



Mi Universidad

Super Nota

Nombre del Alumno: Tammara Michelle Avendaño Valderrama

Nombre del tema: Síndromes Geriátricos

Nombre de la Materia: Patología del adulto

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería

Cuatrimestre: Sexto Cuatrimestre

SÍNCOPE

¿QUE ES?

ES LA PÉRDIDA TRANSITORIA Y AUTO LIMITADA DEL CONOCIMIENTO Y EL TONO POSTURAL POR DISMINUCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO CEREBRAL



EL RESTABLECIMIENTO DEL ESTADO DE CONCIENCIA ES INMEDIATO SI EL INDIVIDUO SE MANTIENE EN UNA POSICIÓN HORIZONTAL Y SE RESTABLECE EL FLUJO SANGUÍNEO CEREBRAL

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

CAUSAS

- Flujo sanguíneo cerebral insuficiente
- Arritmias
- Hipotensión ortostática
- Isquemia de la arteria basilar
- Accidente cerebrovascular



DIAGNOSTICO

- Anamnesis: mareo, sudoración, visión borrosa, palidez, náuseas, palpitaciones, cambios de coloración, convulsiones, duración del episodio, recuperación posterior, existencia de postcrisis

- Realizar un electrocardiograma de doce derivaciones en todo cuadro sincopal
- Toma de signos vitales, sobre todo FC y TA en supino y bipedestación



DATO INTERESANTE

El síncope vasovagal o neurocardiogénico es desencadenado por la disminución brusca de la precarga al ponerse de pie. Suele tener una duración de 15-30 segundos, con recuperación posterior completa



SINTOMAS



TRATAMIENTO

- Los pacientes con síncope mediado por factores neurales deben recibir instrucciones para evitar situaciones o estímulos que provoquen ataques
- Uso de antagonistas adrenérgicos β : metoprolol o nadolol,
- Inhibidores de la recaptación de serotonina
- Compuestos vasoconstrictores como la midodrina y la seudofedrina
- Buena hidratación





ATENCIÓN AL PACIENTE INMOVILIZADO

¿QUE ES?



SE DEFINE COMO UNA FORMA COMÚN DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD, ORIGINADA POR CAMBIOS FISIOPATOLÓGICOS CONDICIONADOS POR EL ENVEJECIMIENTO Y EL DESUSO, QUE SE MANIFIESTAN DETERIORO FUNCIONAL CON LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD DE MOVILIZACIÓN

SE CLASIFICA EN:

- SU DURACIÓN: EN **AGUDO** O **CRÓNICO**,
- SEGÚN EL GRADO DE RESTRICCIÓN DE LA MOVILIDAD:
 - EN INMOVILIDAD RELATIVA: LIMITACIÓN DE DETERMINADOS MOVIMIENTOS QUE NO IMPIDEN UNA VIDA NORMAL
 - ABSOLUTA: ENCAMACIÓN Y POSTURAS LIMITADAS)



CAUSAS:



Enfermedades Neurológicas
 Accidente cerebro vascular,
 Enfermedad de Parkinson,
 Hidrocefalia normotensiva,
 Neuropatías periféricas.

Enfermedades Neurosensoriales.
 Alteración de la visión,
 Alteración vestibular,
 Neuropatías periféricas.

Enfermedades Mentales
 Demencia,
 Depresión.

Enfermedades pulmonares
 Enfermedad pulmonar obstructiva,
 Enfermedad pulmonar intersticial,
 Neumonía.

Enfermedades Músculo Esqueléticas
 Osteoartritis
 Osteoporosis
 Síndromemiofaciales
 Artritis reumatoide
 Secuelas traumáticas
 Enfermedades malignas metastásicas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS



En el sistema genitourinario:

- Retención urinaria.
- El aumento del residuo vesical favorece el desarrollo de cálculos relacionados con la hipercalcemia e infecciones urinarias recurrentes.

En la piel:

- Áreas cutáneas dolorosas eritematosas.
- Maceración y atrofia.
- úlceras por presión.

En el sistema cardiovascular:

- Hipotensión ortostática.
- Disminución de la tolerancia al ejercicio.
- Reducción del volumen circulante y de la reserva funcional cardiaca.



