



Mi Universidad

Súper Nota

Nombre del Alumno: Tatiana Guadalupe Morales Cruz.

Nombre del tema: Sincope, Atención al paciente inmovilizado, Trastornos de la eliminación, Alteración Cognitiva en el anciano Parte 1 y 2, Síntomas psicológicos y conductuales.

Nombre de la Materia: Patología del adulto.

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales.

Nombre de la Licenciatura: Enfermería General

Cuatrimestre: Sexto.

Comitán de Domínguez Chiapas a 16 de mayo del 2023.

Bibliografía:

[medicina-geri-trica-una-aproximaci-n-basada-en-problemas \(1\).pdf](#)

Enfermedades Neurológicas



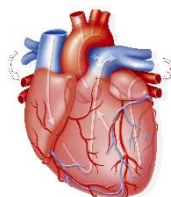
ETIOLOGIA

Hipotensión ortostática

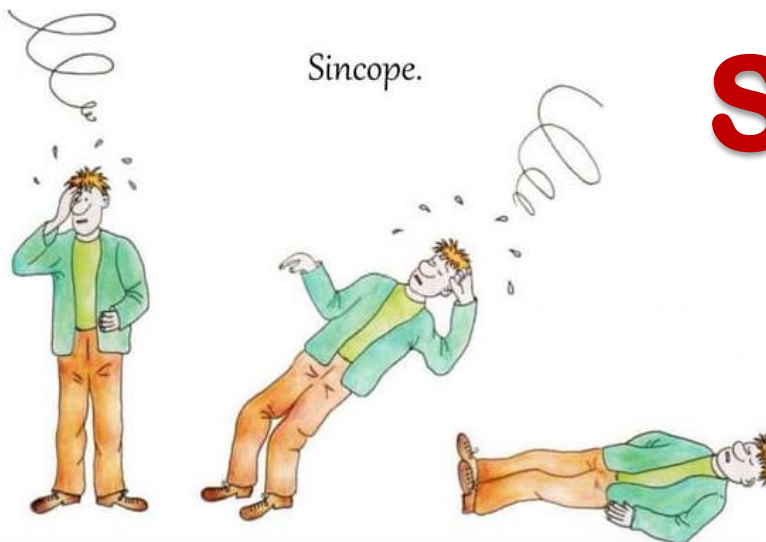
Hipovolemia



Inestabilidad vasomotora mediada por reflejo



Síncope Cardiogénico



SINCOPE

- + Pérdida transitoria del conocimiento debida a una hipoperfusión cerebral global.
- + Un cese súbito del flujo sanguíneo cerebral de tan sólo 6-8 segundos es suficiente para causar una pérdida completa de conocimiento.
- + Una (PAS) igual o menor a 60mmHg se asocia con síncope.

FISIOLOGIA

Los cambios fisiológicos asociados a la edad a nivel cardíaco, PA, flujo sanguíneo cerebral y control del volumen sanguíneo, en combinación con el aumento de la morbilidad y la simultánea polifarmacia, incrementan la frecuencia del síncope en los ancianos.

TABLA 20-3 Tratamiento del síncope cardiológico	
I. Arritmia cardíaca como causa primaria	
- Disfunción del nodo sinusal	Marcapasos cardíaco
- Enfermedad del sistema de conducción auriculoventricular	Marcapasos cardíaco
- 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 arritmógena de ventrículo derecho	DCI

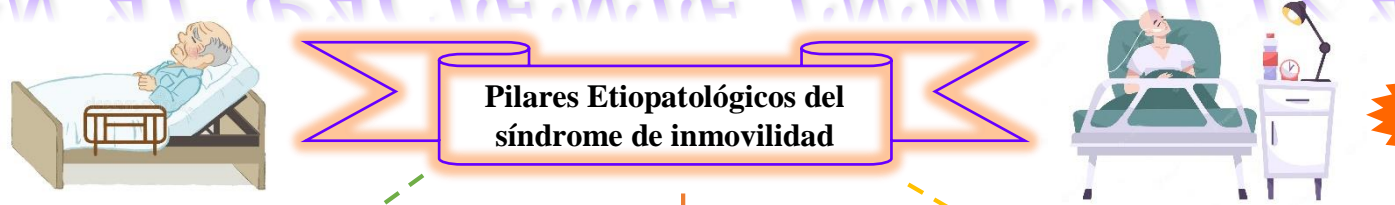
DIAGNÓSTICO

- + Historia Clínica
- + ECG Inicial.
- + Prueba de esfuerzo.
- + Cateterismo.
- + Ecocardiograma/Técnicas de Imagen.
- + Monitorización electrocardiográfica.

