



NOMBRE:

UZIIEI DOMINGUEZ ALVAREZ

DOCENTE:

DR. GUILLERMO DEL SOLAR VILLARREAL

ASIGNATURA:

FISIOPATOLOGIA

ACTIVIDAD:

INFOGRAFIA DE PARKINSON Y ALZHEIMER

UNIVERSIDAD:

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CARRERA:

MEDICINA HUMANA

LUGAR Y FECHA:

TAPACHULA CHIAPAS A 26/06/2023

El Parkinson y el Alzheimer son dos enfermedades neurodegenerativas que afectan a millones de personas en todo el mundo. Aunque son distintas en términos de síntomas y manifestaciones, comparten algunas características y desafíos comunes. En esta introducción, exploraremos ambas enfermedades, sus características distintivas y las investigaciones actuales en el campo de la neurociencia. El Alzheimer es una enfermedad progresiva del cerebro que afecta principalmente la memoria, el pensamiento y el comportamiento. Se caracteriza por la acumulación de placas de proteína beta-amiloide y ovillos neurofibrilares en el cerebro, lo que conduce a la pérdida de células nerviosas y conexiones sinápticas. Los síntomas iniciales del Alzheimer suelen incluir olvidos frecuentes, dificultades para encontrar palabras y cambios en el estado de ánimo y la personalidad. A medida que la enfermedad avanza, se producen problemas cognitivos más graves, como la desorientación espacial y temporal, la incapacidad para llevar a cabo tareas cotidianas y la pérdida de la capacidad de comunicarse. Por otro lado, el Parkinson es un trastorno del sistema nervioso que afecta principalmente el movimiento. Se caracteriza por la degeneración progresiva de las células nerviosas en una región del cerebro llamada sustancia negra, que produce una disminución en la producción de dopamina, un neurotransmisor clave en el control del movimiento. Los síntomas típicos del Parkinson incluyen temblores, rigidez muscular, bradicinesia (movimientos lentos) y dificultades en la coordinación y el equilibrio. Además de los síntomas motores, algunos pacientes también pueden experimentar problemas no motores, como depresión, trastornos del sueño y trastornos cognitivos. Aunque el Alzheimer y el Parkinson son enfermedades distintas, hay ciertos puntos de conexión entre ellas. Por ejemplo, ambas enfermedades son más comunes en personas de edad avanzada, aunque también pueden afectar a personas más jóvenes en casos menos frecuentes. Además, tanto el Alzheimer como el Parkinson son enfermedades neurodegenerativas, lo que significa que involucran la degeneración progresiva de las células nerviosas.

Enfermedad de Parkinson

Elaborado por : Uziel Domínguez Alvarez

1

¿QUE ES ?

La enfermedad de Parkinson (PD, Parkinson disease) ocupa el segundo lugar entre las enfermedades neurodegenerativas sólo después de la enfermedad de Alzheimer (AD, Alzheimer disease). Sus signos clínicos peculiares fueron descritos por primera vez en 1817 por James Parkinson, médico inglés.



2

MANIFESTACIONES CLINICA

Se caracteriza por temblor en reposo, rigidez, bradicinesia (lentitud) y trastorno de la marcha con inestabilidad postural!, rasgos conocidos como los "signos cardinales" de la enfermedad. Las manifestaciones adicionales incluyen congelación de la marcha, dificultad para hablar, deglución alterada, trastornos autonómicos y una serie de manifestaciones no motoras que incluyen alteraciones sensitivas, trastornos del estado de ánimo, disfunción del sueño, deterioro cognitivo y demencia.

3

DIAGNOSTICO

Las denominaciones parkinsonismo o síndrome parkinsoniano son de índole general y se han acuñado para definir un síndrome manifestado por bradicinesia con rigidez y/ o temblor. Incorpora una larga lista de enfermedades en el diagnóstico diferencial lo que refleja diferencias en la localización y patología en los diferentes componentes de los ganglios basales. Los ganglios basales son un grupo de núcleos subcorticales que incluyen el cuerpo estriado (putamen y núcleo caudado), el núcleo subtalámico (STN, globo pálido externo, globo pálido interno).



4

PATOGENIA

La enfermedad de Parkinson es un tipo de trastorno del movimiento. Ocurre cuando las células nerviosas (neuronas) no producen suficiente cantidad de una sustancia química importante en el cerebro conocida como dopamina que se secreta en la sustancia negra.

