



Mi Universidad

SÚPER NOTA

NOMBRE DEL ALUMNO: Mauricio de Jesús Aguilar Vázquez.

NOMBRE DEL TEMA: Geriatría.

NOMBRE DE LA MATERIA: Patología del adulto.

NOMBRE DEL PROFESOR: Felipe Antonio Morales.

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: Licenciatura en Enfermería (LEN).

CUATRIMESTRE: Sexto.

GRUPO: LEN10SSC0121-A

SINCOPE

¿QUÉ ES?

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 pródomos



SIGNOS Y SÍNTOMAS

Caída de la presión arterial (PA) sistémica, con reducción del flujo sanguíneo cerebral. Un cese súbito del flujo sanguíneo cerebral de tan sólo 6-8 segundos es suficiente para causar una pérdida completa de conocimiento.

Mareo, visión borrosa, acúfenos, sudoración, náuseas o vómitos

TRATAMIENTO

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, disopiramina, 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). Se puede 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

¿QUÉ ES?

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»



LA PÉRDIDA FUNCIONAL PUEDE PRODUCIRSE SEGÚN DOS MODELOS DIFERENTES:

FISIOPATOLOGÍA

- El modelo catastrófico, producido por una enfermedad aguda o por complicaciones agudas de una enfermedad crónica.
- El modelo progresivo es la expresión de la vía común de los procesos de envejecimiento.

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.

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 mejoría de movilización adaptadas al grado de inmovilidad del paciente con fisioterapia y terapia ocupacional realizando entrenamiento en AVD,

TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN: CONTINENCIAS

¿QUÉ ES?

Es la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social, que se puede demostrar objetivamente.



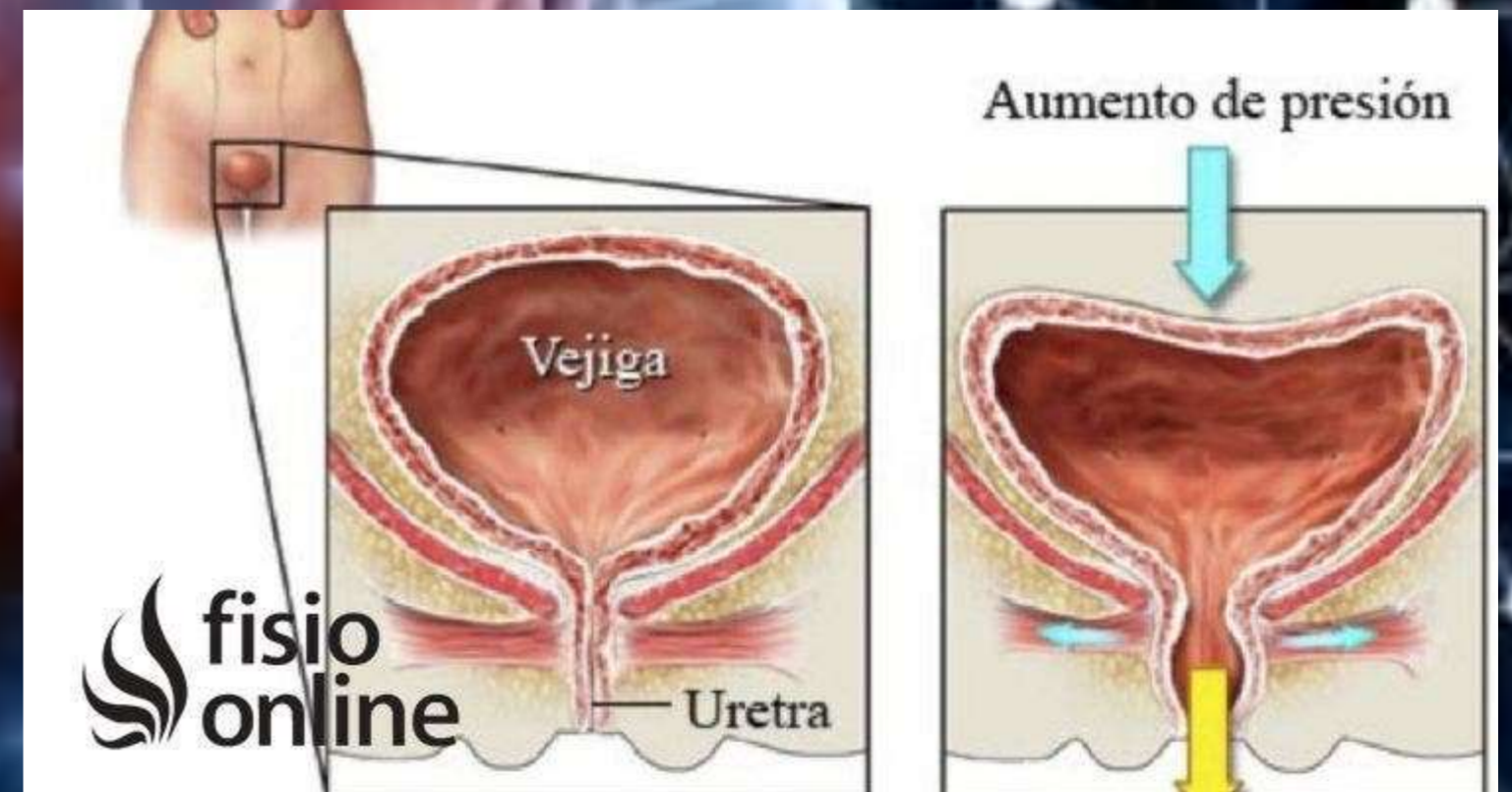
TIPOS DE INSUFICIENCIA URINARIA CRÓNICA Y SU TRATAMIENTO