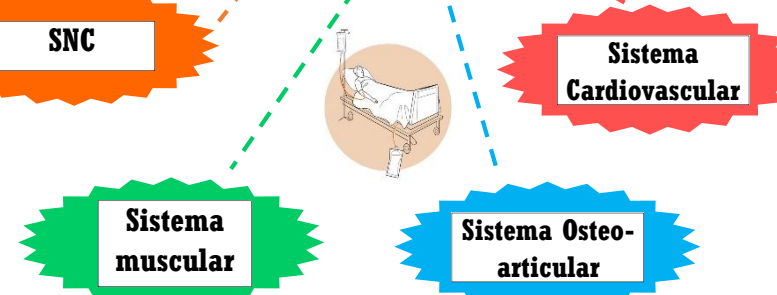


ALTERACIÓN AL PACIENTE INMOVILIZADO

Cambios fisiopatológicos en múltiples sistemas, condicionados por el envejecimiento y el desuso, que se manifiestan como deterioro funcional.

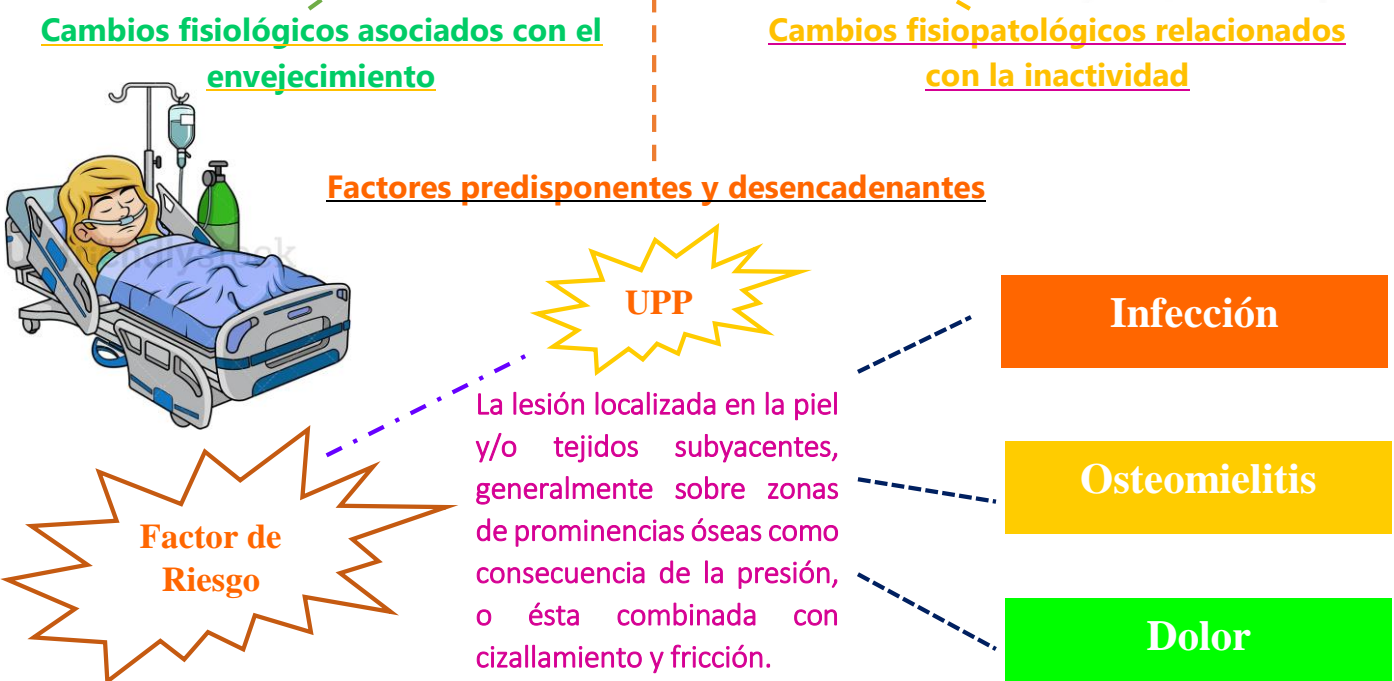


Manifestaciones Clínicas

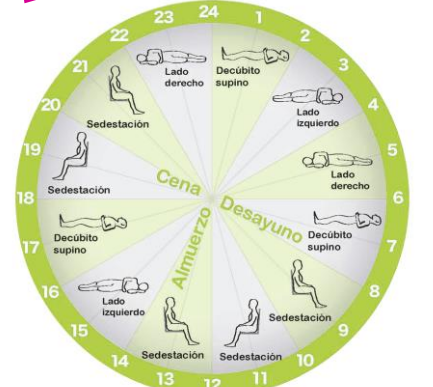


Tratamiento

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, y manejo del paciente encamado para evitar complicaciones.

