDABLE



ESTILO DE VIDA SALUDABLE



Estilo de Vida Saludable: Estimulación cognitiva



DEMENCIA, ALZHEIMER Y PARKINSON...ENFERMEDADES NEURO DEGENERATIVAS



GRACIAS

