



CUADRO COMPARATIVO

Nombre del Alumno: Yari Yaneth Nuñez López

Nombre del tema: PATOLOGIAS NEUROLÓGICAS

DEL ADULTO MAYOR

Parcial: 1er

Nombre de la Materia: Enfermería Del Adulto

Nombre del profesor: CECILIA DE LA CRUZ SANCHEZ

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: Sexto

PATOLOGIA



ALZHEIMER



DEMENCIA



PARKINSON



EPILEPSIA

CONCEPTOS	Es una enfermedad neurodegenerativa, crónica y progresiva, que se caracteriza por el deterioro de la memoria, del pensamiento y del comportamiento, interfiriendo con las actividades de la vida diaria. Es la causa más común de demencia en adultos mayores (60-80% de los casos).	síndrome adquirido, crónico y progresivo caracterizado por deterioro de funciones cognitivas (memoria, lenguaje, razonamiento, juicio) que interfiere con las actividades de la vida diaria.	Enfermedad neurodegenerativa crónica que afecta el control motor por déficit de dopamina en la sustancia negra.	Trastorno neurológico crónico caracterizado por una predisposición a generar crisis epilépticas recurrentes, debido a descargas eléctricas anormales y excesivas en el cerebro.
ETIOLOGIA	La causa exacta es desconocida, pero involucra múltiples factores: Genéticos: presencia del alelo APOE-ε4 aumenta el riesgo. Bioquímicos: acumulación de placas extracelulares de beta-amiloide y ovillos neurofibrilares de proteína tau hiperfosforilada. Ambientales y vasculares: hipertensión, diabetes, obesidad, tabaquismo, bajo nivel educativo, trauma craneal.	Alzheimer: Depósitos de beta-amiloide, placas y ovillos neurofibrilares. Vascular: Micro infartos cerebrales por HTA, diabetes, aterosclerosis. Lewy: Depósitos de cuerpos de Lewy en el cerebro.	Idiopática (90%) Raras veces genética o inducida por medicamentos (neurolépticos)	Traumatismos craneoencefálicos previos Enfermedad de Alzheimer y otras demencias Infecciones (encefalitis, neurocisticercosis) Idiopática (sin causa aparente) en menor proporción.
CUADRO CLINICO	Mayor desorientación (no reconoce lugares familiares). Dificultad con lenguaje (nombrar objetos), lectura, escritura. Problemas para realizar actividades cotidianas (manejar dinero, cocinar).	Pérdida de memoria reciente Desorientación temporo-espacial Cambios de personalidad, apatía o agresividad Dificultad para realizar actividades cotidianas	Temblor en reposo (“contar monedas”) Bradicinesia (lentitud de movimientos) Rigidez Inestabilidad postural	Crisis focales secundariamente generalizadas: comienzan en un lado y luego involucran ambos hemisferios con pérdida de conciencia y convulsiones tónico-

		Alucinaciones (en Lewy)	Micrografía, hiponimia, hipofonía	clónicas. Confusión postictal, más notoria en ancianos.
MEDIOS DX	No hay una única prueba definitiva. Es clínico, complementado con estudios para descartar otras causas: Evaluación cognitiva: MMSE (Mini-Mental State Examination), MoCA (Montreal Cognitive Assessment). RMN o TAC cerebral: para descartar infartos, tumores o hidrocefalia. Pruebas de laboratorio: para descartar hipotiroidismo, deficiencia de B12, sífilis.	Evaluación neuropsicológica (MMSE, MoCA) RMN o TAC cerebral Marcadores en LCR (para Alzheimer)	- Clínico (criterios UK Brain Bank) - Respuesta a levodopa	Electroencefalograma (EEG): identifica actividad epileptiforme. Imagenología cerebral: TAC o mejor RMN, para buscar lesiones estructurales (infartos, tumores, atrofas). Glucemia, electrolitos, función renal para descartar causas metabólicas.
TRATAMIENTO	Inhibidores de acetilcolinesterasa: donepezilo, rivastigmina, galantamina (útiles en etapas leves a moderadas). Memantina: antagonista NMDA, para etapas moderadas a severas. Antipsicóticos (solo si hay agresividad o psicosis), con precaución.	Inhibidores de acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina) Memantina Terapias cognitivas y ocupacionales	- Levodopa + carbidopa - Agonistas dopaminérgicos (pramipexol) - Fisioterapia, terapia ocupacional	Antiepilépticos de elección en ancianos: Levetiracetam (bien tolerado, pocos efectos secundarios) Lamotrigina Carbamazepina (cuidado con hiponatremia)
PREVENCION	No hay prevención garantizada, pero se asocia menor riesgo con: Control de hipertensión, diabetes y colesterol. Ejercicio físico y mental regular. Dieta mediterránea (frutas, verduras, pescado, aceite de oliva). Evitar el tabaquismo y el alcohol excesivo.	Control de factores de riesgo vascular (HTA, diabetes) Estimulación cognitiva Dieta mediterránea	No hay prevención primaria demostrada.	Control riguroso de HTA, diabetes y factores de riesgo cardiovascular (para prevenir ACV). Uso correcto de casco y medidas para evitar caídas. Cumplir con esquemas de vacunación para evitar encefalitis.

COMPLICACION	• Síndrome confusional agudo (delirium) ante infecciones o cambios bruscos. • Pérdida total de autonomía (dependencia absoluta). • Úlceras por presión, desnutrición, neumonía por aspiración. • Riesgo alto de caídas.	Dependencia total Síndromes confusionales agudos Úlceras por presión, neumonía por aspiración	• Caídas frecuentes • Demencia en etapas avanzadas • Depresión	Estado epiléptico (convulsiones prolongadas >5 min o recurrentes sin recuperación de conciencia). Caídas y fracturas durante crisis. Mayor riesgo de deterioro cognitivo si las crisis son frecuentes o prolongadas.
--------------	--	--	--	--

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Alzheimer's Association. (2024). Alzheimer's Disease Facts and Figures. <https://www.alz.org>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Dementia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (2013). Principios de Neurociencia. McGraw-Hill.

Ropper, A. H., & Samuels, M. A. (2019). Adams y Victor: Principios de Neurología. McGraw-Hill.