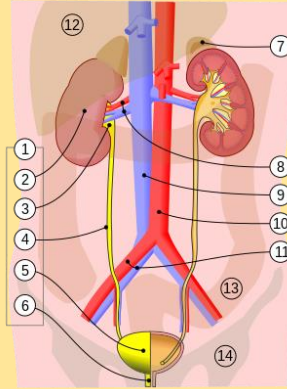
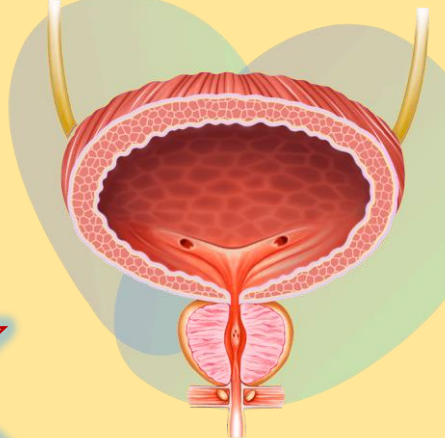


TRATAMIENTO



Pérdida involuntaria de orina sin control del llenado y vaciado de la vejiga urinaria acompañado, en ocasiones, de un fuerte deseo de orinar.

TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN URINARIA: CONTINENCIAS



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.

Repercusiones en el paciente anciano

Deterioro en la calidad de vida

Aumento del coste de la atención

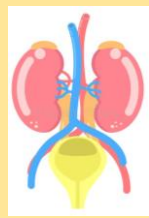
Tipos de incontinencia

Urgencia

Funcional

De esfuerzo o estrés

Por rebosamiento



Hay estudios que relacionan la IU con incremento de la mortalidad, no por la patología sino por la fragilidad y aumento de la dependencia funcional.

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

? ALTERACIONES COGNITIVAS EN EL ANCIANO.

La causa es la disminución de la sustancia blanca en los lóbulos frontales y la disminución de la densidad sináptica. La alteración de los circuitos corticales que unen áreas de asociación frontal y temporal y los circuitos córtico-estriatales es responsable de las alteraciones cognitivas del envejecimiento.



Demencia

+ Deterioro persistente de diversas funciones cognitivas, del estado mental y de la conducta social, que no está causada por un delirium.

+ 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.

PARTE I

Signos

+ Incluyen síntomas afectivos, delirios, alucinaciones y trastornos del comportamiento y actividad.

Diagnóstico

+ Realizar historia clínica y exploración neurológica, evaluar la repercusión en los niveles de funcionalidad del individuo, realizar una evaluación neuropsicológica.

Funciones Cognitivas a

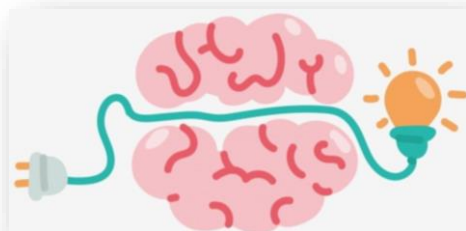
Explorar

Lenguaje

Memoria

Orientación

Praxis



ALTERACIONES COGNITIVAS EN EL ANCIANO.

