

UDS

Mi Universidad



Síncope
Atención al paciente inmovilizado
Trastornos de la eliminación: continencias
Alteraciones cognitivas en el anciano. Parte I
Alteraciones cognitivas en el anciano. Parte II

Nombre Del Alumno:

Cinthia Valeria Peralta Arguello.

Nombre Del Tema:

Nombre De Materia:

Patología del Adulto

Nombre De La Profesora:

Lic. Felipe Antonio Morales Hernandez

Nombre De La Licenciatura:

Licenciatura En Enfermería

Cuatrimestre: sexto **Grupo:** A

Super nota



Fisiopatología

Caída de la presión arterial sistémica.

Éstos presentan de forma fisiológica disminución la capacidad de adaptación ante una súbita caída de la PA por los siguientes motivos:

- La sensibilidad barorrefleja está disminuida.
- Los ancianos son propensos a pérdidas de volumen sanguíneo, porque en el riñón existe una excesiva pérdida de sodio por disminución de la actividad de la renina y la aldosterona, y porque hay un aumento del péptido natri urético auricular.
- Un menor volumen sanguíneo junto con disfunción diastólica
- La autorregulación del flujo cerebral permite mantenerlo constante sobre un amplio rango de cambios en la PA

Origen	Condición	Síntomas
Síncope neurocardiogénico	Síncope vasovagal	Ortostatismo prolongado, espacios cerrados, dolor, instrumentación médica...
	Síncope situacional	Micción, defecación, deglución, tras peinado,...
Origen cardiaco	Arritmias	Síndrome QT largo Taquicardia ventricular Displasia arritmogénica ventrículo derecho Taquicardia supraventricular Disfunción del nodo sinusal Bloqueo aurículo-ventricular
	Disfunción miocárdica	Miocarditis Miocardiopatía dilatada Coronaria de origen anómalo Enfermedad de Kawasaki
	Obstrucción a la salida ventricular	Estenosis aórtica Miocardiopatía hipertrófica obstructiva Hipertensión pulmonar
Neurológico		Epilepsia Migraña Accidente cerebral transitorio
Psicógeno		Hiperventilación Reacción de conversión
Metabólico		Hipoxemia Hipoglucemia Intoxicaciones: CO, alcohol...

Motivos de evaluación

Para identificar el riesgo específico para el paciente, que a menudo depende de la enfermedad subyacente más que del propio mecanismo del síncope.

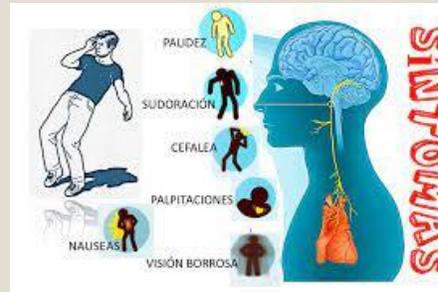
Para identificar el riesgo específico para el paciente, que a menudo depende de la enfermedad subyacente más que del propio mecanismo del síncope.

Síncope

¿Qué es?

El síncope es una pérdida transitoria del conocimiento debida a una hipoperfusión cerebral global transitoria de inicio brusco, duración corta y recuperación espontánea completa en el que puede o no haber pródromos como mareo, visión borrosa, acufenos, sudoración, náuseas o vómitos.

Síntomas



Diagnostico

- Historia clínica
- Exploración física cardiovascular, neurológica, medición de PA y de ortostatismo
- Electrocardiograma/ ecocardiograma
- Prueba de esfuerzo
- Cateterismo
- Monitorización electrocardiográfica
- Estudios electrofisiológicos
- Prueba de mesa basculante pasiva/ con isoproterenol
- Test de nitroglicerina sublingual
- Electroencefalografía
- Tomografía computarizada
- Estudios neurovasculares

