



## Súper nota

*Nombre del Alumno: Suri Saraí Jiménez Vázquez*

*Nombre del tema: unidad I Sincope*

*Parcial: 1*

*Nombre de la Materia: Patología del adulto*

*Nombre del profesor: Lic. Felipe Antonio Morales*

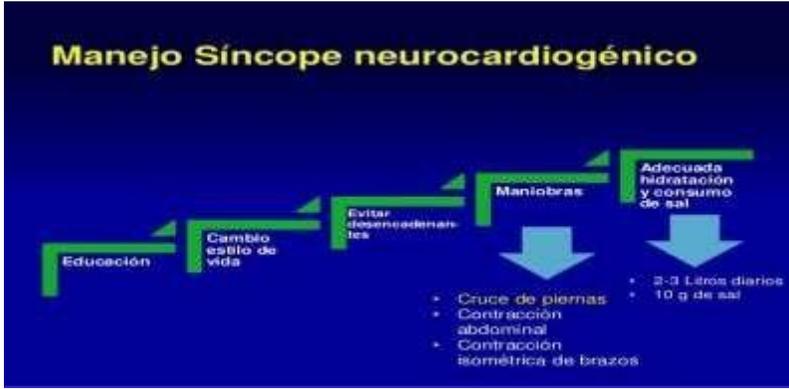
*Nombre de la Licenciatura : Enfermería*

*Cuatrimestre : 6to Grupo: "A"*



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.



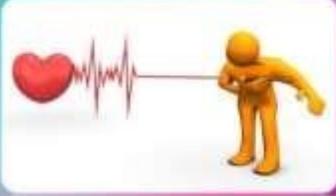
**Cardiovascular A. Reflejo**

- 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.

## Síncope

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 o 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 números 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

## Bibliografía

Libro medicina geriátrica una aproximación basada en problemas  
páginas 187-263

Pedro Abizanda Soler

[Books.medicos.org](http://Books.medicos.org)