

MEDICINA PALIATIVA

Erick Alexander Hernández López

6to. Semestre

Docente: Dra. Ana Laura Domínguez Abarca

DELIRIUM



DELÍRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

- Es un síndrome de causa orgánica, en ocasiones plurietiológico, que se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia y de la atención, así como de diversas funciones cognitivas, como:
 - Memoria
 - Orientación
 - Pensamiento
 - Lenguaje o percepción



Características para los criterios diagnósticos del DSM V



- Alteración de la conciencia con disminución para centrar, mantener o dirigir la atención adecuadamente.
- Cambio en las funciones cognitivas o alteración perceptiva.
- La alteración se presenta en un corto período de tiempo (horas o días) y tiende a fluctuar durante el día.
- Demostración a través de la historia clínica, la exploración física y los exámenes complementarios de una etiología orgánica.

Epidemiología

- La prevalencia del delirium en la población general mayor de 55 años está en torno al 1%.
- Se ha estimado que la mortalidad hospitalaria de pacientes con delirium varía del 11 al 41%, y que su mortalidad al año es de un 38%.



Fisiopatología



- El envejecimiento normal implica una serie de cambios estructurales y metabólicos cerebrales.
- Las alteraciones de los neurotransmisores relacionados con el tálamo, la corteza prefrontal y los ganglios basales provocan síntomas de delirium cuando se ven afectados.
- El neurotransmisor que parece tener mayor importancia es la acetilcolina.

. Fármacos con actividad anticolinérgica

- Alprazolam
- Codeína
- Mononitrato de isosorbide
- Amantadna
- Dexametasona
- Oxazepam
- Atropina
- Digoxina
- Amitriptilina
- Diltiazem
- Fenobarbital
- Azatioprina



Etiología

Enfermedades médicas:

a) Enfermedad cerebral primaria:

- Vasculares (isquemia/hemorragia arterial o venosa).
- Traumatismos.
- Neoplasia primaria o metastásica.
- Infecciones (encefalitis, absceso, empiema).
- Enfermedades desmielinizantes (mielinitis central pontina).
- Crisis epilépticas.
- Hidrocefalia normotensiva.
- Encefalopatía hipóxica.
- Cefaleas vasculares (migraña confusiones, jaqueca basilar).
- Parasomnias.

b) Enfermedades sistémicas:

- Alteraciones metabólicas (hidroelectrolíticas: deshidratación, hiper o hiponatremia) hipoxia/hipercapnia, acidosis/alcalosis (metabólica/respiratoria), Porfiria, síndrome carcinoide, enfermedad de Wilson. Defectos nutricionales: Tiamina, niacina, vitamina B₁₂, ácido fólico, intoxicación de vitamina A y D.

- Agentes ambientales: golpe de calor, hipotermia, quemaduras, radiaciones, electrocución.
- Cirugía: postoperatorio.

Intoxicaciones:

- Alcohol etílico y metílico, alucinógenos, anfetaminas, ansiolíticos, antidepresivos, cannabis, cocaína, éter, hipnóticos, inhalantes, disolventes, gasolina, pegamentos, insecticidas, metales pesados (plomo, bismuto) monóxido de carbono, nitritos, opiáceos, salicilatos, sedantes.

Abstinencia:

- Alcohol, ansiolíticos, barbitúricos, hipnóticos, sedantes.

Fármacos:

- Agonistas dopaminérgicos, aminofilina, antiarrítmicos, antibióticos, anticolinérgicos, antidepresivos, antiepilépticos, antihipertensivos, antihistamínicos, antiinflamatorios, baclofén, inhibidores H₂, interferón, litio, anticonvulsivantes, L-dopa, metrizamida, omeprazol, salicilatos, ciclosporina, benzotropina, citostáticos, clonidina, cocaína, corticoides, digitálicos, disulfiram, venenos animales y vegetales.