Tratamiento

TABLA 20-3 Tratamiento del síncope cardiológico

I. Arritmia cardiaca como causa primaria	
- Disfunción del nodo sinusal	Marcapasos cardiaco
- Enfermedad del sistema de conducción auriculoventricular	Marcapasos cardiaco
- Taquicardia paroxística ventricular y supraventricular	Taquicardia paroxística con reentrada: ablación Torsades de pointes: retirar fármacos FEVI deprimida: DCI
II. Síncope secundario a cardiopatía estructural	
- Estenosis aórtica grave y mixoma auricular	Cirugía
- Miocardiopatía hipertrófica con o sin obstrucción	Fármacos antiarrítmicos/DCI
- Cardiopatía isquémica	Farmacológico o revascularización
III. Síncope de causa desconocida en paciente de riesgo elevado MSC	
- Miocardiopatía isquémica y no isquémica con FEVI < 30-40% y clase II de la NYHA	DCI
- Miocardiopatía hipertrófica	DCI
- Enfermedad eléctrica primaria: síndrome de Brugada, QT largo	DCI
- Displasia arritmogénica de ventrículo derecho	DCI

DCI: desfibrilador cardiaco implantable; FEVI: fracción eyección ventricular izquierdo; MSC: muerte súbita cardiaca. NYHA: New York Heart Association.

Los objetivos principales del tratamiento de los pacientes con síncope son prolongar la supervivencia, limitar las lesiones físicas y prevenir las recurrencias.

Tratamiento farmacológico. La lista incluye bloqueadores beta, disopiramida, escopolamina, teofilina, efedrina, etilefrina, midodrina, clonidina e inhibidores de la recaptación de serotonina.

Condiciones individuales:

- En el síncope vasovagal se debe enseñar a todos los pacientes a realizar las MCP, que actualmente constituyen la piedra angular del tratamiento, junto con la educación y la tranquilización de los pacientes.
- En el síncope situacional hay que evitar o mejorar el episodio desencadenante (tos, estreñimiento y esfuerzos defecatorios, dificultad miccional). Sepuede atenuar manteniendo el volumen central, adoptando posturas de protección y enlenteciendo los cambios posturales.
- En el síndrome del seno carotídeo, el marcapasos parece ser el tratamiento de elección cuando haya bradicardia documentada.



Atención al paciente inmovilizado

La pérdida funcional puede producirse según dos modelos diferentes:

El modelo progresivo es la expresión de la vía común de los procesos de envejecimiento.

El modelo catastrófico, producido por una enfermedad aguda o por complicaciones agudas de una enfermedad crónica



El síndrome de inmovilidad se clasifica

según su duración en agudo o crónico, y según el grado de restricción de la movilidad en inmovilidad relativa (limitación de determinados movimientos que no impiden una vida normal) o absoluta (encamación y posturas limitadas).

El grado de inmovilidad y su reversibilidad va a depender de múltiples factores:

- Las causas que precipitan la inmovilidad.
- Su grado o su gravedad.
- El tiempo de evolución.
- El estado previo del paciente: nivel funcional y mental.
- Las comorbilidades asociadas.

El síndrome de inmovilidad se define como «una forma común de presentación de la enfermedad, originada por cambios fisiopatológicos en múltiples sistemas, condicionados por el envejecimiento y el desuso, que se manifiestan como deterioro funcional con limitación de la capacidad de movilización, y que es multifactorial y potencialmente reversible en función de la etiología».

Tratamiento: preventivo, etiológico y rehabilitador

Prevención primaria

El anciano que realiza una vida activa y ejercicio tiene un menor riesgo de mortalidad. Se recomendará un plan de ejercicios para el mantenimiento físico. En ancianos enfermos, el ejercicio físico se ajustará a la enfermedad y a su gravedad. En todos los grupos se recomienda alternar la actividad y el esfuerzo con intervalos de reposo

Prevención secundaria

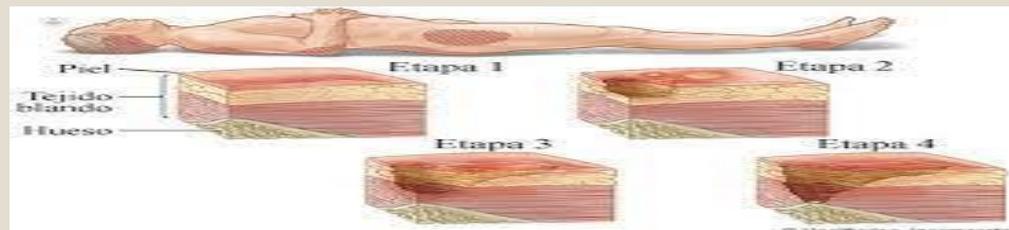
diagnóstico precoz y rehabilitación
Aparecido el síndrome, lo fundamental es su diagnóstico precoz. Las posibilidades de recuperación funcional dependerán del diagnóstico etiológico precoz.