5

TRATAMIENTO

La levodopa, desde que se introdujo a finales de 1960, ha sido la base del tratamiento de PD, La levodopa se administra sistemáticamente en combinación con un inhibidor de la descarboxilasa periférica para evitar su metabolización periférica a dopamina, lo cual evita el desarrollo de náuseas, vómitos e hipotensión ortostática por la activación de receptores dopaminérgicos en el área postrema.

La levodopa sigue siendo el tratamiento sintomático más eficaz en PD y el fármaco de referencia con el cual se comparan los nuevos tratamientos



FUENTE DE INFORMACIÓN:

Harrison principio de la medicina interna

Enfermedad de Alzheimer.

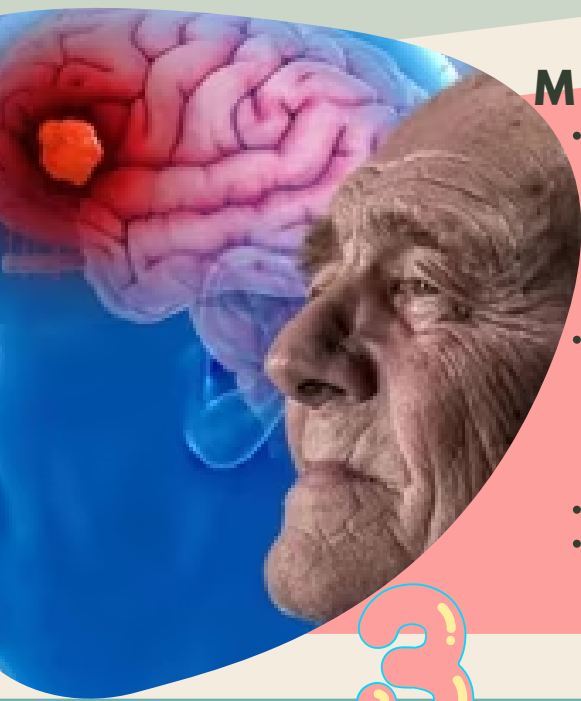
Elaborado por : Uziel Domínguez Alvarez

1

¿QUE ES ?

El Alzheimer es un tipo de demencia que causa problemas con la memoria, el pensamiento y el comportamiento. Los síntomas generalmente se desarrollan lentamente y empeoran con el tiempo, hasta que son tan graves que interfieren con las tareas cotidianas.

- El Alzheimer es la forma más común de demencia, un término general que se aplica a la pérdida de memoria y otras habilidades cognitivas que interfieren con la vida cotidiana.



2

MANIFESTACIONES CLINICA

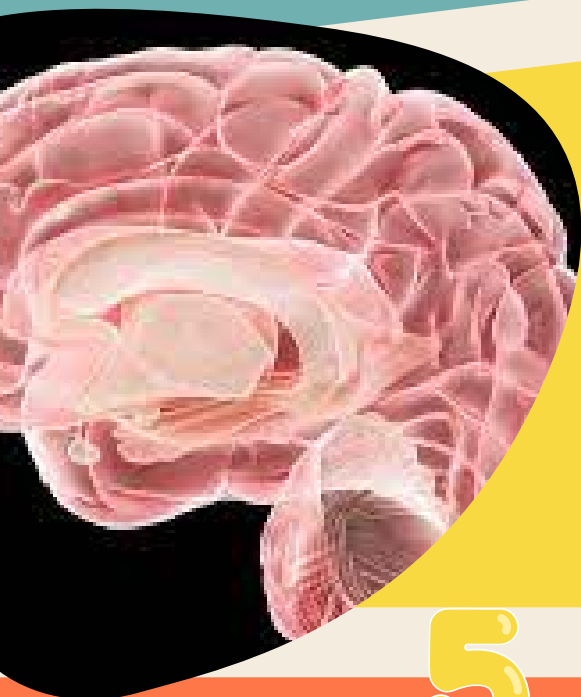
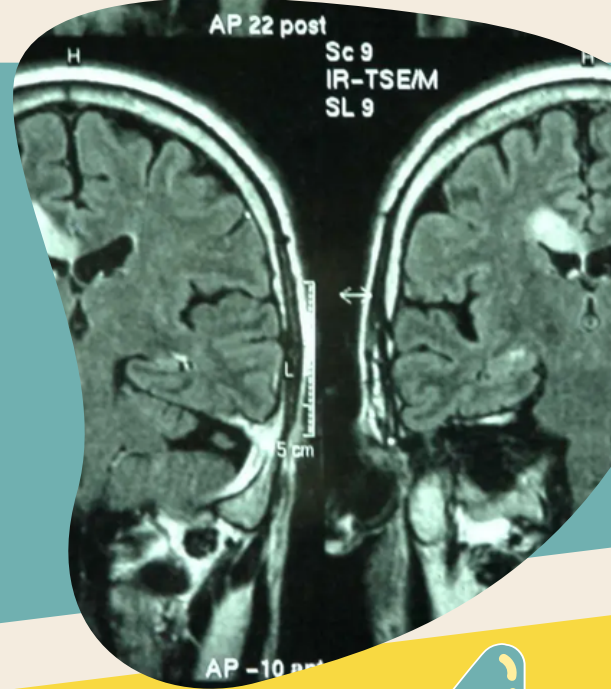
- Los cambios cognitivos de la AD tienden a seguir un patrón característico, comienza con la alteración de la memoria y progresa a deficiencias del lenguaje y visuoespaciales, seguidas por disfunción ejecutiva. cerca del 20% de los pacientes con AD se presenta con síntomas no relacionados con la memoria, como dificultad para encontrar las palabras, de organización y de orientación.
- En otros pacientes, la disfunción del procesamiento visual (referida como síndrome de atrofia cortical posterior) o una afasia progresiva "logopénica" caracterizada por dificultades para la denominación y repetición son las principales manifestaciones de la AD durante años antes de evolucionar y afectar la memoria y otros dominios cognitivos.
- Otros pacientes más se presentan con un síndrome acinético-rígido-distónico asimétrico ("corticobasal") o una "variante frontal" de la AD con problemas en la función ejecutiva y en el comportamiento

