

NOMBRE DE ALUMNO(A): GLORIBEL LÓPEZ SANTIZ.

NOMBRE DEL PROFESOR(A): LIC. ERIKA CEDILLO REYÉZ.

**NOMBRE DEL TRABAJO: MAPA MENTAL SOBRE
TERMORREGULACION DEL ADULTO MAYOR,
VÉRTIGO Y SINCOPE, ALTERACIONES
HIDROELECTROLITICAS/DIARREA Y
ESTREÑIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR**

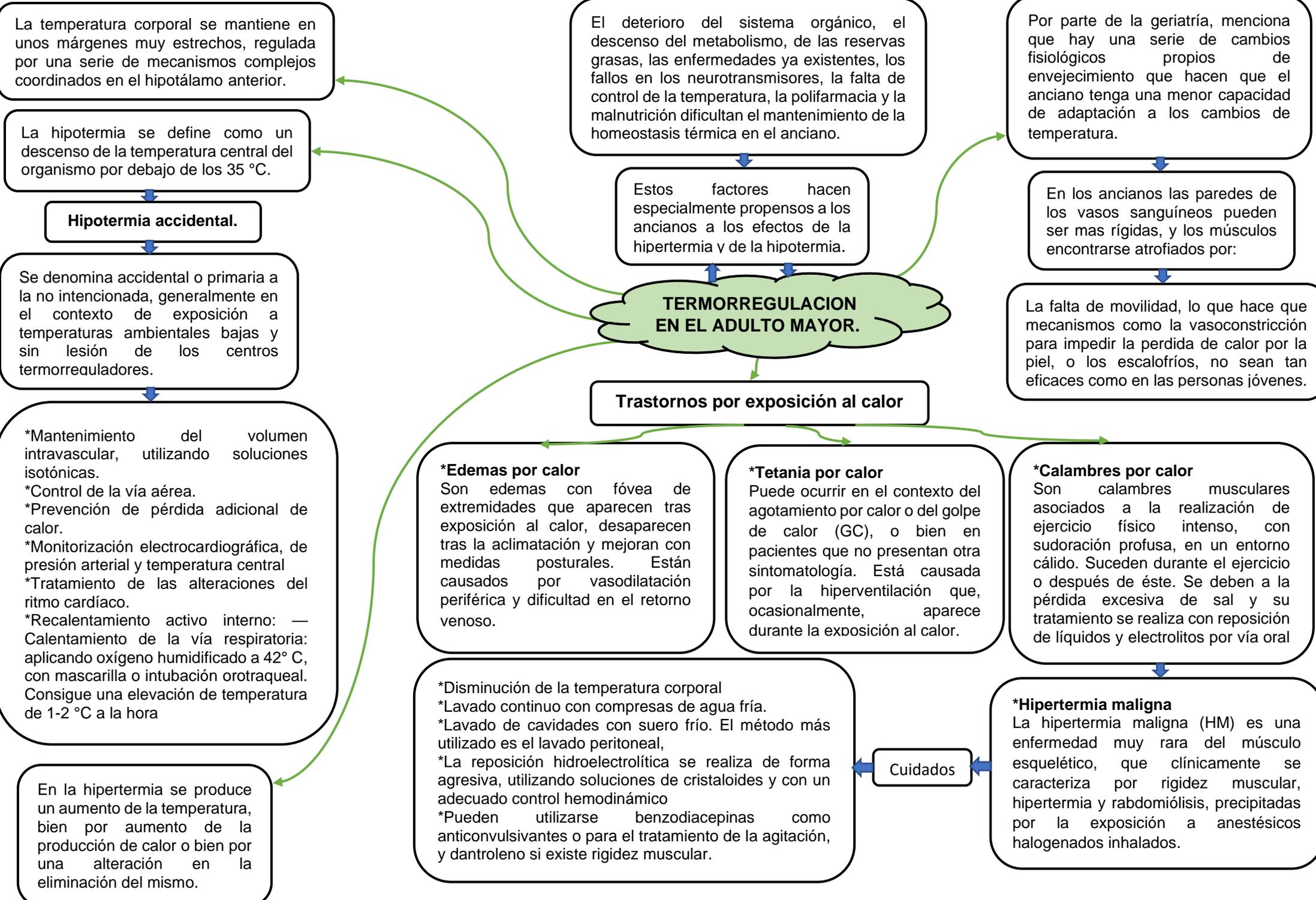
MATERIA: ENFERMERÍA GERONTOGERIATRICA.