Prevención terciaria.

las complicaciones de la inmovilidad
El anciano inmovilizado, tanto en estadio precoz como en el avanzado, debe elaborar un protocolo con recogida de datos. Conociendo todas las complicaciones derivadas de la inmovilidad, se realizarán su prevención y su tratamiento: tratamiento postural del paciente encamado, dispositivos auxiliares y ayudas técnicas, úlceras de decúbito, fisioterapia respiratoria y cardiovascular, etc.

Tratamiento etiológico

Se establecerá un plan de actuación con tres objetivos: tratamiento de los factores etiológicos detectados potencialmente tratables con medidas médicas o quirúrgicas, aplicación y aprendizaje de técnicas de mejora de movilización adaptadas al grado de inmovilidad del paciente con fisioterapia y terapia ocupacional realizando entrenamiento en AVD.



Fisiopatología

Existen tres aspectos considerados los pilares etiopatogénicos del síndrome de inmovilidad: los cambios fisiológicos que acontecen durante el envejecimiento, la existencia de factores desencadenantes y factores agravantes, y la inactividad prolongada y los cambios fisiopatológicos relacionados con ella.



Manifestaciones clínicas y complicaciones

La inmovilidad afecta a diversos órganos y funciones, y su repercusión puede ser más relevante que la propia enfermedad discapacitante. Las secuelas pueden ser graduales o inmediatas, y cuanto mayor es el grado y la duración de la inmovilización, más importantes serán

Evaluación de la inmovilidad

- Anamnesis
- Exploración física
- Valoración funcional y mental
- Pruebas complementarias

Trastornos de la eliminación: continencias

De urgencia:
Es la forma más común en pacientes masculinos mayores de 70 años. La pérdida involuntaria de orina se presenta precedida por necesidad imperiosa de orinar.

De esfuerzo:
Es común en ancianos y supone probablemente la forma más común de incontinencia en las mujeres mayores de 70 años. Es la pérdida de orina con los aumentos de la presión del abdomen (intrabdominal). Por ejemplo con la tos, los estornudos y la risa. La obesidad y la los crónicas pueden contribuir a su aparición.

Mixta:
La combinación de ambas es la incontinencia urinaria MIXTA. Es difícil de tratar ya que al resolver algunas de las causas productoras de la alteración en la micción la mayoría del paciente no es total ante la persistencia de los otros causales.

SIN PERCEPCIÓN DEL DESAÑO MICCIONAL:
Ocurren escapes de orina sin poder relacionarlos con una situación concreta. Se relaciona con una pérdida de sensibilidad de la vejiga. Es muy rara pero importante reconocerla ya que puede dar lugar a infecciones recurrentes y lesión del tracto urinario superior.

TABLA 22-3 Indicaciones de tratamiento en la incontinencia urinaria (IU)

Manejo inicial y común	IU de esfuerzo	IU de urgencia	IU de rebosamiento
Tratamiento de las causas transitorias	Ejercicios del suelo pélvico	Reentrenamiento vesical	Técnicas conductuales
+ Medidas generales	+ Duloxetine	+ Antimuscarínicos	+ Alfa-1 bloqueantes/cirugía
+ Manejo conductual	+ Cirugía de las lesiones	+ Sintomático	+ Sondaje vesical

Se define

como la pérdida involuntaria de orina siendo necesario evaluar la frecuencia, gravedad, duración e impacto en la calidad de vida. que condiciona un problema higiénico y/o social, que se puede demostrar objetivamente