- Trastornos del equilibrio ácido-base.
- Enfermedades infecciosas: brucelosis, endocarditis infecciosa, fiebre reumática, fiebre tifoidea, ITU, legionella, mononucleosis, neumonía, paludismo, sepsis, viriasis.
- Enfermedades endocrinas: hiper o hipotiroidismo, hiper o hipoparatiroidismo, insuficiencia suprarrenal, síndrome de Cushing, hipoglucemia, descompensación diabética.
- E. Hematológicas: anemia grave, policitemia, macroglobulinemia, CID (coagulación intravascular diseminada).
- E. Cardiovasculares: Enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, shock, arritmias, encefalopatía hipertensiva.
- E. pulmonares: TEP (tromboembolismo pulmonar).
- E. digestivas: hepatopatías, encefalopatía hepática, enfermedades pancreáticas.
- E. renales: insuficiencia renal.

Miscelánea:

- Impacto fecal, retención aguda de orina, cambio del medio ambiente, cirugía, traumas sencillos, fracturas.

Etiología desconocida:

- En la población anciana podemos resumir el cuadro etiológico quedándonos con las causas más frecuentes de SCA como son infecciones (tracto urinario y respiratorias), fármacos, trastornos hidroelectrolíticos, postquirúrgico, hipoxia, enfermedades neurológicas y factores ambientales.
- En definitiva, el SCA puede considerarse como un cuadro multifactorial que resulta de la interacción entre la susceptibilidad del paciente, ciertas características del paciente que le hacen más vulnerable al desarrollo de delirium, y factores etiológicos externos (causas orgánicas, fármacos o factores ambientales). La valoración de estos factores predisponentes suponen la base de mecanismos de prevención eficaces (2).

Las alteraciones tóxicas y metabólicas adquiridas suelen ser las causas más frecuentes.

Factores predisponentes	Factores precipitantes	Factores de vulnerabilidad
<p>Deterioro cognitivo previo. Enfermedad grave. Deshidratación. Alteraciones metabólicas (malnutrición). Edad avanzada. Depresión. Síndrome confusional agudo previo. Hábitos tóxicos (alcohol).</p>	<p>Polifarmacia. Uso de catéter urinario. Iatrogenia. Restricción física. Malnutrición (albúmina < 3g/l).</p>	<p>Alteración de la agudeza visual (test de Jaeger). Enfermedad grave (APACHE II <16). Deterioro cognitivo: MMSE < 24. Deshidratación</p>

Diagnostico



- Historia clínica
- Exploración física
 1. Exploración física general: identificar factores desencadenantes.
 2. Exploración de funciones mentales: atención, orientación, memoria y conciencia.
 3. Exploración de funciones no intelectivas: conducta, estado afectivo, ciclo sueño-vigilia, sistema neurovegetativo.
- Exámenes complementario:
 1. Hemograma
 2. Estado de coagulación
 3. Bioquímica
 4. Gasometría
 5. Orina

Presentación clínica

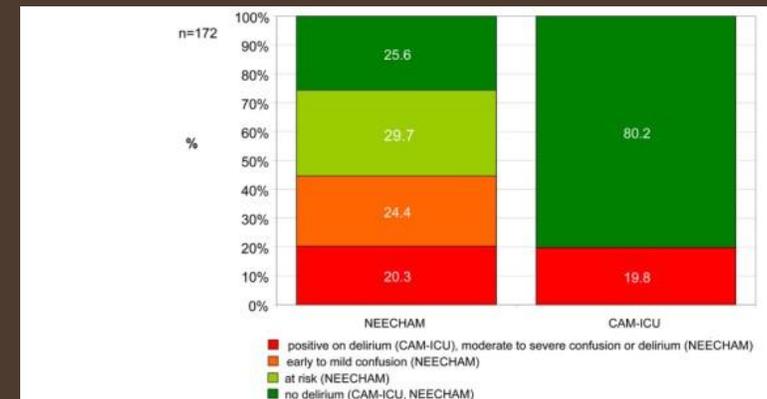


Según lipowski: existen tres tipos clínicos de presentación del síndrome confusional agudo:

- Hiperactivo: Se caracteriza por hiperactividad, agitación, agresividad, confusión, alucinaciones e ideación delirante
- Hipoactivo: Se caracteriza por hipoactividad, enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, lenguaje lento, inexpresividad facial, letargia, actitud apática, inhibición.
- Mixto, hiper e hipoactivo: Supone el 35-50% de los síndromes confusionales. Alternan la hiper e hipoactividad en el tiempo.