CARRERA: LIC. ENFERMERÍA.

GRADO: 6° CUATRIMESTRE.

GRUPO: A

OCOSINGO, CHIAPAS A 24 DE JULIO 2020.



TERMORREGULACION EN EL ADULTO MAYOR.

Trastornos por exposición al calor

***Edemas por calor**
Son edemas con fovea de extremidades que aparecen tras exposición al calor, desaparecen tras la aclimatación y mejoran con medidas posturales. Están causados por vasodilatación periférica y dificultad en el retorno venoso.

***Tetania por calor**
Puede ocurrir en el contexto del agotamiento por calor o del golpe de calor (GC), o bien en pacientes que no presentan otra sintomatología. Está causada por la hiperventilación que, ocasionalmente, aparece durante la exposición al calor.

***Calambres por calor**
Son calambres musculares asociados a la realización de ejercicio físico intenso, con sudoración profusa, en un entorno cálido. Suceden durante el ejercicio o después de éste. Se deben a la pérdida excesiva de sal y su tratamiento se realiza con reposición de líquidos y electrolitos por vía oral

Cuidados

*Disminución de la temperatura corporal
*Lavado continuo con compresas de agua fría.
*Lavado de cavidades con suero frío. El método más utilizado es el lavado peritoneal,
*La reposición hidroelectrolítica se realiza de forma agresiva, utilizando soluciones de cristaloides y con un adecuado control hemodinámico
*Pueden utilizarse benzodiazepinas como anticonvulsivantes o para el tratamiento de la agitación, y dantroleno si existe rigidez muscular.

***Hipertermia maligna**
La hipertermia maligna (HM) es una enfermedad muy rara del músculo esquelético, que clínicamente se caracteriza por rigidez muscular, hipertermia y rabdomiólisis, precipitadas por la exposición a anestésicos halogenados inhalados.

La temperatura corporal se mantiene en unos márgenes muy estrechos, regulada por una serie de mecanismos complejos coordinados en el hipotálamo anterior.

La hipotermia se define como un descenso de la temperatura central del organismo por debajo de los 35 °C.

Hipotermia accidental.

Se denomina accidental o primaria a la no intencionada, generalmente en el contexto de exposición a temperaturas ambientales bajas y sin lesión de los centros termorreuladores.

*Mantenimiento del volumen intravascular, utilizando soluciones isotónicas.
*Control de la vía aérea.
*Prevención de pérdida adicional de calor.
*Monitorización electrocardiográfica, de presión arterial y temperatura central
*Tratamiento de las alteraciones del ritmo cardíaco.
*Recalentamiento activo interno: — Calentamiento de la vía respiratoria: aplicando oxígeno humidificado a 42° C, con mascarilla o intubación orotraqueal. Consigue una elevación de temperatura de 1-2 °C a la hora

En la hipertermia se produce un aumento de la temperatura, bien por aumento de la producción de calor o bien por una alteración en la eliminación del mismo.

El deterioro del sistema orgánico, el descenso del metabolismo, de las reservas grasas, las enfermedades ya existentes, los fallos en los neurotransmisores, la falta de control de la temperatura, la polifarmacia y la malnutrición dificultan el mantenimiento de la homeostasis térmica en el anciano.

Estos factores hacen especialmente propensos a los ancianos a los efectos de la hipertermia y de la hipotermia.