TABLA 22-2 Tipos de incontinencia urinaria crónica o establecida

Tipo	Características	Causas
Estrés	Pérdidas de orina de pequeño volumen Residuo posmiccional pequeño	Debilidad muscular del suelo pélvico o incompetencia del esfínter uretral por déficit estrogénico, multiparidad o cirugía urológica o ginecológica
Urgencia	Pérdidas de gran volumen de orina por imposibilidad para retrasar la micción Residuo posmiccional pequeño	Inestabilidad del detrusor aislada o asociada con patología del sistema nervioso central (ictus, tumores, parkinsonismos, hidrocefalia, demencia), patología vesical (infección, litiasis, neoplasia), u obstrucción del tracto urinario (hiperplasia de próstata, estenosis uretral)
Rebosamiento	Pérdidas continuas de pequeños volúmenes de orina Residuo posmiccional elevado (mayor de 100 ml)	Obstrucción anatómica de próstata, uretra o cistocele, vejiga acóntractil (diabetes, lesión medular, neuropatía autonómica), disinerxia véscico-esfinteriana por lesiones medulares suprasacras
Funcional	Incapacidad funcional, mental, falta de motivación o barreras arquitectónicas	Demencia grave y otras enfermedades neurodegenerativas, deterioro funcional, factores psicológicos, ausencia o ineffectividad de los cuidadores



Cambios fisiológicos en el envejecimiento

- Vejiga. Disminución del número de nervios autonómicos, desarrollo de divertículos, disminución de la capacidad total y de la capacidad de diferir la micción, aumento del volumen posmiccional y de las contracciones involuntarias.
- Uretra. Descenso de la presión de cierre.
- Próstata. Crecimiento por hiperplasia.
- Atrofia del epitelio vaginal.
- Aumento de la debilidad del suelo pélvico, con fibrosis y depósito de colágeno.

Es mayor en las mujeres la IU origina serias repercusiones sobre el paciente anciano:

- Deterioro en la calidad de vida
- incremento de la mortalidad
- Aumento del coste de la atención

Tipos de incontinencia urinaria

INSUFICIENCIA URINARIA AGUDA
La IU aguda o transitoria es aquella de corta evolución, que dura menos de 4 semana

Micción normal Los riñones filtran orina de forma constante, y ésta se conduce a través de los uréteres hasta la vejiga, que es el órgano de almacén. La vejiga permite el llenado a baja presión, por las propiedades viscoelásticas de su pared. En circunstancias normales, según se llena la vejiga la presión permanece baja (<15mmHg).

estreñimiento como un síntoma caracterizado por una frecuencia defecatoria menor de tres veces por semana

TABLA 22-1 Causas de incontinencia aguda o transitoria

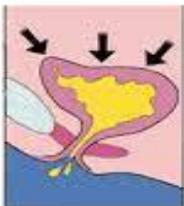
Causas	Fármacos asociados y motivo
Delirium	Hipnóticos: sedación, delirio, inmovilidad
Infecciones	Antipsicóticos: sedación, parkinsonismo, inmovilidad
Atrofia vaginal	Antidepresivos tricíclicos: anticolinérgico, sedación
Polifarmacia y fármacos	Anticolinérgicos: delirium, retención urinaria
Psicológicas (depresión)	Opiáceos: delirium, retención urinaria, impactación fecal
Endocrinopatías (diabetes, hipercalcemia)	Diuréticos: poliuria, urgencia miccional
Restricción de movilidad	Antagonistas del calcio: retención urinaria por disminución de la contractilidad del detrusor
Stool (impactación fecal)	Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina: tos

INSUFICIENCIA URINARIA CRONICA
Es la que tiene una duración superior a 4 semanas y su causa son alteraciones estructurales dentro o fuera del tracto urinario.

ESFUERZO

URGENCIA

REBOSAMIENTO



Alteraciones cognitivas en el anciano. Parte I y II

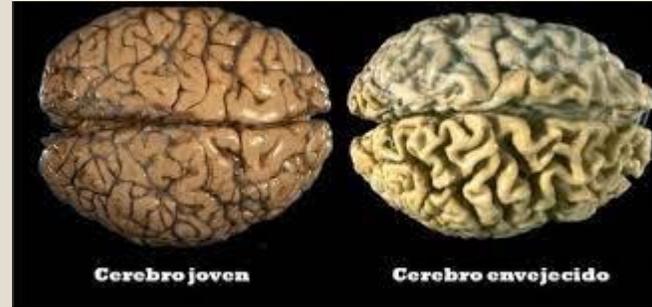
Envejecimiento cerebral en el anciano sano

Cambios estructurales cerebrales asociados con la edad

Se produce atrofia, que afecta fundamentalmente a la corteza prefrontal dorsolateral y, en un grado menor, a subdivisiones del lóbulo temporal medial como el subiculum y la circunvolución dentada.

