



**Mi Universidad**

*Nombre del alumno: Ortiz Domínguez Karla Mariana.*

*Nombre del tema: Súper Nota*

*Nombre de la Materia: Patología del adulto*

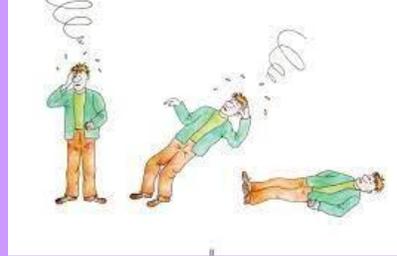
*Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández.*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 6to.*

*Comitán de Domínguez a 22 de Mayo del 2023.*

# Síncope



Es una pérdida transitoria del conocimiento debida a una hipo perfusión cerebral global transitoria de inicio brusco, duración corta y recuperación espontánea completa en el que puede o no haber pródromos como mareo, visión borrosa, acúfenos, sudoración, náuseas o vómitos.

## FISIOÁTOLOGIA

Cualquier cosa que produzca una: hiperfusión cortical

- Alteraciones vágales
- Alteraciones cardiacas
- Alteraciones cerebrovasculares



## DIAGNOSTICO:

- Electrocardiograma
- Ecocardiograma
- Prueba de esfuerzo
- Cateterismo
- Monitorización electrocardiográfica

## DATO:

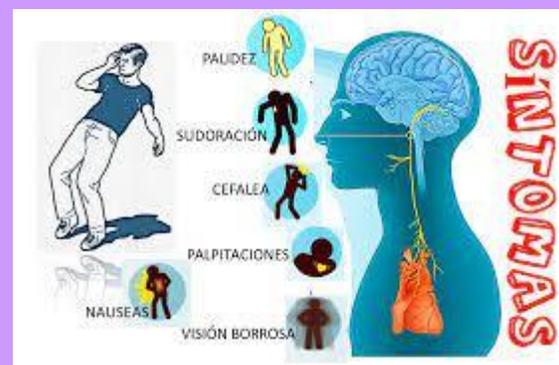
Existen dos motivos por los que estos pacientes deben ser evaluados:

- Para identificar la causa cuando el paciente presenta una pérdida transitoria de conocimiento y poder así aplicar un tratamiento específico.
- Para identificar el riesgo específico para el paciente, que a menudo depende de la enfermedad subyacente más que del propio mecanismo del síncope.



## PRINCIPIOS GLOBALES DEL TRATAMIENTO DEL 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. En cualquier síncope con independencia de la etiología se procederá a un tratamiento postural en la fase aguda mediante colocación en decúbito supino con elevación de miembros inferiores, girando la cabeza de forma que la lengua no bloquee la vía aérea.



# ATENCIÓN AL PACIENTE INMOVILIZADO



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».

## FISIOPATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE INMOVILIDAD

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.

## EVALUACIÓN DE LA INMOVILIDAD

La evaluación del paciente inmovilizado debe seguir un esquema que ayude a conocer la limitación funcional y su reversibilidad. La historia clínica contemplará:

- **Anamnesis**
  - Procesos médicos.
  - Naturaleza y duración del proceso incapacitante.
  - Motivación y aspectos psicológicos.
  - Factores ambientales.
- **Exploración Física.**
  - Exploración neurológica.
  - Balance muscular global para extremidades (grado)
    - Exploración General.
- **Valoración funcional y mental:** Se deben evaluar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el equilibrio y la movilidad, estado cognitivo y afectivo con escalas validadas.
- **Pruebas complementarias:** Las solicitudes están en función de los datos obtenidos de la anamnesis y de los hallazgos de la exploración realizada al paciente.

## TRATAMIENTO: PREVENTIVO, ETIOLÓGICO Y REHABILITADOR

### - Prevención primaria

El anciano que realiza una vida activa y ejercicio tiene un menor riesgo de mortalidad (La vida autónoma es un predictor inverso de mortalidad).