Por parte de la geriatría, menciona que hay una serie de cambios fisiológicos propios de envejecimiento que hacen que el anciano tenga una menor capacidad de adaptación a los cambios de temperatura.

En los ancianos las paredes de los vasos sanguíneos pueden ser mas rígidas, y los músculos encontrarse atrofiados por:

La falta de movilidad, lo que hace que mecanismos como la vasoconstricción para impedir la pérdida de calor por la piel, o los escalofríos, no sean tan eficaces como en las personas jóvenes.

El vértigo se define como una falsa sensación (ilusión) de movimiento del entorno o del propio cuerpo del paciente, con más frecuencia una sensación de giro rotatorio

Los trastornos de mareos y el equilibrio son un problema frecuente, especialmente en adultos mayores.

A pesar de cómo se describa el mareo, puede causar dificultad para caminar, náusea, ansiedad, sensación de cansancio, habilidad decreciente para concentrarse y hasta depresión. Sobre todo, puede incrementar el riesgo de caídas, que es una preocupación de salud seria entre los adultos mayores.

VALORACIÓN INICIAL Y SEGUIMIENTO

Tras realizar una anamnesis en profundidad es imperativo llevar a cabo una exploración física:

*General: toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, estado de piel y mucosas, visión, auscultación cardíaca y de troncos supraaórticos

*ORL: otoscopia, audición y diapasones, exploración del cuello.

*Otoneurológica: estado de conciencia y funciones mentales, estudio del nistagmus, exploración cerebelosa (eumetría,

*Neurológica (cuando se considere pertinente): exploración de los pares craneales, sensibilidad, fuerza y reflejos diadococinesia), test de Romberg



VERTIGO

VÉRTIGO EN EL ADULTO MAYOR

FACTORES
Entre las causas que producen vértigo están: el vértigo postural paroxístico benigno, es debido a la degeneración del sistema vestibular del oído interno, los virus que afectan al oído interno, infartos cerebrales pequeños y la enfermedad de Menière, también la ingesta de ciertos tóxicos como aspirinas en dosis alta, que pueden dañar el oído.

SÍNTOMAS
El paciente tiene una sensación giratoria, que se produce cuando mueve la cabeza, tiene náuseas internas, se pone pálido, tiene sonidos en el oído, mismo que se denomina acúfeno. Los síntomas del vértigo posicional paroxístico benigno pueden ser intermitentes, y los síntomas suelen durar menos de un minuto.

TRATAMIENTO
El paciente generalmente mejora con diversas maniobras físicas por ejemplo epley (terapia con ejercicios), para los episodios agudos se pueden utilizar medicamentos y como última opción la cirugía.

De forma habitual y desde los puntos de vista clínico y etiológico se acepta la clasificación del vértigo en 2 tipos:

- *Vértigo central.
- *Vértigo periférico

DIFERENCIAS DEL VÉRTIGO SEGÚN ORIGEN		
CARACTERÍSTICAS	PERIFÉRICO	CENTRAL
Inicio	Súbito	Súbito o lento
Severidad	Intenso	Menos intenso
Duración	Paroxístico intermitente	Constante
Agravado por movimientos	Frecuente	Variable
Náuseas/diaforesis	Frecuente	Variable
Cefalea	Excepcional	Frecuente
Inestabilidad	Leve, moderada	Severa

TRATAMIENTO

En principio y durante la fase aguda, en ausencia de focalidad neurológica, resultará prioritario tranquilizar al paciente y conseguir las condiciones ambientales apropiadas para el reposo y la adopción de una postura que disminuya el vértigo.

El mejor fármaco antivertiginoso es aquel que, con menos efectos secundarios, mejore los síntomas del paciente. Existen distintos grupos farmacológicos y que deben ser usados en función de los síntomas y las características del paciente:

- *Neurolépticos fenotiacínicos: el más usado es la tietilperazina
- *Antihistamínicos anticolinérgicos como el popular dimenhidrinato, conocido por su acción preventiva de la cinetosis.
- *Benzodiacepinas como el diazepam y el clorazepato dipotásico.
- *Antagonistas del calcio como la flunarizina y la cinarizina.
- *Sustancias como el sulpiride o análogos de la histamina como la betahistina
- *Dieta absoluta.