ALZHEIMER

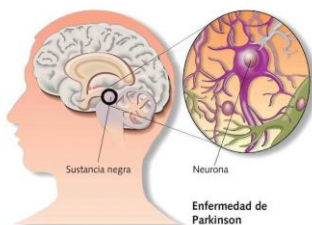
PARTE II



Demencia con cuerpos de Lewis



Demencia en el Parkinson



Variante Conductual

Semántica

Afasia progresiva Primaria

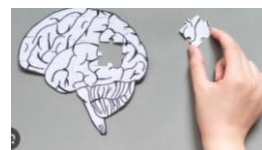
Demencia Frontotemporales

Demencia Vascular

Por medicamentos

Origen Toxico

Demencia Secundaria

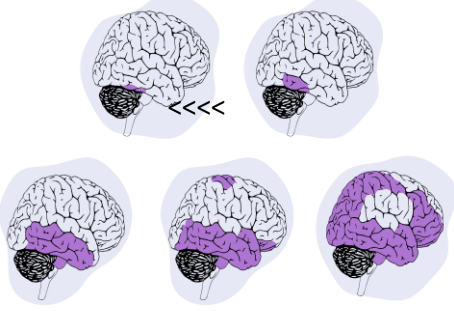


Tratamiento: Son tres las metas que deben conseguirse: el mantenimiento de la función (incluida la cognitiva), el manejo de los trastornos del comportamiento y la reducción de la comorbilidad emocional.

FACTOR DE RIESGO:

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 (v. capítulo anterior) y otros, como los factores de riesgo cardiovascular, los traumatismos craneoencefálicos, y la exposición a campos magnéticos y a metales pesados.

Alzheimer



+ Pueden estar presentes en la enfermedad de Alzheimer, incluso en un estadio muy inicial.

+ La ansiedad, la depresión y la irritabilidad. Las alucinaciones y los delirios pueden aparecer también en la enfermedad de Alzheimer, aunque con menor frecuencia, aumentando a medida que progresa la enfermedad.

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES

Demencia Frontal

Pueden aparecer cambios de personalidad como desinhibición social, pobre enjuiciamiento, impulsividad, o también apatía importante o incapacidad para motivarse



Predominan las alucinaciones, frecuentemente visuales, de carácter vívido, sobre todo de personas y animales, y los delirios, presentándose como ideas de perjuicios, o delirios paranoides más estructurados.

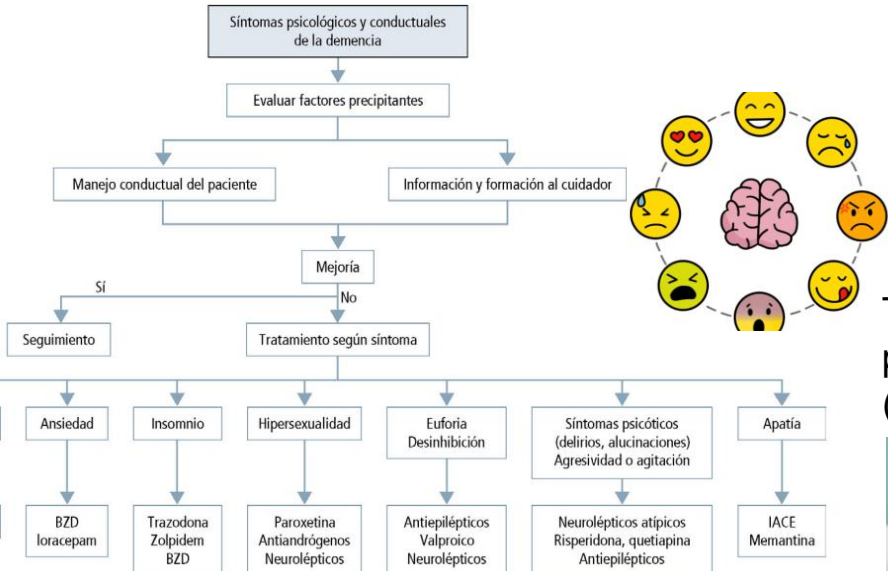


Se consideran SPCD la apatía, las alucinaciones, la agitación, la depresión, la ansiedad, la euforia, la irritabilidad, la desinhibición, los delirios, las conductas aberrantes o anómalas, los trastornos del sueño y las alteraciones de la conducta alimentaria.

Demencia con cuerpos de Lewis

Síntomas	Sí/No	Frecuencia	Gravedad	Malestar
		Ocasional 1 A menudo 2 Frecuente 3 Muy frecuente 4	Ligera 1 Moderada 2 Grave 3	No existe 0 Mínimo 1 Ligero 2 Moderado 3 Moderadamente grave 4 Muy grave 5
Delirios				
Alucinaciones				
Agitación				
Depresión				
Ansiedad				
Apatía				
Euforia				
Desinhibición				
Irritabilidad				
Conducta motora aberrante				
Conductas nocturnas				
Conductas del trastorno alimentario				

Escala de valoración



Tratamiento: Ante un paciente con trastorno conductual o psicológico hay que realizar una valoración geriátrica integral (biomédica, cognitiva, funcional, social y conductual).

