



Nombre del alumno:

Brenda Yuridiana Pérez Pérez

Nombre del profesor:

Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico

Materia:

Enfermería gerontogeriatrica

Grado:

6to cuatrimestre

Grupo: "D"

TERMORREGULACIÓN

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

Alteraciones

Fiebre

Temperatura axilar superior a 38 °C o rectal superior a 38,8°C

Es una respuesta compleja e inespecífica mediada por mecanismos neuroendocrinos, inmunológicos, autonómicos y conductuales, que representa un reajuste al alza del centro termorregulador

Hipotermia accidental

Descenso de la temperatura central del organismo por debajo de los 35 °C

Clasificación

De acuerdo a etiología

Primaria o accidental Exposición a temperaturas ambientales bajas
Secundaria Complicación de otro trastorno subyacente

Basada en temperatura corporal

Leve de 32-35°C. Moderada de 28-32°C. Grave ≤28°C

Según rapidez de la pérdida de calor

Aguda ≤1 hr. Subaguda varias hrs. Gradual varios días o semanas

Etiología

Pérdida excesiva de calor

Por exposición al frío, aumento de riego sanguíneo cutáneo

Producción insuficiente de calor

Dism del metabolismo. Alteraciones de la termorregulación y fármacos

Fisiopatología

El efecto es enlentecimiento y depresión progresivos de las funciones vitales, que conduce a un colapso circulatorio con hipoxia tisular, acidosis láctica, insuficiencia renal y hepática, alteraciones de la coagulación y del nivel de conciencia, secuestro de líquidos y deshidratación

Diagnóstico

Medición de la temperatura central, esofágica o rectal, HC

Efectos

Sist inmune

Posible dism de la quimiotaxis, fagocitosis y producc de anticuerpos

Hematológicos

Hemoconcentración, granulocitopenia, CID, ↑ de la viscosidad de la sangre

Cardiaco

↓ GC, ↓ contractilidad, alt del ritmo cardíaco, ↓ de la conducción, vasoconstricción

Respiratorios

Falsa elevación de PaO2, ↓ FC, alt de la relación ventilación/perfusión, broncorrea

Renales

↓ Función del túbulo renal

Digestivos

↑ concentraciones de amilasa sérica, ↓ motilidad intestinal, ↓ función hepática,

Metabólicos

Falso descenso de pH, ↓ de la act de las suprarrenales, ↓ del metabolismo del lactato y citrato, hiperpotasemia

Neurológicos

↓ del nivel de conciencia, ↓ o ausencia de actt motora voluntaria y refleja

Manifestaciones clínicas

Hipotermia grado I

Escalofríos, vasoconstricción cutánea, ↑ TA, ↑ FC, poliuria, confusión o delirio, disartría

Grado II

Temblor frío, rigidez muscular, estupor progresivo, hiporreflexia, ↓ TA, ↓ FC, ↓ FR,

Grado III

Poiquilotemia, coma profundo, TA indetectable, bradicardia extrema, FV, arreflexia, miosis o midriasis