El diagnóstico de vértigo es fundamentalmente clínico
*la anamnesis es la herramienta más potente de que dispone para el diagnóstico.

Síncope y epilepsia

Desde el punto de vista de la descripción clínica, ambas entidades comparten muchas de las características que definen los episodios sincopales, ya que en la epilepsia hay pérdida de conciencia transitoria de la que el paciente se recupera espontáneamente v sin secuelas.

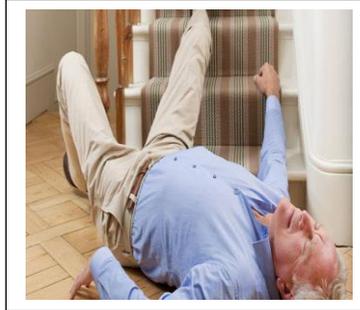
Las crisis epilépticas cursan con convulsiones tonicoclónicas, pero los pacientes con síncope pueden presentar, durante el episodio sincopal, contracciones musculares que pueden llevar a confundirlo con una crisis epiléptica.

La diferencia entre las dos entidades estriba en el mecanismo subyacente, ya que mientras en el síncope la causa es una hipoperfusión cerebral, en la epilepsia la causa es una descarga incontrolada neuronal cortical.

Síncope y caídas

Hay que diferenciar del síncope es la de las caídas accidentales. Los pacientes ancianos sufren frecuentes caídas inexplicadas, muchas de ellas causantes de fracturas que pueden marcar el inicio del deterioro clínico del paciente, con una pérdida importante de independencia y de calidad de vida.

El síncope, definido como una pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas que se debe a una hipoperfusión cerebral general y transitoria.



SINCOPE

Clasificación etiológica

EXPLORACION FÍSICA:

*Si presenciamos el Síncope:
Descartaremos que exista Parada cardiorrespiratoria y si la hubiere iniciar maniobras de RCP

Si no presenciamos el Síncope:

- *Independiente de realizar una exploración general y una detallada exploración cardiológica y neurológica, existen unos signos que nos ayudarán al diagnóstico
- *La presión arterial estará disminuida en la mayoría de los casos
- *El pulso puede estar rápido o lento (taquicardias / Bradicardias)
- *Pulso y Tensión arterial normales con pérdida de conciencia nos inclinaremos más como Neurológico.
- *Valorar palidez cutánea (Anemia) cianosis (cardiopulmonar)

Seudosíncope psiquiátrico

En estos casos se cree que hay un origen psiquiátrico. El diagnóstico diferencial puede ser difícil. Sin embargo, hay algunos datos clínicos que pueden ayudar a orientar el episodio como seudosíncope psiquiátrico, como es que el paciente sufra múltiples episodios incluso el mismo día, que sean de mayor duración, incluso hasta varios minutos, así como que durante el episodio el paciente suele tener los ojos cerrados, a diferencia de los episodios sincopales, en que los pacientes suelen tener los ojos entreabierto.

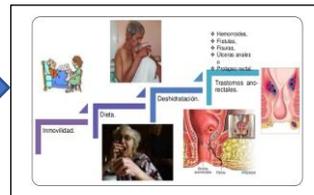
FÁRMACOS QUE PUEDEN FAVORECER LA APARICIÓN DE SINCOPE:

FARMACO	MECANISMO
ANTIARRITMICOS	Arritmogenia
ANTIDEPRESIVOS: triciclicos, IMAO	Arritmias, Hipotensión ortostática
ANTIDIABETICOS	Hipoglucemia
ANTIHIPERTENSIVOS	Hipotensión
BETABLOQUEANTES adrenergicos	Bradicardia, Bloqueo AV
DIURETICOS	Hipovolemia, Alteraciones electrolíticas
FENOTIAZINAS	Hipotensión ortostática
LEVODOPA	Hipotensión ortostática
VASODILATADORES:	
NITRITOS, CALCIOANTAGONISTAS	Hipotensión

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.



