



Mi Universidad

Súper nota

Nombre del Alumno: Candelaria Guadalupe José Lucas

Nombre del tema: unidad I Sincope

Parcial: 1

Nombre de la Materia: Patología del adulto

Nombre del profesor: Lic. Felipe Antonio Morales

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

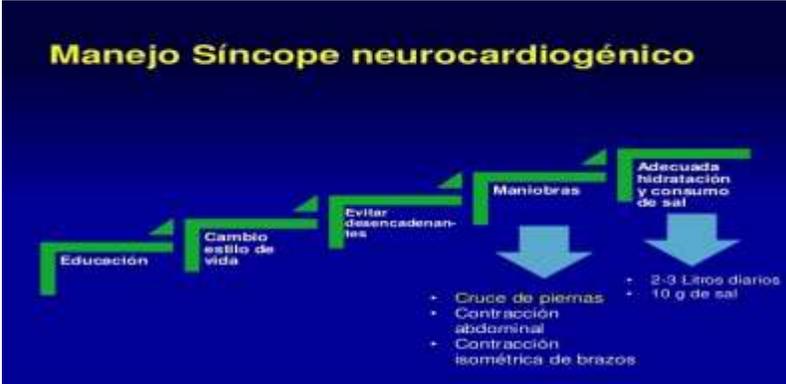
Cuatrimestre: 6to Grupo: "A"

Sincope



El síncope desencadenado por estímulos físicos o emocionales desagradables (p. ej., dolor, miedo), que en general se desarrolla en posición de pie y suele estar precedido por síntomas de alarma mediados por el sistema vagal (p. ej., náuseas, debilidad, bostezos, temor, visión borrosa, sudoración), corresponde a un síncope vasovagal

El síncope se puede clasificar según su etiología e cardiovascular, y el primero a su vez, en cardiogénico y reflejo. Esta división se debe al pronóstico adverso de los pacientes con síncope cardiogénico. El síncope reflejo, comúnmente llamado «vasovagal», es el más frecuente y es el de mejor pronóstico. Entre los de etiología no cardiovascular, cabe mencionar causas neurológicas como la epilepsia y el vértigo, psiquiátricas, como reacciones situacionales y conversivas y las metabólicas.



Cardiovascular A. Reflejo

- Síncope neurocardiogénico
- Síncope situacional
 - Miccional
 - Tos
 - Deglución
 - Defecación
 - Por ejercicio físico
- Hipersensibilidad del seno, carotídeo
- Secundario a drogas:
 - Nitratos
 - Vasodilatadores
 - Cocaína
 - Digoxina
 - Antiarrítmicos, por su efecto arritmogénico al causar shock anafiláctico.

La mortalidad del síncope cardiogénico varía entre 18 y 33% a un año, en comparación al no cardiogénico que es de 0 a 12% (incluyendo el vasovagal) y en los pacientes con síncope de causa desconocida, (6%), semejante a la de la población general(21,24). Los pacientes con síncope de origen desconocido en los que se induce taquicardia ventricular en el estudio electrofisiológico tienen muy mal pronóstico.

Muerte Súbita

- 65-70% de las muertes súbitas se deben a una cardiopatía isquémica
- La mortalidad es superior a 85%

Atención al paciente inmovilizado

Personas que se ven obligadas a pasar la mayor parte de su tiempo en cama y que sólo pueden abandonarla con la ayuda de otras personas.

Personas con una dificultad importante para desplazarse, que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales



La mayoría de las personas con problemas de salud que afectan a la movilidad y/o a la capacidad de autocuidado, conviven en su domicilio junto a familiares o amigos que ejercen de cuidadores.

Estas personas dependientes necesitan atención constante para atender sus necesidades básicas, controlar o administrar tratamientos y prevenir complicaciones o accidentes.

Aunque la discapacidad no es un problema exclusivo de los ancianos, dos terceras partes de las personas que presentan dependencia para realizar las actividades de la vida diaria tienen más de 65 años. Son numerosas las enfermedades que ocasionan problemas de movilidad o distintos grados de discapacidad física o mental.



Los pacientes con enfermedades agudas o crónicas que afectan a la movilidad presentan frecuentemente dolor, falta de fuerza, debilidad, rigidez o alteraciones del equilibrio. Algunas personas no pueden mantenerse en pie y su movilidad se reduce al traslado de la cama al sillón o silla de ruedas con ayuda de cuidadores. Las personas con diagnóstico de demencia presentan deterioro de las funciones cognitivas, perdiendo progresivamente su capacidad de autocuidado.

Trastornos de la eliminación: continencias



La continencia urinaria es una función básica que se adquiere en la infancia y debe mantenerse en el anciano sano, su pérdida debe interpretarse como un signo de difusión en algún nivel de los sistemas que hacen posible la continencia por ello la continencia no puede ser considerada un fenómeno normal del envejecimiento.