3

DIAGNOSTICO

Un diagnóstico clínico de AD establecido después de la evaluación cuidadosa se confirma en la necropsia casi 90% de las ocasiones, los casos mal diagnosticados casi siempre se deben a degeneración lobar frontotemporal patológica, demencia con cuerpos de Lewis (DLB), esclerosis del hipocampo del anciano o una mezcla de cambios leves de AD con patología vascular o DLB.

Un trastorno temprano prominente en la marcha con pérdida sólo leve de la memoria sugiere demencia vascular o, raras veces, NPH. El temblor en reposo con postura encorvada, bradicinesia y facies inexpresiva sugieren PD.



4

PATOGENIA

En la necropsia, la degeneración más temprana y más grave casi siempre se encuentra en el lóbulo temporal medial (corteza entorrinal /perirrinal e hipocampo), la corteza temporal inferolateral y núcleo basal de Meynert.

5

TRATAMIENTO

El tratamiento de AD es difícil y gratificante, a pesar de no haber una cura o un tratamiento farmacológico sólido. Se centra en la mejora a largo plazo de los problemas conductuales y neurológicos relacionados, además de proporcionar el apoyo al cuidador.

El donepezilo (dosis deseada, 10 mg al día), la rivastigmina (dosis deseada, 6 mg c/12 h o parche de 9 .5 mg c/24 h), la galantamina (dosis deseada, 24 mg al día, liberación retardada) y la memantina (dosis deseada, 10 mg c/12 h) Debido a la hepatotoxicidad, la tacrina ya no se usa. Los incrementos en la dosis de todos estos fármacos deben hacerse durante 4 a 6 semanas para reducir al mínimo los efectos secundarios.



FUENTE DE INFORMACIÓN:

Harrison principio de la medicina interna

conclusión

En conclusión, el Alzheimer y el Parkinson son dos enfermedades neurodegenerativas que presentan desafíos significativos tanto para los pacientes como para sus seres queridos. Aunque cada una tiene características y síntomas distintivos, ambas afectan la calidad de vida y requieren una atención médica integral y un apoyo emocional adecuado. La investigación científica en el campo de la neurociencia está avanzando constantemente, con el objetivo de comprender mejor las causas subyacentes de estas enfermedades y desarrollar tratamientos más efectivos. Los avances en terapias farmacológicas, terapias génicas y estimulación cerebral profunda ofrecen esperanza para el tratamiento y la gestión de estas condiciones. Además, es fundamental brindar un cuidado compasivo y apoyo emocional a los pacientes y a sus cuidadores. La atención multidisciplinaria, que incluye una combinación de medicación, terapias físicas y ocupacionales, así como apoyo psicológico, puede mejorar la calidad de vida y ayudar a reducir la carga emocional asociada con estas enfermedades. En última instancia, es importante promover la conciencia pública sobre el Alzheimer y el Parkinson, fomentar la investigación continua y trabajar en conjunto para proporcionar un mejor cuidado y apoyo a quienes se ven afectados por estas enfermedades. A medida que avanzamos, esperamos lograr avances significativos en la comprensión y el tratamiento de estas condiciones, mejorando así la vida de las personas afectadas por el Alzheimer y el Parkinson.