

Nombre del alumno:

YOSMAI JUÁREZ SANTIZO

Nombre del profesor:

LIC. LUDBI ISABEL PÉREZ ORTIZ

Licenciatura:

ENFERMERÍA

Materia:

ENFERMERÍA GERONTOGERIATRICA

Nombre del trabajo:

MAPA CONCEPTUAL: Desequilibrio hidroelectrolítico,
Incontinencia fecal, Estreñimiento y diarrea e Inmovilidad y caídas
consecuencias.

“Ciencia y Conocimiento”

ASPECTOS DE SALUD PREVALENTE

Desequilibrio hidroelectrolítico

La composición del ambiente externo varía de modo significativo y las células poseen mecanismos para adecuarse a estas variaciones.

Constituye aproximadamente el 70% del peso total del cuerpo.

En general, los tejidos y organismos más jóvenes tienen más agua.

El agua secretada por el intestino es disolvente de los productos de desecho y es necesaria para asegurar la consistencia adecuada de las heces.

Si se ingiere gran cantidad de agua, el riñón excreta el exceso. Normalmente se eliminan 1,200 a 1,500 mil por día.

Las reservas de agua del organismo pueden reponerse de varias maneras:

- a) agua ingerida como tal o en otras bebidas;
- b) agua de los alimentos.
- c) agua metabólica, o sea la que se produce durante la oxidación.

Incontinencia fecal.

La continencia fecal es una función muy compleja y depende de una serie de respuestas a estímulos del colon, recto y ano, unas voluntarias y otras involuntarias.

La incontinencia fecal es la pérdida parcial o total de la capacidad para controlar voluntariamente la expulsión de gases y materias fecales.

También la podemos clasificar como mayor o menor. La primera es la que corresponde a la total; y la menor, a la parcial.

Las causas neurogénicas pueden ser locales, espinales o cerebrales.

El manejo médico incluye cambios en el hábito intestinal, medicamentos y medidas generales.

La alimentación debe de ser rica en fibra y eliminar los alimentos que favorezcan la diarrea.

En pacientes seleccionados se puede lograr administrando por vía oral medicamentos como la codeína 39 loperamida, 40 difenoxilato con atropina y, en algunos casos, formadores del bolo fecal.

Estreñimiento y diarrea

Los trastornos intestinales son muy frecuentes y afectan a la totalidad de la población. Dos de los principales trastornos intestinales son la diarrea y el estreñimiento, que pueden prevenirse mediante una serie de medidas higiénicas y tratarse farmacológicamente.

Además, intervienen otros mediadores y neurotransmisores, como la serotonina, purina, péptidos, somatostatina, CCK y glándulas endocrinas que liberan gastrina, paracrininas, etc.

Comprende la deglución, la digestión mecánica y el vaciamiento del estómago, la absorción adecuada de los nutrientes y del agua en el intestino delgado y la defecación.

Las células musculares lisas son las causantes de la actividad contráctil del tubo digestivo. Se pueden distinguir dos tipos de contracciones:

* De corta duración, más o menos rítmicas, llamadas «fásicas».

* De larga duración, llamadas «tónicas».

La diarrea se define como la presencia de heces acuosas, poco compactas y frecuentes, y se considera una condición crónica (continua o prolongada) cuando este tipo de heces se presenta durante más de 4 semanas.

Inmovilidad y caídas consecuencias.

El síndrome de inmovilidad se origina por cambios fisiopatológicos en múltiples sistemas, condicionados por el envejecimiento y el desuso, manifestándose como deterioro funcional con limitación de la capacidad de movilización.

Factores predisponentes: falta de fuerza o debilidad (desnutrición, disonías, anemia, sarcopenia), rigidez (artrosis), dolor, alteraciones del equilibrio, trastornos mentales (depresión, demencia, delirium).

Con el envejecimiento se producen cambios fisiológicos, que favorecen la disminución de la movilidad pero por sí mismos no explican el inmovilismo.

Son muchas las enfermedades que se asocian y que pueden determinar alteraciones de la movilidad, afectando diferentes aparatos y sistemas. Enfermedades osteoarticulares: osteoartritis (artrosis) de grandes articulaciones (caderas, rodillas).

Como consecuencia del reposo, disminuye el volumen intravascular por disminución del aporte hídrico -tan frecuente en los pacientes inmovilizados- y el efecto de fármacos vasodilatadores y diuréticos, lo que explica la elevada frecuencia de hipotensión ortostática.