



**Nombre de alumno: Marla Lisset
Gómez Polvo**

**Nombre del profesor: Felipe Antonio
Morales Hernández**

**Nombre del trabajo: Súper nota
Actividad #1**

Materia: Patología del adulto

Cuatrimestre: 6°

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de mayo de 2023.

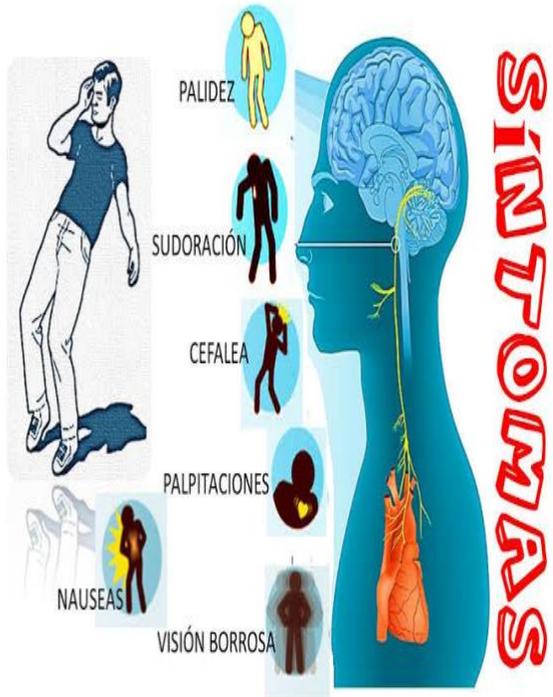


SINCOPE

Es una pérdida transitoria del conocimiento debida a una hipoperfusión cerebral global transitoria de inicio brusco, duración corta y recuperación espontánea



Pródromos como mareo, visión borrosa, acúfenos, sudoración, náuseas o vómitos



Diagnóstico

Ante un episodio de pérdida de conocimiento confirmaremos el síncope mediante la historia clínica, recogiendo en ella la forma de inicio, número de episodios previos, síntomas asociados, lesiones secundarias y presencia de testigos



Tratamiento



Principios globales del Tratamiento del Síncope
Los objetivos principales del tratamiento de los pacientes con síncope son prolongar la supervivencia, limitar las lesiones físicas y prevenir las recurrencias. Conocer la causa del síncope es fundamental en la selección del tratamiento

Hipotensión ortostática

- En la disfunción del sistema nervioso autonómico inducida por fármacos se debe retirar el agente causal.
- En ausencia de hipertensión, los pacientes deben ser instruidos para realizar una ingesta suficiente de agua y sal, hasta llegar a los 2-3 litros de fluidos por día y 10 g de NaCl.
- Dormir con la cabecera de la cama elevada 10° previene la poliuria nocturna, mantiene una distribución más favorable de los fluidos corporales y mejora la hipertensión nocturna.

Es la séptima causa de atención en urgencias hospitalarias en mayores de 65 años, supone un 3% de las urgencias y un 1% de los ingresos



ATENCIÓN AL PACIENTE INMOVILIZADO

El síndrome de inmovilidad es una de las entidades geriátricas más frecuentes; pese a ello, es bastante ignorado por distintos profesionales sanitarios e incluso no está considerado como entidad independiente generadora de morbilidad



El objetivo primordial de la geriatría es conseguir un envejecimiento saludable con un período corto de morbilidad, incapacidad y dependencia



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

Fisiopatología del síndrome de inmovilidad

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



Tratamiento: preventivo, etiológico y rehabilitador

El ejercicio programado mejora, además, los parámetros cardiovasculares, aumenta la fuerza muscular e incrementa la densidad mineral ósea, lo que facilita un incremento de la autonomía y disminuye el componente de fragilidad del anciano



TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN: CONTINENCIAS

DESORDEN NEUROGENO DE VEJIGA

Daño cerebral, en la médula espinal o los nervios que provoca problemas de incontinencia, en la vejiga o al orinar. Puede afectar a pacientes que han sufrido daños a causa de traumatismos, ictus, esclerosis múltiple y enfermedad de Parkinson.



- **Problemas del desarrollo.** los niños con retrasos madurativos tienen con mayor frecuencia enuresis.

incontinencia urinaria, como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra demostrable objetivamente, que genera un problema social e higiénico.