Escalas de detección del SCA

- a) Escalas de detección:
 - Clínical Assessment of Confusión-A.
 - Confusión Rating Scale.
 - Delirium Symptom Interview.
 - NEECHAM Confusión Scale.
- b) Escalas de diagnóstico: Confusional Assessment Method (CAM), que se basa en los criterios del DSM III y se adapta bien a los criterios del DSM IV. Recoge el inicio agudo con curso fluctuante, inatención, pensamiento desorganizado y nivel de conciencia alterado. Es sencillo y eficaz; además puede ser usado por personal no facultativo. Tiene una sensibilidad del 94% y una especificidad del 100%.
- c) Cuantificación:
 - Delirium Rating Scale.
 - Organic Brain Síndrome Scale.



Diagnostico diferencial

- La demencia, depresión, psicosis o la ansiedad puede desarrollar síntomas que se dan también en el síndrome confusional agudo.



Medidas preventivas

Factor de riesgo	Intervención		
Deterioro cognitivo	<p>Programa terapéutico de actividades:</p> <p>Actividades de estimulación cognitiva.</p> <ul style="list-style-type: none">– Reminiscencia.– Juego palabra.– Habilidades.– Hechos presentes. <p>Programa de orientación a la realidad:</p> <ul style="list-style-type: none">– Tabla de orientación.– Horario.– Comunicación reorientadora.	Inmovilización	<p>Movilización precoz:</p> <ul style="list-style-type: none">– Deambulación o ejercicios motores activos tres veces al día. <p>Minimizar equipos que inmovilizan:</p> <ul style="list-style-type: none">– Reducir SV (sondajes vesicales) innecesarios.– Evitar restricciones.– Alargaderas de oxígeno.
Privación de sueño	<p>Estrategias de reducción del ruido:</p> <ul style="list-style-type: none">– Triturado de orientación.– Buscapersonas silencioso.– Silencio en los pasillos. <p>Ajustar el horario de las intervenciones en el paciente respetando el sueño:</p> <ul style="list-style-type: none">– Reajustar medicaciones, procedimientos, toma.– De constantes y actividad de enfermería. <p>Protocolo no farmacológico de sueño:</p> <ul style="list-style-type: none">– Horario de acostarse, bebidas calientes.	Medidas psicoactivas	<p>Restringir su uso a lo estrictamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none">– Sedantes.– Anticolinérgicos. <p>Reducir la dosis. Sustituir por las alternativas menos tóxicas.</p>
		Déficit visual	<p>Proporcionar las ayudas visuales:</p> <ul style="list-style-type: none">– Gafas. <p>Proporcionar equipos de adaptación:</p> <ul style="list-style-type: none">– Luces junto al timbre, interruptores.
		Déficit auditivo	<p>Proporcionar utensilios amplificadores:</p> <ul style="list-style-type: none">– Audífono propio, pilas, reparación. <p>Proporcionar ayudas auditivas:</p> <ul style="list-style-type: none">– Retirar tapones, comunicación cuidadora.
		Deshidratación	<p>Detección precoz y repleción del volumen:</p> <ul style="list-style-type: none">– Forzar ingesta hídrica, valorar fluidoterapia iv.

Tratamiento no farmacológico

- Asegurar la vía aérea, mantenimiento de las constantes vitales, canalizar una vía venosa, suspender fármacos sospechosos de causar el SCA, aporte nutritivo, adecuado equilibrio hidroelectrolítico, evitar lesiones (barras laterales).
- Habitación iluminada.
- El paciente no debe estar aislado. Mantener un acompañante permanente.
- No deberá estar en la misma habitación que un paciente delirante.
- Ayuda para mantener la orientación como un reloj, calendario...
- Proporcionarle información sobre su estancia, motivo de ingreso, etc.
- Proporcionarle las gafas o el audífono, si los usaba

Tratamiento farmacológico

Neurolepticos típicos:

- Haloperidol.
- Tioridacina (Meleril).
- Levopromacina (Sinogan).
- Clorpromacina (Largactil).