### - Prevención secundaria. Diagnóstico precoz y rehabilitación

Las posibilidades de recuperación funcional dependerán del diagnóstico etiológico precoz, de la gravedad del deterioro, del tiempo de evolución de la inmovilidad, de las comorbilidades y de la motivación del anciano y su entorno

### - Prevención terciaria.

Las complicaciones de la inmovilidad El anciano inmovilizado, tanto en estadio precoz como en el avanzado, debe formar parte de la población diana de programas específicos domiciliarios de atención primaria, quienes elaborarán un protocolo con recogida de datos sobre el grado de movilidad, diagnósticos y tratamientos, monitorización evolutiva, cuidados que deben prestarse según las complicaciones, adaptaciones al entorno y valoración de la situación familiar y de los recursos sociales.



# Trastornos de la eliminación: continencias



## Incontinencia urinaria en el anciano

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

## Tipos de incontinencia urinaria en el anciano

Según el patrón temporal, la IU puede clasificarse en aguda y crónica. La IU aguda o transitoria es aquella de corta evolución, que dura menos de 4 semanas, mientras que la crónica o establecida es la que tiene una duración superior a 4 semanas y su causa son alteraciones estructurales dentro o fuera del tracto urinario.



## 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

## Manejo y tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria

La evidencia científica demuestra la efectividad de reducir la gravedad y/o la frecuencia de los escapes para instaurar un tratamiento específico. Los objetivos en los ancianos deben ser realistas, por frecuentes patologías no reversibles. El tratamiento inicial debe incluir unas medidas generales que consisten en medidas higiénico-dietéticas (modificar la ingesta de líquidos, evitar el consumo de sustancias excitantes, corregir el estreñimiento y aconsejar la realización de actividad física), reducción o cambio de fármacos implicados en la aparición de incontinencia, y modificaciones arquitectónicas que faciliten el acceso al baño y adaptaciones en él.

## Causas de incontinencia 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 cistocelo, vejiga acontractil (diabetes, lesión medular, neuropatía autonómica), disinerugia vesíco-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



# ALTERACIONES COGNITIVAS EN EL ANCIANO. PARTE I

## 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

## DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO DE DEMENCIA

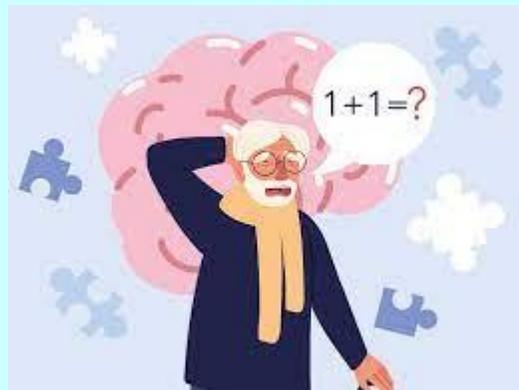
El diagnóstico exige realizar la historia clínica y una exploración neurológica, evaluar la repercusión en los niveles de funcionalidad del individuo, realizar una evaluación neuropsicológica formal y la cumplimentación de criterios clínicos de demencia.

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, <i>sundowning</i> )	
- Función visuoespacial	- Alteraciones sexuales	
- Función visuoconstructiva	- Alteraciones del sueño	
- Función ejecutiva		

## SOLICITUD DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Neuroimagen anatómica: Mediante el empleo de la tomografía computarizada (TC) y de la resonancia magnética (RM) cerebral se diagnostican causas secundarias y las características de diferentes tipos de demencia (infartos estratégicos, lesiones desmielinizantes o atrofia frontal en la demencia frontal).
- Neuroimagen funcional (en casos seleccionados).
- Electroencefalograma: El electroencefalograma puede ayudar a diagnosticar la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ), la encefalitis infecciosa, alteraciones metabólicas, crisis comiciales o estatus epiléptico no convulsivo.
- Punción lumbar: Su uso se reserva para casos de curso atípico o rápida evolución, sospecha de infección (encefalitis, determinación de la proteína 14.3.3 en la ECJ o diagnóstico de neurosífilis si la serología de Lúes es positiva), así como sospecha de síndrome paraneoplásico o vasculitis.
- Estudio genético: Se realiza si hay agregación familiar, fundamentalmente en casos de inicio precoz.



