



Nombre de alumnos:

Rafael Torres Adorno

Nombre del profesor:

Nancy Domínguez

Nombre del trabajo:

Valoración física y cefalocaudal

Materia:

Enfermería gerontogeriatrica

Grado:

Sexto

Grupo:

U

INDICE

PACIENTE CON VERTIGO	3
VALORACION FISICA.....	3
VALORACION CEFALOCAUDAL	3
PACIENTE CON SINCOPE	4
VALORACION FISICA.....	4
VALORACION CEFALOCAUDAL	5

PACIENTE CON VERTIGO

VALORACION FISICA

- **Piel y mucosas:** palidez, cianosis labial, telangiectasias.
- **Tensión arterial (TA)** en decúbito, bipedestación y en ambos brazos: descartar disautonomía o fenómeno de robo de la subclavia.
- **Auscultación cardiopulmonar:** descartar cardiopatía, valvulopatía o problemas de oxigenación.
- **Aparato locomotor:** descartar trastornos de la deambulación por patología de cadera, artrosis meniscos, cervicalgia etc.
- **Pulsos radiales y pedios:** descartar vasculopatía periférica.
- **Carótidas:** búsqueda de soplos.

VALORACION CEFALOCAUDAL

Para tener un equilibrio normal, los sistemas visual, propioceptivo, vestibular, cerebeloso y neuromuscular deben funcionar todos en forma integrada. En la mayor parte de las enfermedades que cursan con vértigo, uno de esos sistemas está alterado a un grado tal que los otros no logran compensarlo.³⁶En presbistasia, o desequilibrio del envejecimiento, lesiones independientes en más de un sistema pueden contribuir a un cuadro general que incluye vértigo. Clásicamente, las múltiples alteraciones neurosensoriales se presentan como una sensación de desequilibrio que empeora cuando el paciente intenta ponerse de pie o caminar. Los factores contribuyentes comunes a las múltiples alteraciones neurosensoriales son la hipofunción vestibular unilateral o bilateral, la alteración visual (p.ej., cataratas), la enfermedad de la columna cervical, neuropatía periférica leve, des acondicionamiento físico con mal control de la postura y medicamentos.

El tratamiento está dirigido a identificar y corregir las áreas susceptibles de terapia, entre ellas la visión porque ésta puede compensar de manera significativa otros déficits. Además de la corrección quirúrgica o refractaria, debe animarse a los pacientes para que tengan iluminación adecuada en la noche con objeto de mejorar

su equilibrio general. La fisioterapia puede mejorar la fuerza y la coordinación musculares; se administran medicamentos para tratar estados morbosos (p.ej., artritis) y suspender los que no son esenciales. Descontinuar en lugar de iniciar medicamentos en general es el mejor procedimiento en tales enfermos.

Un coadyuvante en la terapia del anciano debe ser asegurarse de que el hogar sea lo más seguro posible. Hay que animar a los enfermos para que aprendan estrategias que mejoren su independencia. Se les indica que la inmovilidad prolongada no sólo es insegura, sino también puede empeorar el vértigo en el largo plazo. Los tratamientos experimentales con mínimo peligro, como el uso de mecedora, o mascar raíz de jengibre, bien valen el intento

PACIENTE CON SINCOPE

VALORACION FISICA

- **Presión Arterial (PA) y Frecuencia Cardíaca (FC):** durante el cuadro sincopal hay hipotensión y bradicardia, pero son transitorios, y generalmente en el momento de la exploración han remitido. Por ello, evidenciar alteraciones persistentes es un signo de alarma, y se deberá investigar la causa. Deben medirse en ambos brazos. Si hay diferencias entre ellos puede ser indicativo de una disección de aorta o de robo de la subclavia.

- **También se valorará la existencia de hipotensión ortostática.** Para ello se determinarán la PA y la FC en el paciente en decúbito supino tras 5 minutos de permanecer en esa posición, y después de 3 minutos de pasar a bipedestación. Se define como hipotensión ortostática una disminución de al menos 20 mmHg en la PA sistólica y un aumento en la FC de 20 o más latidos por minuto, o una PA sistólica menor de 90 mmHg. También si la caída de la PA es igual o mayor de 10 mmHg y se acompaña de síntomas de hipoperfusión cerebral. La hipotensión ortostática es un hallazgo muy frecuente, sobre todo en ancianos. Hay que tener en cuenta que el diagnóstico de síncope ortostático es de exclusión, y deberán investigarse causas potenciales de ortostatismo, como depleción de volumen (sangrado, diarrea) y vasodilatación secundaria a fármacos (sobre todo antihipertensivos) o alcohol.

- **Frecuencia respiratoria:** la taquipnea y la desaturación de oxígeno pueden ser

signos de insuficiencia cardiaca congestiva o de tromboembolismo pulmonar. La hiperventilación, sin desaturación, puede ser secundaria también a crisis de ansiedad.

- **Temperatura:** la existencia de fiebre apuntará a un proceso infeccioso subyacente.
- **Glucemia capilar:** en ocasiones una hipoglucemia puede remedar un síncope. Aunque en la práctica clínica esto es muy poco frecuente, a todos los pacientes con un supuesto síncope se les debe realizar rutinariamente, al inicio de la exploración, una determinación de glucemia capilar, pues es accesible e inocua, y el tratamiento de la hipoglucemia es urgente.

VALORACION CEFALOCAUDAL

- **Cabeza y cuello:** se investigará la existencia de mordedura de lengua, de ingurgitación yugular o soplos carotídeos.
- **Auscultación cardiaca:** puede revelar bradicardia, taquicardia o ritmo irregular. Hay que valorar la existencia o no de soplos, especialmente de estenosis aórtica, y extratonos. Si el soplo sistólico aumenta con maniobra de Valsalva puede ser secundario a cardiomiopatía hipertrófica. Los datos que sugieran cardiopatía estructural se deberán investigar.
- **Auscultación pulmonar:** puede evidenciar ruidos patológicos (crepitantes,) que sugieran insuficiencia cardiaca o patología pulmonar.
- **Exploración abdominal:** puede revelar dolor a la palpación o la existencia de masa pulsátil que orienten hacia rotura de aneurisma, embarazo ectópico o de bazo. También se realizará un tacto rectal, para descartar que el síncope sea secundario a hipovolemia por hemorragia digestiva.
- Exploración neurológica: deberá ser completa.

Además, deberá hacerse una exploración general y guiada por los síntomas que refiera el paciente, para descartar lesión secundaria a la caída. Las alteraciones que se asocian comúnmente con caídas son fracturas faciales, de cadera, de muñeca y hematomas subdurales.