Neurolepticos atípicos:

- Risperidona.
- Clozapina.
- Olanzapina.

Benzodiazepinas



¡Gracias!



MEDICINA PALIATIVA

Erick Alexander Hernández López

6to. Semestre

Docente: Dra. Ana Laura Domínguez Abarca

DISNEA

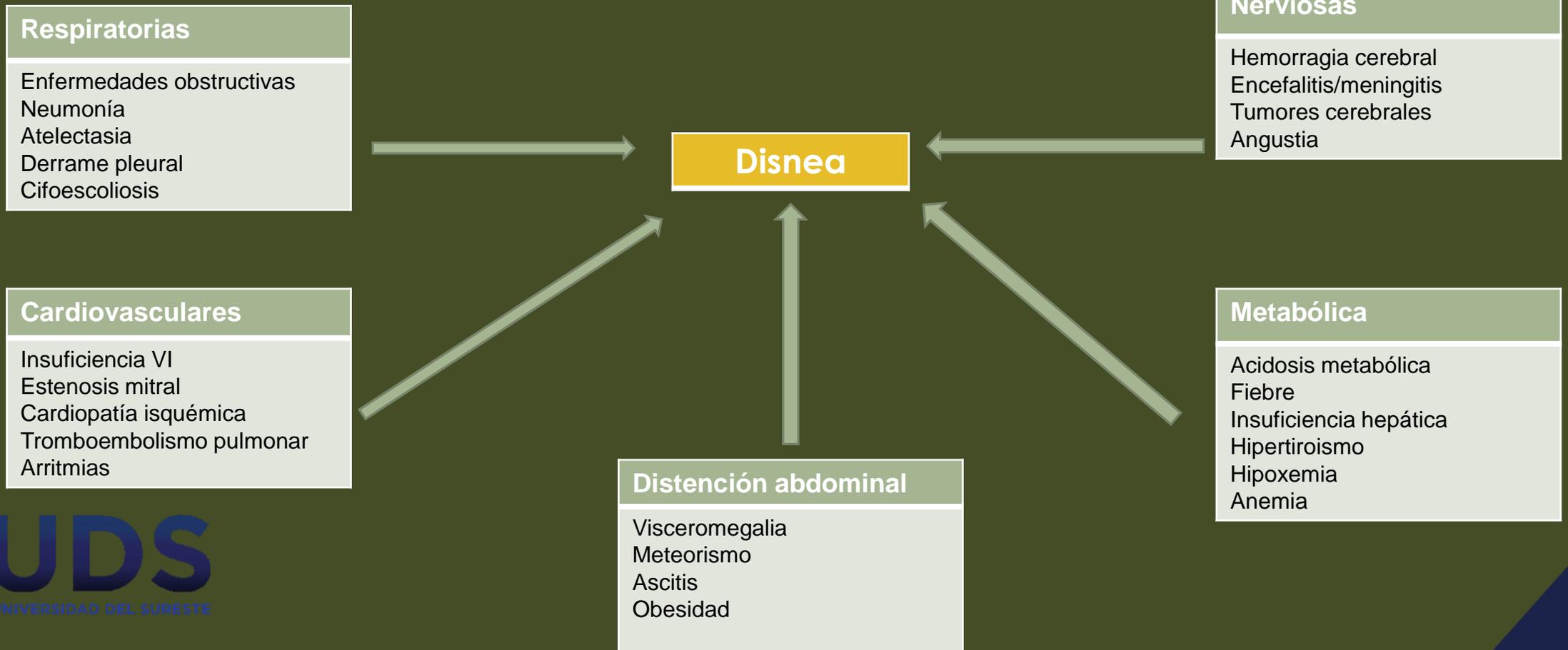


Disnea

- Se define como la sensación subjetiva de dificultad en la respiración, que engloba sensaciones cualitativamente diferentes y de intensidad variable. Su origen es multifactorial, pudiendo intervenir factores fisiológicos, psíquicos, sociales y medioambientales del sujeto.