Los trastornos intestinales son muy frecuentes y afectan a la totalidad de la población.



El estreñimiento es la evacuación infrecuente y difícil de las heces, que se convierte en patología cuando se producen menos de tres evacuaciones semanales o bien dura más de tres días consecutivos.

DIARREA Y ESTREÑIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR.

La causa más común de diarrea es una infección viral.

*Diarrea aguda: episodio que dura menos de dos semanas
*Diarrea persistente: dura entre 2 y 3 semanas,
*Diarrea crónica: más de tres semanas.

La función del sistema gastrointestinal es la digestión de los alimentos y su absorción.

El estreñimiento o constipación es un problema frecuente en el adulto mayor, suele ser de causa multifactorial y puede llevar a complicaciones médicas graves. Está considerado como uno de los problemas de salud más comunes en la población anciana por lo tanto forma parte de los síndromes geriátricos

Ciertas enfermedades, como las siguientes, también pueden llevar a que se presente diarrea:

*Síndromes de malabsorción. Son las condiciones en las que la persona es incapaz de absorber o digerir ciertos nutrientes

Dos de los principales trastornos intestinales son la diarrea y el estreñimiento.

El estreñimiento puede ser duradero o crónico, puede deberse a una dieta inadecuada con poca cantidad de fibra, escasa ingesta de líquidos, sedentarismo, abuso de laxantes, la costumbre de no responder a la urgencia de defecar, embarazo, edad avanzada o a una enfermedad.

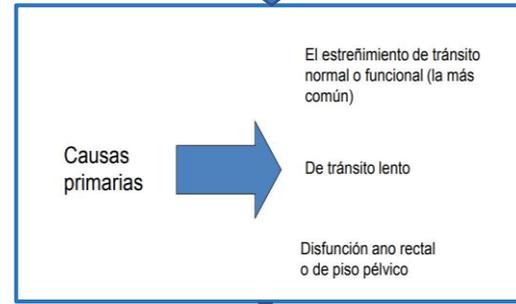
Enfermedad intestinal inflamatoria. Incluye la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa, dos tipos de diarrea recurrentes que generalmente presentan sangre y están acompañados de dolor abdominal.

CUADRO CLÍNICO

- Diarrea
- Sangre y/o moco
- Dolor
- Fiebre
- Deshidratación
- Urgencia o tenesmo recta

La diarrea y el estreñimiento son las alteraciones fundamentales de la función intestinal.

La diarrea, al igual que el estreñimiento, no es una enfermedad, sino un síntoma de un trastorno cuya gravedad depende de la causa que lo origine



Síndrome del intestino irritable. Es una forma crónica de molestia estomacal que empeora con el estrés y en la que, generalmente, se presenta diarrea y estreñimiento en forma alterna.

Como medidas generales para el tratamiento de la diarrea se debe reponer urgentemente los líquidos y electrolitos eliminados por las heces mediante una rehidratación a base de agua, glucosa y electrolitos, y también se debe instaurar una dieta adecuada.

***DIAGNOSTICO**
*Historia clínica
*Cuadro clínico
*Exploración física: hidratación y nutrición
*Características de las deposiciones
*Estudios microbiológicos

TRATAMIENTO
*Revisión y modificación de los fármacos que favorezcan el estreñimiento.
*Registrar la frecuencia de las deposiciones, consistencia, tamaño y grado de esfuerzo.
*Se debe recomendar que el paciente intente evacuar su intestino poco después de despertarse por la mañana o 30 minutos después de las comidas para aprovechar el reflejo gastro-cólico.
*Se debe educar al paciente sobre cómo reconocer y responder a la urgencia de defecar.