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	+ Duloxetina	+ Antimuscarínicos	+ Alfa-1-bloqueantes/cirugía
+ Manejo conductual	+ Cirugía de las lesiones	+ Sintomático	+ Sondaie vesical

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

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

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



SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES

PRINCIPALES SÍNTOMAS CONDUCTUALES

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

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



TRATAMIENTO

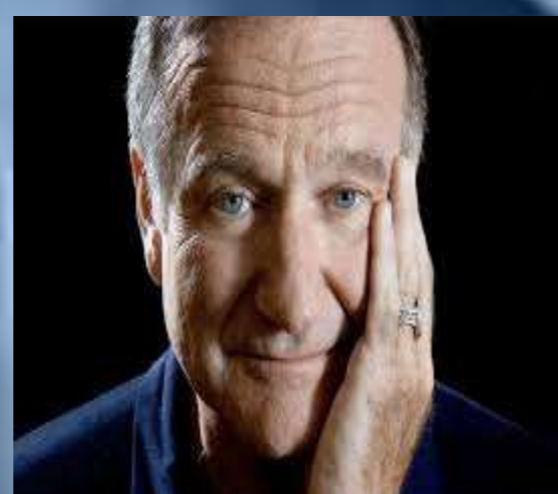
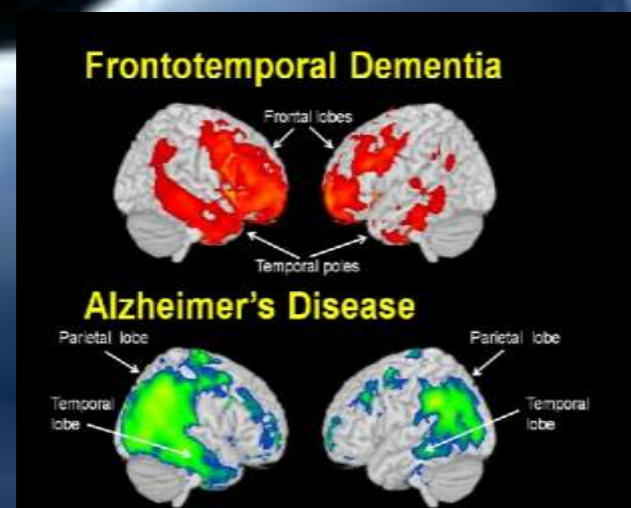
En un principio terapias de psicoestimulación. El uso de terapias de aproximación emocional como la de reminiscencia, o de terapias que combinan aspectos cognitivo-conductuales, o las técnicas de relajación, consiguen una mejoría del nivel de ansiedad y de los síntomas depresivos y, por tanto, cognitiva, así como también el uso de antidepresivos.

PRINCIPALES TIPOS DE DEMENCIA

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY



ALTERACIONES COGNITIVAS EN EL ANCIANO. PARTE I Y II

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.

INCIDENCIA

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.