Etiología



Según mecanismo fisiopatológico

Clasificación fisiopatológico		
Mayor demanda de ventilación		Mecánica anormal del pulmón o de la pared torácica
Fisiológico	Patológico	Obstrucción de vías aéreas (asma, EPOC) Volumen pulmonar reducido (fibrosis pulmonar, derrame pleural, neumotórax) Alteración ventilación-perfusión (edema de pulmón, atelectasia, neumonía, embolia pulmonar)
Ejercicio Embarazo Grandes alturas	Anemia Acidosis Alto índice metabólico	Patología neuromuscular (distrofia muscular, alteración SNC, deformidades esqueléticas)

Según la evolución

Disnea Aguda

Origen pulmonar	Origen extrapulmonar
Neumonía	Edema pulmonar cardiogénico
Aspiración	Anemia
Derrame pleural	Acidosis metabólica

Disnea Súbita

Origen pulmonar	Origen extrapulmonar
Tromboembolismo pulmonar	IAM
Neumotórax	Angina
Broncoespasmo	Hiperventilación por ansiedad



Disnea Crónica

Enfermedades Pulmonares obstructivas	Enfermedades Pulmonares restrictivas	Otras
Enfisema	Enfermedad pulmonar intersticial	Hipertiroidismo
Bronquitis crónica	Deformidad de la pared torácica	Anemia
Asma bronquial	Fibrosis pleural	ICC
	Parálisis frénica	Enfermedad del SNC

Según NYHA (disnea cardiaca)

Grados de disnea según New York Heart Association	
Clase I	Ausencia de síntomas con la actividad habitual
Clase II	Síntomas con actividad moderada
Clase III	Síntomas con escasa actividad
Clase IV	Síntomas en reposo

Según escala de MRC (disnea respiratoria)

Escala de disnea según British Medical Research Council

Grado 0	Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso
Grado 1	Disnea al andar deprisa o al subir una cuesta poco pronunciada
Grado 2	Incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que para a descansar al andar en llano al propio paso
Grado 3	Tener que parar a descansar al andar unos 100 m o a los pocos minutos de andar en llano
Grado 4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

Tipo clínico de Disnea

- Continua
- Intermitente
- De reposo
- De esfuerzo
- En decúbito u ortopnea
- En decúbito lateral o trepopnea
- En posición vertical