# ALTERACIONES COGNITIVAS EN EL ANCIANO.

## PARTE II

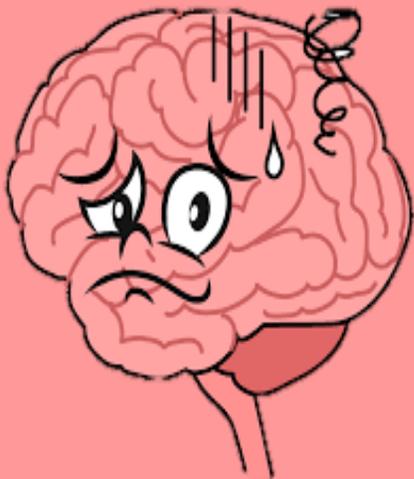
### DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LA DEMENCIA:

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 fronto temporal.

### DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

Anatomía patológica Se caracteriza por la presencia de:

- Cuerpos de Lewy o inclusiones intraneuronales constituidas por proteínas cuyo componente más específico es la  $\alpha$ -sinucleína (proteína presináptica) que pueden localizarse en el tronco cerebral (cuerpos de Lewy clásicos), a nivel límbico o en la corteza cerebral (estas dos localizaciones determinan que exista una mayor posibilidad de demencia).



### ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Es un trastorno del cerebro que empeora con el tiempo. Se caracteriza por cambios en el cerebro que derivan en depósitos de ciertas proteínas. La enfermedad de Alzheimer hace que el cerebro se encoja y que las neuronas cerebrales, a la larga, mueran. La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia, un deterioro gradual en la memoria, el pensamiento, el comportamiento y las habilidades sociales. Estos cambios afectan la capacidad de funcionamiento de una persona.

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



### DEMENCIAS FRONTOTEMPORALES:

Son la tercera causa de demencia degenerativa, mayoritariamente en su forma esporádica, aunque en la mitad de casos existe demencia en familiar de primer grado. Suelen presentarse en menores de 70 años (edad media 58 años), pero se han descrito casos en mayores de 85 años.

Neuropatología. El sustrato estructural es la degeneración frontotemporal (DFT) lobular (DFTL) y es una característica común la atrofia progresiva de los lóbulos temporales y/o frontales bilaterales, que inicialmente puede ser asimétrica, con pérdida neuronal masiva y astrocitosis.

*Los Viejos son sólo personas con muchos años de vida.  
No son como niños, ni inútiles, ni incapaces, ni faltos de  
entendimiento, ni enfermos crónicos, ni pacientes molestos,  
y mucho menos «un problema». Tienen derecho a vivir  
una vida plena, por lo que es nuestra obligación como médicos  
ofrecerles la mejor atención sanitaria disponible en función  
de la mayor evidencia científica existente, respetando sus  
decisiones, sus preferencias y sus creencias, aunque a veces  
no las compartamos. Sólo ellos son dueños de su vida  
y de la manera en la que la quieren vivir.*

## **BIBLIOGRAFIA:**

Medicina geriátrica Una aproximación basada en problemas (2012), PEDRO ABIZANDA SOLER Jefe de Sección de Geriatria, Síncope, Atención al paciente inmovilizado, Trastornos de la eliminación: continencias, Alteraciones cognitivas en el anciano. Parte I, Y Alteraciones cognitivas en el anciano. Parte II, pag 187-236, recuperado el 19 de Mayo del 2023.