Cambios cognitivos asociados con la edad

- La queja subjetiva de pérdida de memoria
- alteraciones disejecutivas
- Se pueden alterar la rapidez del pensamiento y el razonamiento.
- deficiencias funcionales de la corteza prefrontal lateral



Demencia ¿Qué es?

Es un síndrome adquirido, de naturaleza orgánica, que se caracteriza por un deterioro persistente de diversas funciones cognitivas, del estado mental y de la conducta social, que no está causada por un delirium y que interfiere con las actividades de la vida diaria, la actividad laboral o la actividad social.

Incidencias

La incidencia aumenta con la edad y en el sexo femenino. Se estima que está en torno al 1% en mayores de 65 años, y que supera el 5% en los mayores de 90 años.

Principales síntomas conductuales

- Delirios
- Ilusiones
- Confabulaciones
- Alucinaciones
- Falsos reconocimientos
- Agitación
- Agresividad
- Depresión
- Ansiedad

- Labilidad emocional
- Emotividad inapropiada
- Manía
- Euforia
- Apatía
- Compulsiones
- Obsesiones
- Alteraciones del sueño

diagnostico

- Electroencefalograma
- Punción lumbar
- Neuroimagen funcional y anatómica
- Estudio genético

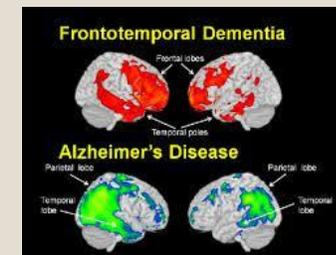
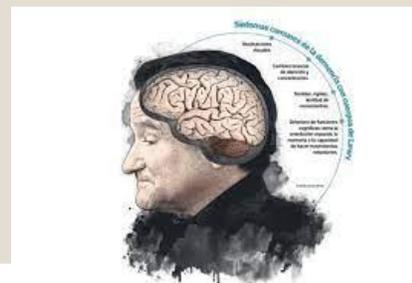
TABLA 23-1 Síntomas que deben evaluarse en la valoración cognitiva del anciano

Síntomas cognitivos	Síntomas psicopatológicos y conductuales	Evaluación de la funcionalidad
- Atención	- Trastornos del ánimo (apatía, depresión, manías)	- Escalas de actividades avanzadas de la vida diaria
- Memoria	- Delirios (de robo, de ruina, de celos, abandono)	- Escala de actividades Instrumentales (AIVD) (Lawton y Brody, OARS-IADL)
- Lenguaje	- Alucinaciones	- Escalas de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Katz, Barthel)
- Praxias	- Errores de identificación	- Escalas de actividades de la vida diaria (AVD) en demencia (BRDS, IDDD, B-ADL, ADCS/ADL, ADFACS)
- Cálculo	- Trastorno de comportamiento y actividad (agresividad, negativismo, quejidos, sundowning)	
- Función visoespacial	- Alteraciones sexuales	
- Función visuoconstructiva	- Alteraciones del sueño	
- Función ejecutiva		

Tipos de demencia

DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

síntomas

CAMBIOS COGNITIVOS

- Pérdida de la memoria, que generalmente es notada por otra persona
- Dificultad para comunicarse o encontrar palabras
- Dificultad con las habilidades visuales y espaciales, como perderse mientras se conduce
- Dificultad para razonar o para resolver problemas
- Dificultad para manejar tareas complejas
- Dificultad para planificar y organizar

Cambios psicológicos

- Cambios en la personalidad
- Depresión
- ansiedad
- Comportamiento inapropiado
- Paranoia
- Agitación
- Alucinaciones

Principales tipos de demencia

Enfermedad de Alzheimer



Parkinson

¿Qué es el #Parkinson?