Métodos de recalentamiento

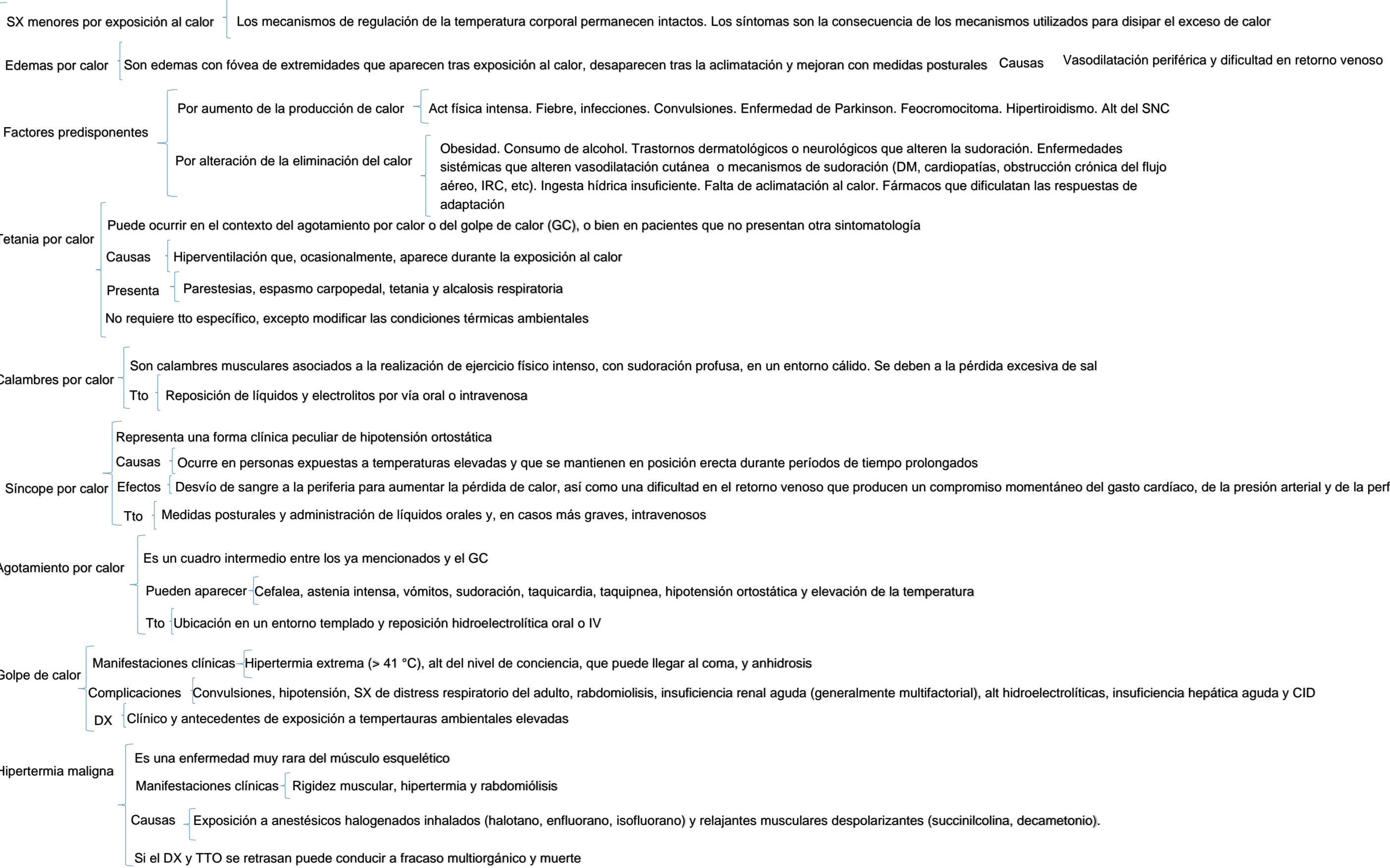
Externo pasivo: entorno cálido, mantas

Externo activo: inmersión de agua caliente, mantas eléctricas, calefactores ambientales, objetos calentados

Interno activo: lavado gástrico, pleural o peritoneal con líquidos isotónicos calientes. Admin de líquidos isotónicos recalentados por vía IV. Inhalación de oxígeno templado.

Calentamiento extracorpóreo: hemodiálisis, by-pass cardiopulmonar convencional, calentamiento extracorpóreo con shunt arteriovenoso femoral o con shunt veno-venoso

Trastornos por exposición al calor



3.2
Vértigo

Se define como la expresión subjetiva de la pérdida de orientación espacial

¿Qué es? 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. Se trata de una pérdida de la orientación espacial, una sensación errónea y subjetiva de desplazamiento de los objetos en relación al sujeto y viceversa

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

Clasificación Vértigo central y periférico

Puede ocasionar 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.

Diagnóstico Clínico. Anamnesis

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

Valoración inicial y seguimiento Tras realizar anamnesis es preciso llevar a cabo una exploración física

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

Otoneurológica: estado de conciencia y funciones mentales, estudio del nistagmus, exploración cerebelosa (eumetría, diadococinesia), test de Romberg, test de la marcha (Fukuda-Untemberger), prueba de los índices de Barany y tests posicionales como el de Hallpike.

Neurológica (cuando se considere pertinente): exploración de los pares craneales, sensibilidad, fuerza y reflejos.

Tto Tranquilizar al paciente y conseguir condiciones ambientales apropiadas para el reposo y adopción de una postura que disminuya el vértigo.

Dieta absoluta

Fármacos para aliviar síntomas y acortar la clínica

Neurolepticos fenotiacínicos

El más usado es la tietilperazina que en la fase aguda y cuando están presentes las náuseas y vómitos debe administrarse por vía rectal a una dosis de un supositorio cada 8 ó 12 horas.

Antihistamínicos anticolinérgicos

Dimenhidrinato, conocido por su acción preventiva de la cinetosis. Otros fármacos de este grupo son la meclizina, la ciclicina, la difenhidramina y la prometazina.

Benzodiazepinas { Diazepan y el clorazepato dipotásico

Antagonistas del calcio { Flunarizina y la cinarizina.