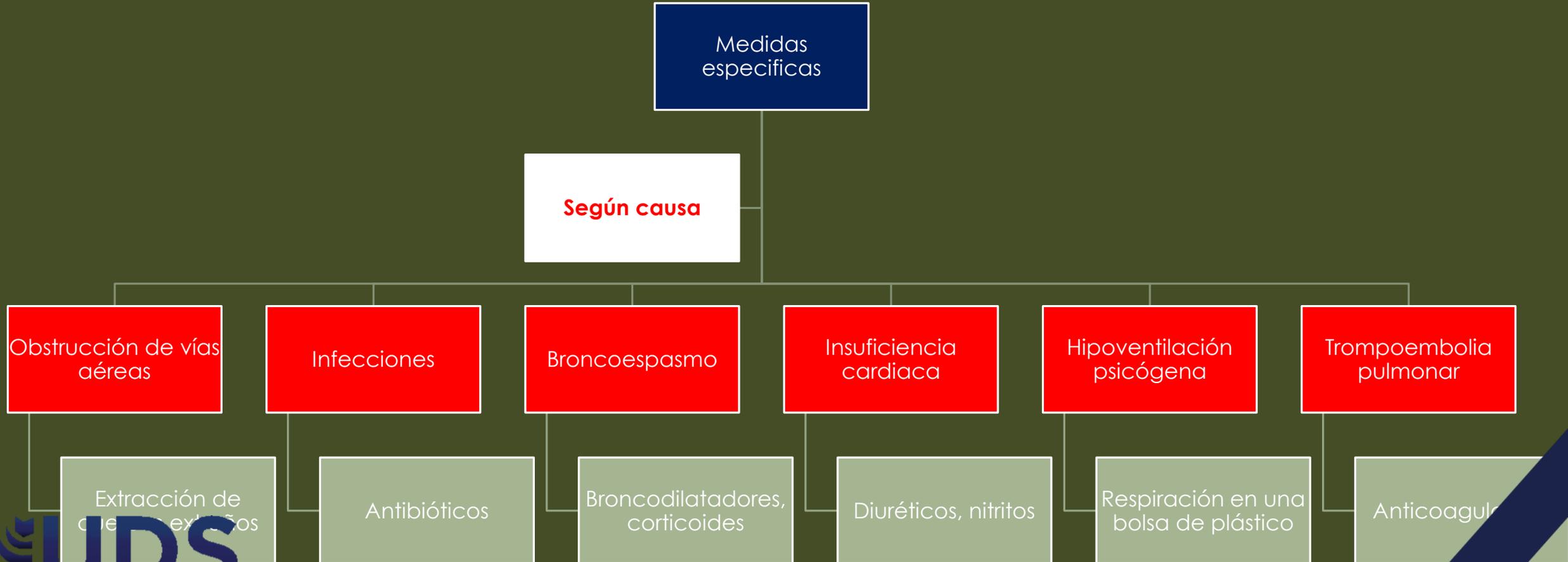


Medidas generales

- Administración de oxígeno
- Ventilación mecánica si lo requieren
- Tratamiento de la fiebre
- Mantener vía aérea permeable
- Adecuada hidratación
- Garantizar acceso venoso
- Evitar medicación depresora del SN



Medidas específicas disnea aguda



¡Gracias!



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Geriatría

Erick Alexander Hernández López

6to. Semestre

Docente: Dra. Ana Laura Domínguez Abarca

DEMENCIA

 UDS Mi Universidad

 @UDS_universidad

www.uds.mx

Mi Universidad

Tel. 01 800 837 86 68

¿Qué es?

Deterioro de los procesos cognitivos que impide la realización de actividades de la vida cotidiana de manera satisfactoria:

- Memoria, aprendizaje, juicios de valor y resolución de problemas.
- Depresión, apatía, alucinaciones, delirios, agitación e insomnio.

Alteración de circuitos neuronales (NTs)

Se caracteriza

Pérdida progresiva de la memoria, del lenguaje (afasia), de la capacidad de realizar tareas previamente aprendidas (apraxia), de la capacidad de reconocer lo previamente aprendido (agnosia), alteraciones ejecutivas (planeación, organización, secuenciación y abstracción).

Causas

Gran factor de riesgo: ENVEJECIMIENTO

Trastornos Degenerativos	Trastornos Reversible	Trastornos Crónicos	Cuadros CV y Epilepsia
AD, PD, DLB, FTD, HD, CJD, PSP, ALS, EM, Complejo de Guam, GSSD	<ul style="list-style-type: none">• Depresión• Alcoholismo• Intoxicación drugs/meds• Hidrocefalia	<ul style="list-style-type: none">• Infecciones crónicas• Neoplasias• Insuf. Endocrina u otras• Cuadros psiquiátricos• Enf. Autoinmunes	<ul style="list-style-type: none">• DV• CARASIL y CADASIL• Epilepsia no convulsiva recurrente

Deterioro cognitivo

- Para determinar si una persona se ha deteriorado cognitivamente es necesario realizar una evaluación estructurada que permite principalmente determinar si se trata de un deterioro reversible o de un deterioro progresivo.

El criterio diagnóstico del DSM-V, establece que la demencia es:

1. El desarrollo de múltiples déficits cognitivos manifestados por un déficit en la memoria (alteración en la habilidad para aprender nueva información o recordar información previamente aprendida) y por lo menos una de las siguientes:

- Afasia (alteración del lenguaje)
- Apraxia (Déficit en la habilidad para llevar a cabo actividades motoras a pesar de una función motora integrada)
- Agnosia (Falla en el reconocimiento o identificación de los objetos a pesar de la integración de la función sensorial)
- Alteraciones en el funcionamiento ejecutivo (por ejemplo la planeación, la organización, la secuenciación, la abstracción)

2. Los déficits cognitivos deben ser lo suficientemente severos para causar una disminución en el funcionamiento social u ocupacional y debe representar un declive a partir de un funcionamiento previo de alto nivel

3. Los déficits no necesariamente ocurren dentro del curso de un delirium.

Modo de transmisibilidad

- Vía de entrada de la enfermedad es por la boca, aunque esto no significa que no pueda pasar de forma directa de persona a persona, se transmite por contaminación del agua con heces y vómito de pacientes y portadores y por la ingestión de alimentos contaminados