- Trastorno que afecta a las **células nerviosas (neuronas)** en la parte del cerebro que **controla los movimientos**.
- Comienza alrededor de los **60 años** (puede presentarse antes).
- Es **más común en hombres** que en mujeres.
- Es **crónica y progresiva**.

#Parkinson

Síntomas:

- Lentitud en movimientos.
- Tembor en manos, brazos, piernas, mandíbula y cara.
- Problemas de equilibrio y coordinación.
- Rigidez en brazos, piernas y tronco.

Tratamiento:

No existe cura pero es posible que su médico(a) prescriba medicamentos que ayude con los síntomas.

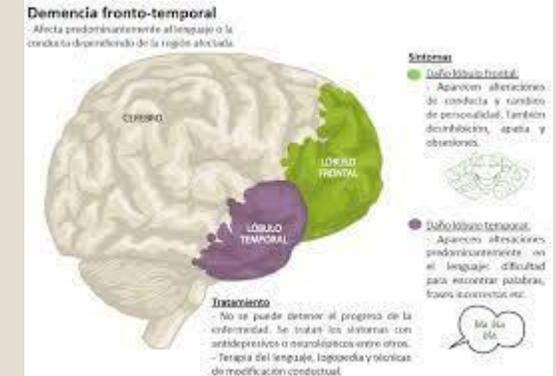
#SaludEnNúmeros:

En España se calcula que existen unos 150.000 afectados con Enfermedad de Parkinson muchos están aún sin diagnosticar.

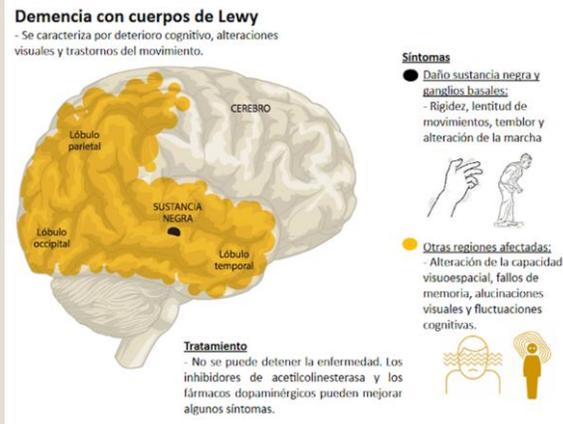
* Última actualización: 11 de abril de 2015. Diseño: Dirección General de Información en Salud.

Fuentes: SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

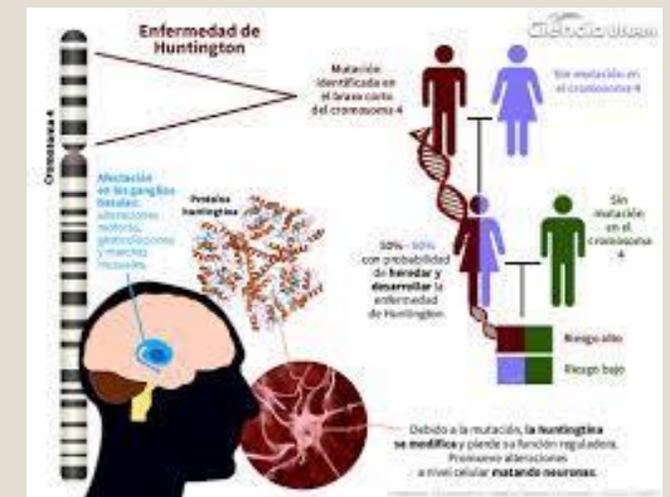
Demencia frontotemporal



Demencia con cuerpos de lewy



Enfermedad de Huntington



Bibliografía

(S/f). Recuperado el 22 de mayo de 2023, de
[http://file:///C:/Users/cinthia%20valeria/Desktop/cuatri%206to/patologia%20del%20adulto/medicina-geri-trica-una-aproximaci-n-basada-en-problemas%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/cinthia%20valeria/Desktop/cuatri%206to/patologia%20del%20adulto/medicina-geri-trica-una-aproximaci-n-basada-en-problemas%20(1).pdf)