Causas



Problemas, daños neurológicos

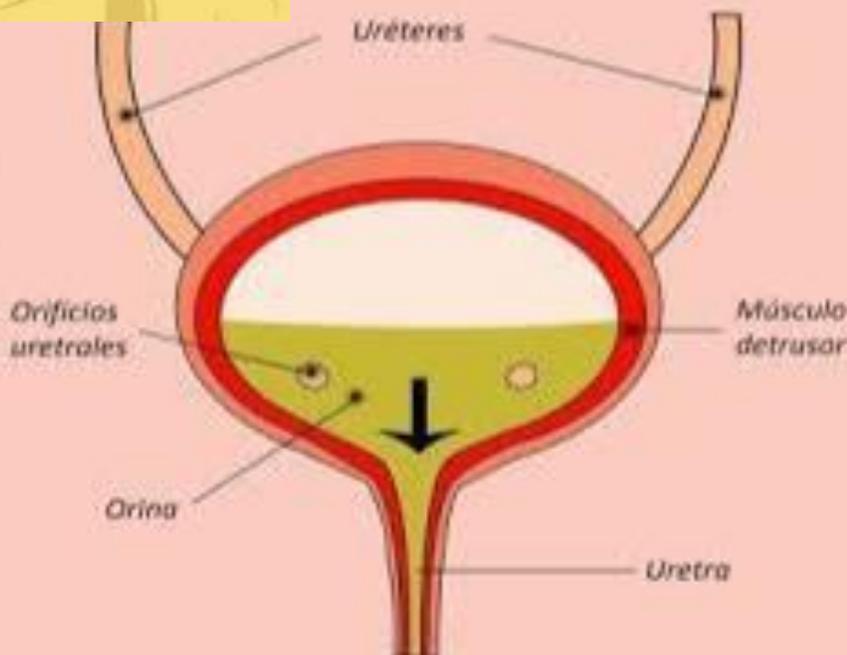


Alteración músculos del suelo pélvico

Alteración esfínter externo



Fallo esfínter interno



Tipos de incontinencia

ESFUERZO

La pérdida de orina se produce al realizar cualquier movimiento o actividad física. La risa el estornudo, el deporte, la carga de objetos pesados o el mero hecho de ponerse en pie o agacharse puede provocar escapes de orina que van desde unas gotas hasta un chorro.



URGENCIA

Es la más frecuente en el anciano. Es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de deseo miccional claro e intenso, difícil de demorar.



MIXTA

Pérdida involuntaria, por esfuerzo y los síntomas de la incontinencia de urgencia.

REBOSAMIENTO

Se produce porque la vejiga se encuentra distendida por obstrucción e imposibilidad de vaciado



FUNCIONAL

Debida a limitaciones de la movilidad, cognitivas y no por alteración orgánica.



NEUROGENA

Pérdida involuntaria cuando se alcanza un volumen vesical específico. Debido a afectación de las motoneuronas o por lesiones traumáticas o quirúrgicas.



ALTERACIONES COGNITIVAS EN EL ANCIANO

PARTE I Y II

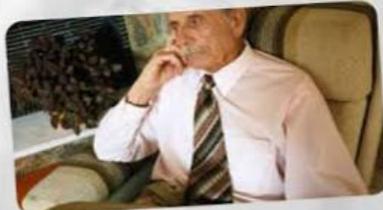


ENVEJECIMIENTO CEREBRAL EN EL ANCIANO SANO

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.

Deterioro de la capacidad de:

- Atención
- Concentración
- Razonamiento
- Ejecutiva
- De juicio
- De planificación
- De adaptación a situaciones nuevas
- De memoria
- De lenguaje expresivo
- Comprensión del lenguaje
- Capacidades viso constructivas



CAMBIOS COGNITIVOS ASOCIADOS CON LA EDAD

La queja subjetiva de pérdida de memoria (se ve afectada la memoria episódica reciente y pueden existir trastornos leves y banales de la denominación) es la queja cognitiva más frecuente; su frecuencia oscila entre un 20 y un 40%. Esta queja suele mantenerse a lo largo del tiempo y en un pequeño porcentaje puede conducir hacia formas más importantes de alteración (deterioro cognitivo leve o enfermedad de Alzheimer).

¿ CÓMO PREVENIR EL DETERIORO COGNITIVO?

Con el envejecimiento se presentan en el cerebro de forma normal cambios morfológicos y bioquímicos que dependiendo de la plasticidad cerebral y de la actividad de funciones cerebrales pueden llevar a presentar lo que se conoce como deterioro cognitivo.