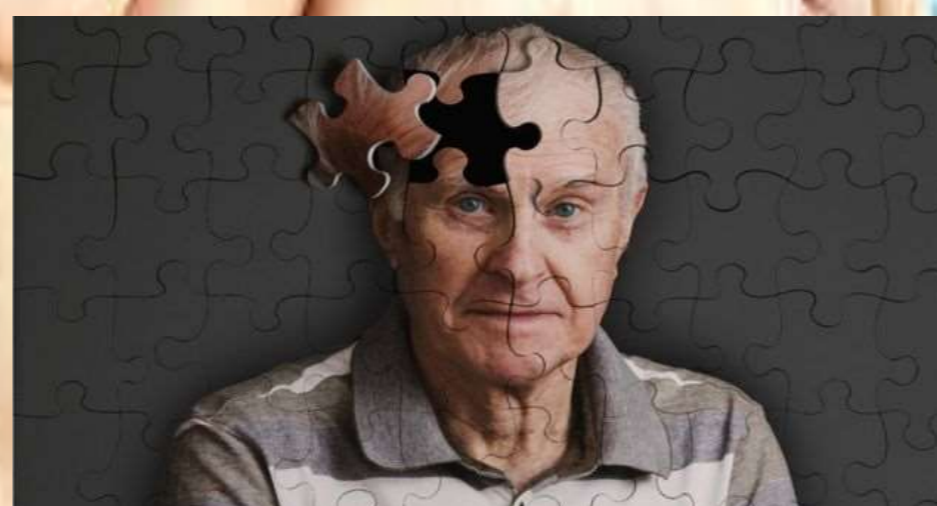
CAMBIOS COGNITIVOS

- 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

SINTOMAS

Cambios psicológicos

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



PRINCIPALES TIPOS DE DEMENCIA

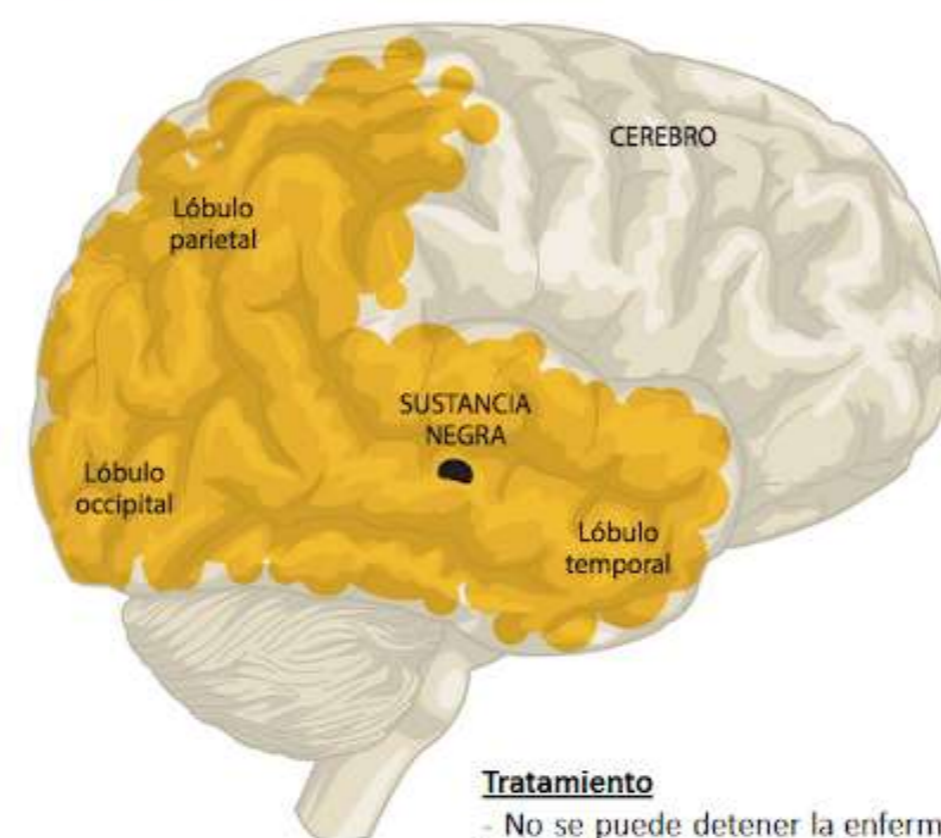
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

Demencia con cuerpos de Lewy

- Se caracteriza por deterioro cognitivo, alteraciones visuales y trastornos del movimiento.

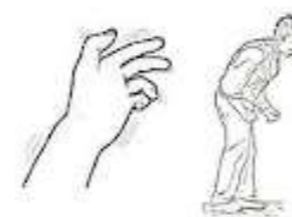


Tratamiento

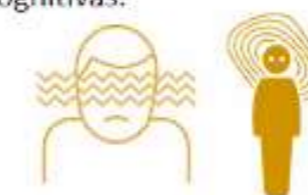
- No se puede detener la enfermedad. Los inhibidores de acetilcolinesterasa y los fármacos dopaminérgicos pueden mejorar algunos síntomas.

Síntomas

- Daño sustancia negra y ganglios basales:
 - Rigidez, lentitud de movimientos, temblor y alteración de la marcha



- Otras regiones afectadas:
 - Alteración de la capacidad visuoespacial, fallos de memoria, alucinaciones visuales y fluctuaciones cognitivas.



DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE 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.

Síntomas:

Lentitud en movimientos.
Temblor 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