Sustancias como el sulpiride o análogos de la histamina como la betahistina

Reposo, preferentemente en decúbito, inmóvil, y lejos de ruidos y excesos de luz

Dieta absoluta

3.3. Síncope

Pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas que se debe a una hipoperfusión cerebral general y transitoria, es un cuadro clínico muy prevalente

- Síncopes y epilepsia
- Síncope y caídas
- Seudosíncope psiquiátrico
- Clasificación etiológica

Ambas entidades comparten muchas de las características que definen los episodios sincopales
 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.
 En la epilepsia las convulsiones aparecen desde el inicio del cuadro, son generalizadas y presentan movimientos amplios que afectan a toda la extremidad, mientras que en el síncope, los pacientes presentan inicialmente hipotonía muscular y sólo tras varios segundos de hipoperfusión cerebral pueden aparecer unos movimientos musculares, de menor amplitud que en las crisis epilépticas y que habitualmente afectan a la parte más distal de las extremidades superiores

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. En la mayoría de las ocasiones se asume que la caída es casual o debida a una pérdida de equilibrio

Pacientes en los que se ha desencadenado un episodio seudosincopal sin hipotensión ni bradicardias **Datos clínicos** El paciente sufre 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

- Reflejo o neuromediado
 - Vasovagal Desencadenado por descarga adrenérgica o por ortostatismo
 - Situacional Relacionado con tos, estímulo GI, micción, prospan dial, tras ejercicio o risa
 - SX de seno carotídeo Con o sin estímulo aparente del seno carotídeo
 - Formas atípicas Sin desencadenante aparente

- Cardiogénico
 - Bradiarritmia Disfunción sinusal. Bloqueo AV
 - Taquiarritmia Taquicardia supraventricular o ventricular
 - Cardiopatía estructural Estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica, mixoma auricular, taponamiento pericárdico, disección aórtica

Hipotensión ortostática Disfunción autónoma primaria secundaria a DM, amiloidosis, lesión espinal inducido por fármacos (vasodilatadores, diuréticos, antidepresivos), hipovolemia (insuficiente ingesta de agua, hemorragia o diarrea)

3.4 Desequilibrio hidroelectrolítico

Agua y electrolitos, equilibrio hidroelectrolítico y ácido base

Agua

Constituye el 75 a 85 % del peso de la mayoría de las células. De todos los componentes de un organismo, el agua es el más abundante. Constituye aprox el 70% del peso total del cuerpo.

El contenido de agua varía en los diferentes tejidos. Los tejidos de vitalidad más intensa son más ricos en agua que los inertes

% de agua en relación al peso corporal

- Piel-18.0
- Músculo-41.7
- Esqueleto-16.0
- Cerebro-2.0
- Hígado-2.3
- Corazón-0.5
- Pulmones-0.7
- Riñones-0.4
- Bazo-0.2
- Sangre-7.7
- Intestino-1.8
- Tej adiposo-9.0

El agua secretada por el intestino es disolvente de los productos de desecho y es necesaria para asegurar la consistencia adecuada de las heces. Normalmente se eliminan 1,200 a 1,500 ml por día pero puede aumentar en casos de vómito o diarrea. Cuando esto ocurre, se pierde además de agua, K^+ , Na^+ , Cl^- y HCO_3^- . Diariamente se filtran alrededor de 170 litros de agua. Cerca de dos terceras partes del agua filtrada es reabsorbida isosmóticamente en el túbulo proximal, íntimamente relacionada con la reabsorción de sodio

Ingresos normales por día

- Agua metabólica-300 ml
- Agua pura-200 ml
- Agua de las bebidas-800 ml
- Agua en alimentos sólidos-1000 ml
- Total de 2300 ml

Egresos normales por día

- Vía pulmonar-700 ml
- Vía cutánea-200 ml
- Vía renal-1200 ml
- Vía digestiva-200 ml

Compartimientos

El agua corporal total puede dividirse en compartimientos de líquido intracelular y extracelular. El líquido extracelular incluye el líquido intravascular y el intersticial (extravascular).

Electrólitos

Electrólito es toda sustancia que en solución o sal fundida conduce la corriente eléctrica.

Se clasifican en tres categorías según las conductividades eléctricas de sus soluciones acuosas:

- Electrólitos fuertes.
- Electrólito débil: agua de uso normal
- No electrolitos

Son aquellos que se disocian en gran proporción, existen casi exclusivamente en forma de iones en solución acuosa y son buenos conductores de la corriente eléctrica. En este grupo se encuentran los ácidos y bases fuertes así como sus sales. Por ejemplo, HCl , H_2SO_4 , $NaOH$, $NaCl$, etc.

Son aquellos que no se ionizan, solamente se disuelven como moléculas y, por ende, dan soluciones que no conducen la corriente eléctrica. En este grupo se encuentran sustancias como glucosa, sacarosa y solventes orgánicos no polares

Bibliografía

Hernández, F. A. (s.f.). *Enfermería gerontogeriatrica*. Recuperado el 01 de Julio de 2020