1 Actividad Física y Alimentación



2 Juegos de memoria, sopas de letra, crucigramas, acertijos, sudokus



3 Lectura



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

DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO DE DEMENCIA

El diagnóstico exige realizar la historia clínica y una exploración neurológica, evaluar la repercusión en los niveles de funcionalidad del individuo, realizar una evaluación neuropsicológica formal y la cumplimentación de criterios clínicos de demencia.

La mortalidad es superior a la de la población general, con un riesgo relativo de morir al año del 5,4% si se diagnostica entre los 65 y los 74 años, y del 20,5% por encima de los 75 años en el caso de la enfermedad de Alzheimer; en la demencia vascular es del 7,2 y del 3,5%, respectivamente



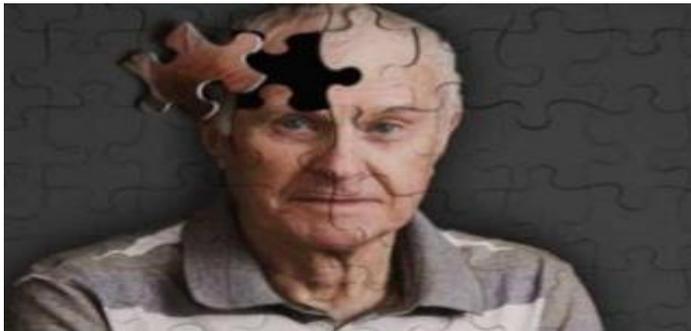


Diagnóstico etiológico De la Demencia

Las demencias se clasifican como primarias o degenerativas y secundarias. La enfermedad de Alzheimer es la más prevalente; el segundo y el tercer lugar en las demencias degenerativas los ocupan la demencia de cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal, respectivamente, y la demencia vascular es la más prevalente entre las demencias secundarias

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son la edad, el sexo femenino, la etnia (mayor en negros americanos), el nivel educativo (se retrasa la prevalencia por aumento de la reserva funcional), la historia familiar, el síndrome de Down, los factores genéticos



Clínica

Las lesiones se acumulan en la fase preclínica, a la que sigue una etapa predemencial sintomática en la que lo más característico es un trastorno de memoria episódica junto con afectación temporal mesial, pero puede presentarse como un cuadro focal cortical o con leves alteraciones conductuales; el declinar funcional no existe o es mínimo

Diagnóstico debe confirmarse la existencia del síndrome demencial, y la repercusión en funcionalidad en el caso de que se apliquen los primeros criterios. Las exploraciones complementarias son de ayuda diagnóstica y descartan otras patologías, pero el diagnóstico de certeza sólo se establece con el estudio anatomopatológico

Tipos de demencia

En función de la posibilidad de recuperación

- 1 DEMENCIAS POTENCIALMENTE REVERSIBLES**
Algunas afecciones o situaciones que pueden derivar en una demencia modificable son:
 - Traumatismos craneoencefálicos.
 - Tumores cerebrales.
 - Infecciones.
 - Consumo de drogas.
 - Determinados fármacos.
 - Abuso de alcohol.
 - Deficiencias hormonales o vitamínicas.
- 2 DEMENCIAS IRREVERSIBLES**
Actualmente no existe una cura para este tipo de demencias. Las más comunes son:
 - Enfermedad de Alzheimer.
 - Demencia de tipo vascular.
 - Demencias debidas a otras enfermedades neurodegenerativas (Demencia por cuerpos de Lewy o enfermedad de Huntington, por ejemplo).

Según las zonas cerebrales afectadas

- 1 DEMENCIAS CORTICALES**
Afectación principal del córtex cerebral, que desempeña un papel crucial en los procesos cognitivos como la memoria y el lenguaje.
Principales efectos:
 - Alteraciones importantes de memoria.
 - Afectación del lenguaje.
 - Dificultad para evocar palabras y/o para comprender el lenguaje común.
 La enfermedad de Alzheimer es el caso más prototípico.
- 2 DEMENCIAS SUBCORTICALES**
La disfunción fundamental afecta partes del cerebro situadas por debajo del córtex.
Principales efectos:
 - Disminución en la capacidad de atención.
 - Lentitud del pensamiento.
 - Variaciones significativas en el estado de ánimo.
 Pueden derivarse de enfermedades como la de Parkinson o la de Huntington.
- 3 DEMENCIAS MIXTAS**
Se combinan diferentes causas en su origen y afectan simultáneamente a las dos grandes áreas cerebrales.

FUENTE DE CONSULTA :

Abizanda soler, P. (2012). Medicina geriátrica: una aproximación basada en evidencia. Elsevier Masson.