En el sistema musculoesquelético:

- Debilidad muscular.
- Atrofia por desuso.
- Contracturas.
- Rigidez y deformidad articular.
- Osteoporosis por inmovilización.



TRATAMIENTO

- EL EJERCICIO PROGRAMADO MEJORA, ADEMÁS, LOS PARÁMETROS CARDIOVASCULARES, AUMENTA LA FUERZA MUSCULAR E INCREMENTA LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA
- EN TODOS LOS GRUPOS SE RECOMIENDA ALTERNAR LA ACTIVIDAD Y EL ESFUERZO CON INTERVALOS DE REPOSO, Y SE PERSEGUIRÁ EL MANTENIMIENTO NO RECOMENDANDO LA COMPETITIVIDAD.
- EN ANCIANOS SANOS, EL TIPO DE EJERCICIO VARIARÁ CON LA EDAD.
- SE RECOMIENDA EJERCICIOS DE MODERADA INTENSIDAD, AERÓBICOS Y DE RESISTENCIA





TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN: continencias



Incontinencia urinaria

Pérdida involuntaria de orina, siendo necesario evaluar la frecuencia, gravedad, duración e impacto en la calidad de vida

Causas

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



Estreñimiento

Síntoma caracterizado por una frecuencia defecatoria menor de tres veces por semana, emisión de heces de escaso volumen, dolor en la evacuación o sensación de evacuación incompleta e



Cambios fisiológicos en el envejecimiento



1. No existe alteración en el tránsito colónico con la edad
2. Puede existir reducción en el número de neuronas del plexo mientérico
3. Disminución de la sensación de distensión rectal
4. Aumento de la latencia del nervio pudendo
5. Disminución de fibras que innervan el esfínter anal externo
6. Disminución de la presión en reposo y esfuerzo en el canal anal
7. Aumento del descenso del suelo pélvico
8. Aumento del umbral por inhibición del esfínter anal interno
9. Aumento del grosor y ecogenicidad del esfínter anal interno
10. Disminución del grosor del esfínter anal externo

Clasificación

- La IU aguda: es de corta evolución, que dura menos de 4 semanas.
- La IU crónica: duración superior a 4 semanas y su causa son alteraciones estructurales trac. urinario



Tipos

Tipos de estreñimiento y causas	Ejemplos
Comienzo reciente	
Obstrucción del colon	Neoplasia; estenosis; isquémica, diverticular, inflamatoria
Espasmo del esfínter anal	Fisura anal, hemorroides dolorosas
Medicamentos	
Crónico (a largo plazo)	
Síndrome de colon irritable	Estreñimiento predominante y que causa alteraciones
Medicamentos	Bloqueadores del calcio, antidepresivos
Seudoostrucción colónica	Estreñimiento por tránsito lento, megacolon (en ocasiones, enfermedad de Hirschsprung o de Chagas)
Trastornos de la evacuación por recto	Distorsión del piso pélvico, anismo, síndrome de descenso perineal, prolapso de mucosa rectal, rectocele
Endocrinopatías	Hipotiroidismo, hipercalcemia, embarazo
Trastornos psiquiátricos	Depresión, trastornos de la alimentación, feroz
Enfermedades del sistema nervioso	Mal de Parkinson, esclerosis múltiple, lesión de médula espinal
Miopatías generalizadas	Esclerosis generalizada o sistémica progresiva



ETIOLOGÍA



Algunas causas del estreñimiento pueden ser:

La IU crónica se subdivide:
IU de esfuerzo o estrés: aumento de presión en la cavidad intraabdominal

• IU de urgencia: sensación urgente de vaciar la vejiga



IU por rebosamiento: procesos obstructivos en el tracto urina

Tratamiento

Manejo inicial y común	IU de esfuerzo
Tratamiento de las causas transitorias	Ejercicios del suelo pélvico
Medidas generales	Duloxetina
Manejo conductual	Cirugía de las lesiones



IU de urgencia
Reentrenamiento vesical
Antimuscarínicos
Sintomático

IU de rebosamiento
Técnicas conductuales
Alfa-1-bloqueantes/cirugía
Sondaje vesical

Tratamiento



Educación sanitaria: programar horario regular para ir al baño

- Evitar esfuerzos defecatorios y la hiperpresión del suelo pélvico
- Incrementar la ingesta de fibra hasta 15-25g/día con una adecuada ingesta de líquidos (1,5l/día)
- Uso de laxantes



Tipos de Estreñimiento



ALTERACIONES COGNITIVAS EN EL ANCIANO



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 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 cortico-estriatales es responsable de las alteraciones cognitivas del envejecimiento.



