

CUADRO SINOPTICO
TERMORREGULACION, VERTIGO, SINCOPE,
INCONTINENCIA

ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA
LIC. VICTOR HUGO TORRES

PRESENTA EL ALUMNO:

ZABDI JAIR JIMENEZ PEREZ

GRUPO, SEMESTRE y MODALIDAD:

6to. Cuatrimestre "B" Enfermería Semiescolarizado

Frontera Comalapa, Chiapas

21 de JULIO del 2020.

TERMORREGULACION

la temperatura corporal

se mantiene en unos márgenes muy estrechos

regulado por una serie de mecanismos complejos coordinados en el hipotálamo anterior

Regulación de la temperatura corporal

es la resultante de un balance entre la producción y la eliminación de calor.

El ser humano, como otros animales homeotérmicos, es capaz de mantener su temperatura en unos márgenes muy estrechos, independientemente de los cambios ambientales.

Hipertemia accidental

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

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 termorreguladores^{4,5}.

Trastornos por exposición al calor

El denominador común en los trastornos por calor es la exposición a temperaturas ambientales extremas, que dificultan la disipación de calor por radiación y convección; además, la elevación de la humedad relativa interrumpe la disipación por evaporación

En estas circunstancias, cualquier trastorno subyacente que produzca un aumento de la temperatura corporal, afecte al intercambio de calor o altere los mecanismos

Síndromes menores por exposición al calor

Edemas por calor

Son edemas con fóvea 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

Está causada por la hiperventilación que, ocasionalmente, aparece durante la exposición al calor

No requiere ningún tratamiento específico, excepto modificar las condiciones térmicas ambientales

Calambres por calor

Son calambres musculares asociados a la realización de ejercicio físico intenso, con sudoración profusa, en un entorno cálido

Se deben a la pérdida excesiva de sal y su tratamiento se realiza con reposición de líquidos y electrolitos por vía oral o intravenosa.

Agotamiento por calor

En estos enfermos los mecanismos de enfriamiento son aún eficaces.

Pueden aparecer cefalea, astenia intensa, vómitos, sudoración, taquicardia, taquipnea, hipotensión ortostática y elevación de la temperatura.

VERTIGO

trastornos del equilibrio

son un problema habitual de la consulta cuando se atiende a pacientes ancianos, ya que afectan a 30% de las personas

mayores de 65 años y en algunos estudios son el motivo de consulta más frecuente en individuos mayores de 75 años

Las caídas son un efecto frecuente de los trastornos del equilibrio

Alrededor de un tercio de las personas mayores de 65 años sufre una caída al menos una vez al año y esta cifra se incrementa a 50% cuando la edad supera los 80 años

Las consecuencias funcionales y psicosociales pueden ser incluso más trascendentes; el trauma psicológico y el miedo a caer producen un círculo vicioso que reduce la actividad del anciano y su movilidad, y aumentan el riesgo de futuras caídas (síndrome poscaída)

como una falsa sensación

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

En realidad, es una sensación muy subjetiva y de difícil precisión cuando preguntamos al enfermo.

se clasifican en

Vértigo central.

Vértigo periférico

valoración inicial y seguimiento

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.

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

tratamiento

Disponemos de distintos fármacos que alivian los síntomas y acortan la clínica. el mejor fármaco antivertiginoso es aquel que, con menos efectos secundarios, mejore los síntomas del paciente

grupos de farmacológicos

Neurolépticos fenotiacínicos:

Antihistamínicos anticolinérgicos

Benzodiacepinas

Antagonistas del calcio

Sustancias como el sulpiride o análogos

SINCOPE

como una perdida

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.

contexto clínico

Habitualmente los pacientes se presentan con un cuadro clínico que pueden describir como una caída,

mareo o lipotimia, y en muchas ocasiones no son capaces de afirmar si ha habido pérdida de conciencia.

Síncope y epilepsia

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.

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

Síncope y caídas

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, ya que frecuentemente, dado lo fugaz del episodio, tanto el paciente como la familia suelen negar que haya habido pérdida de conciencia.

Seudosíncope psiquiátrico

Hay pacientes que presentan episodios de caída con aparente falta de conexión con el medio y en los que no hay alteración de perfusión cerebral.

INCONTINENCIA FECAL

es la pérdida parcial o total

de la capacidad para controlar voluntariamente la expulsión de gases y materias fecales

Representa un serio problema que invalida física y socialmente al enfermo

Clasificación

controlar la expulsión de heces sólidas, pero no de gases y heces líquidas o semilíquidas

retención de gases y materias fecales sólidas o líquidas

como mayor o menor

Etiología

es consecuencia de la alteración de uno o más de los mecanismos que normalmente aseguran la continencia; así, de acuerdo con su etiología, se puede clasificar en: idiopática, traumática, neurológica y congénita

a. La introducción de cuerpos extraños al recto, coito anal o conductas sexuales anormales, son causa poco frecuente de lesiones de los músculos esfinterianos.

Fisiopatología

El mecanismo de la continencia fecal es un proceso complejo, integrado por una serie de eventos, entre los que destacan: la consistencia, el volumen y la velocidad con que la materia fecal llega al recto

la sensibilidad y la distensibilidad de las paredes del recto; los factores del aparato esfinteriano, que implican componentes sensoriales y mecánicos que requieren de integridad muscular y nerviosa

Tratamiento

Una vez establecido el diagnóstico etiológico y entendiendo, dentro de lo posible, la fisiopatología de la incontinencia fecal, podremos seleccionar el tratamiento idóneo para cada caso

El tratamiento médico puede ser útil en casos de incontinencia fecal asociada a alteraciones en la fisiología de la defecación, en pacientes que demuestran integridad anatómica esfintérica y del piso pélvico.