Requisitos necesarios para mantener la continencia urinaria son los siguientes: Almacenamiento adecuado en el tracto urinario inferior Vaciamiento adecuado del tracto urinario inferior Motivación suficiente para ser continente Cognición suficiente como para percibir el deseo miccional e interpretado como tal movilidad y destreza suficientes para alcanzar el retrete ausencia de barreras arquitectónicas que limiten el acceso al retrete

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA (I)

- 1) Incontinencia Urinaria Femenina de Esfuerzo
 - En mujeres pre y post-menopáusicas.
 - Al realizar esfuerzo.
 - Toser, reír, coger peso, saltar...
- 2) Incontinencia Urinaria de Urgencia
 - En mujer adulta y ancianos de ambos sexos.
 - Frecuente cuando hay deterioro neurológico.



Tipo de incontinencia urinaria en el anciano en función de la severidad Incontinencia urinaria leve: La incontinencia imperiosa es la pérdida incontrolada de orina (en cantidad entre moderada e importante) que se produce inmediatamente después de presentar una necesidad irreprimible y urgente de orinar. La necesidad de levantarse a orinar durante la noche (nicturia) y la incontinencia nocturna son frecuentes. La incontinencia de esfuerzo es la pérdida de orina debido a aumentos bruscos en la presión intra-abdominal (por ejemplo, la que se produce al toser, estornudar, reír, flexionarse o levantar un peso). El volumen de la fuga es generalmente de bajo a moderado.

Cambios fisiológicos en el envejecimiento

- Vejiga disminución del número de nervios autonómicos
- 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

Cambios Fisiológicos

- Composición Corporal
- Aparato Cardiovascular
- Aparato Locomotor
- Organos de los Sentidos
- Sistema Inmune
- Función renal
- Sistema Nervioso: Memoria, Sueño
- Piel

Alteraciones cognitivas en el anciano parte



Los cambios cognitivos propios de la edad están sometidos a la variabilidad individual del envejecimiento a la coexistencia de enfermedades y a la reserva funcional o capacidad de compensación de defectos funcionales que posee el sistema nervioso central

La población envejece en forma acelerada, y la comprensión de los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento es una herramienta importante para enfrentar las demandas biomédicas y sociales de ese grupo etario. El objetivo de la presente revisión es definir los principales cambios morfológicos y funcionales en los sistemas cardiovascular, renal, nervioso central, muscular y metabolismo de la glucosa asociados a la edad.

CAMBIOS COGNITIVOS EN LA EDAD AVANZADA

LA PERCEPCION EN LA ADULTEZ Y LA VEJEZ
 En la adultez: comienzan con alteraciones sensoriales.
 En la vejez: afectación drástica por declive de los procesos sensoriales (vista, oído), ajustes externos (gafas, audifonos), y estrategias de compensación.

LA ATENCION EN LA ADULTEZ Y LA VEJEZ
 Edad adulta: en el adulto no hay pérdida significativa en la atención sostenida.
 En la vejez: orientación menos selectiva a consecuencia de una pérdida de la habilidad para inhibir información irrelevante.

Valoración los síntomas en el anciano. Problemas

- Deterioro cognitivo
- Alteraciones del lenguaje
- Alteraciones sensitivas
- Síntoma manifestado como:
 - Confusión
 - Aislamiento social
 - Apatía

Valoración clínica en un paciente anciano será obligatoria la evaluación de deterioro cognitivo si se presentan quejas subjetivas y objetivas de pérdida de memoria alguna otra alteración cognitiva objetivada por un informador deterioro funcional de reciente comienzo de causa no claramente justificada trastornos psiquiátricos sobre todos depresión de inicio en edades avanzadas.

Funciones visuconstructiva

Funciones ejecutivas

Diagnostico diferencial con síndromes no demenciales

Solicitud de exploraciones complementarias

Estudio genético

Enfermedad de Alzheimer



Mano Navas
CENTRO INTEGRAL DE DESARROLLO

CAMBIOS COGNITIVOS EN EL ENVEJECIMIENTO

| | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| MEMORIA | FUNCIONES EJECUTIVAS |
| INTELIGENCIA | RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS |
| LENGUAJE | PERSONALIDAD |
| ATENCIÓN | MOTIVACIÓN |
| FUNCIONES VISO-ESPACIALES | AFFECTIVIDAD |

Infórmate en: Tel: 96.361.79.67 - 653.17.68.10. Mail: academiamarnavas@gmail.com

Bibliografía

Libro medicina geriátrica una aproximación basada en problemas
páginas

187-263

Pedro Abizanda Soler

Luis Romero Rizos

Carmen Luengo Márquez

Pedro Manuel Sánchez Jurado

Joaquín Jordán Bueso

Booksmedicos.org