CAMBIOS ASOCIADOS CON LA EDAD

- Cambios como pérdida y atrofia neuronal,
- Distrofia axonal cortical
- Lipofuscinosis
- Astrogliosis o placas seniles
- Cambios difusos en la sustancia blanca o leucoaraiosis
- Estrés oxidativo crónico: responsable de las alteraciones en los sistemas de neurotransmisión

ESTRUCTURALES

COGNITIVOS

- Declinar la capacidad de procesar nueva información, interrelacionar informaciones diversas y mantener atención para tareas complejas.
- Se pueden alterar la rapidez del pensamiento y el razonamiento

DEMENCIA

Síndrome adquirido, de naturaleza orgánica, que se caracteriza por un deterioro persistente de diversas funciones cognitivas, del estado mental y de la conducta social, que no está causada por un delirium y que interfiere con las actividades de la vida diaria, la actividad laboral o la actividad social.



VALORACIÓN CLÍNICA

Los síntomas y funciones cognitivas que se evaluarían en el adulto mayor son:

Síntomas cognitivos	Síntomas psicopatológicos y conductuales
- Atención	- Trastornos del ánimo (apatía, depresión, manías)
- Memoria	- Delirios (de robo, de ruina, de celos, abandono)
- Lenguaje	- Alucinaciones
- Praxias	- Errores de identificación
- Cálculo	- Trastorno de comportamiento y actividad (agresividad, negativismo, quejidos, sundowning)
- Función visuoespacial	- Alteraciones sexuales
- Función visuoespacial	- Alteraciones del sueño
- Función ejecutiva	

Demencias degenerativas corticales

Enfermedad de Alzheimer

Demencia por cuerpos de Lewy difusos

- Forma común (asocia placas seniles)
- Forma pura (no asocia placas seniles)

Demencias frontotemporales (DFT)

- Variante frontal
 - Pick clásico
 - Demencia frontal sin anatomía patológica específica
 - Degeneración corticobasal
 - DFT familiar más parkinsonismo
- Variante temporal (demencia semántica)
- Afasia progresiva no fluida
- DFT asociada con enfermedad de la motoneurona

Formas de inicio focal

- Atrofia cortical posterior
- Otras: apraxia, agnosia, y anartria lentamente progresiva

Formas infrecuentes

- Esclerosis del hipocampo
- Demencia con gránulos argirófilos
- Encefalopatía con cuerpos de inclusión de neuroserpina
- Demencia con ovillos neurofibrilares (ONF) y calcificaciones de los ganglios basales (Kosaka)

Demencias degenerativas subcorticales

Atrofia de múltiples sistemas

- Predominio autonómico
- Predominio estriatal
- Predominio cerebeloso

Degeneración corticobasal

Parálisis supranuclear progresiva

Enfermedad de Huntington

Demencia mesolímbocortical

Gliosis subcortical progresiva

Heredoataxias progresivas

CLASIFICACIÓN

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.

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Son tres las metas que deben conseguirse:

- Mantenimiento de la función: (incluida la cognitiva)
- Manejo de los trastornos del comportamiento
- Reducción de la comorbilidad emocional



- Abordaje del cuidador: enseñanza de manejo conductual, técnicas de cuidado, recursos sociales, asesoría legal, apoyo social, sanitario y psicológico, y valoración de riesgos y adaptación del domicilio



- Debe actuarse sobre los factores de riesgo modificables: hipertensión, diabetes, tabaquismo, fibrilación auricular y obesidad



Bibliografia:

- **Medicina geriátrica : Pedro Abizanda Soler (2012)**