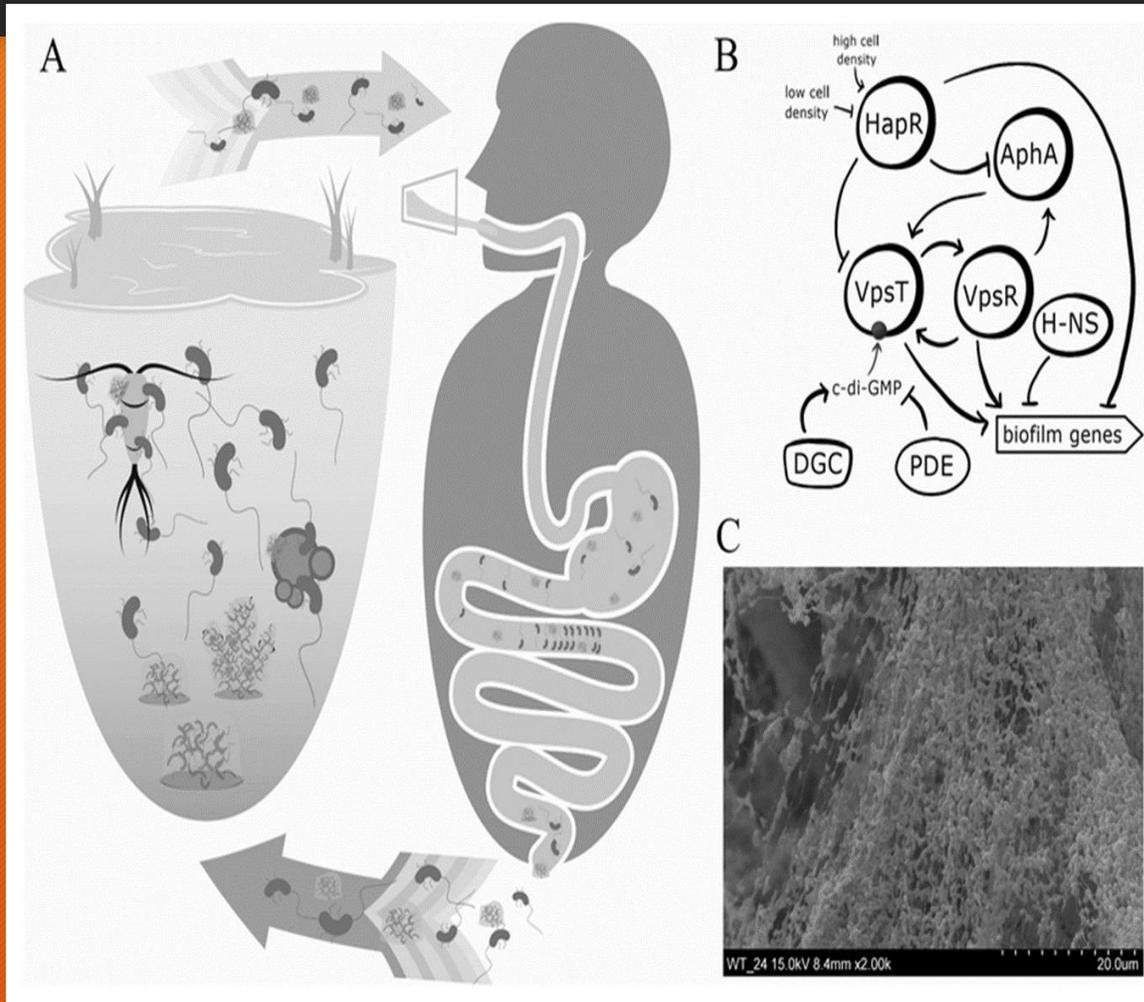


Susceptibilidad

- Está constituida por aquellas comunidades carentes de suministro de agua y disposición adecuada de excretas.
- La mala higiene personal y ambiental, la desnutrición, otras enfermedades subyacentes y la aclorhidria también favorecen la infección.



Patogenia

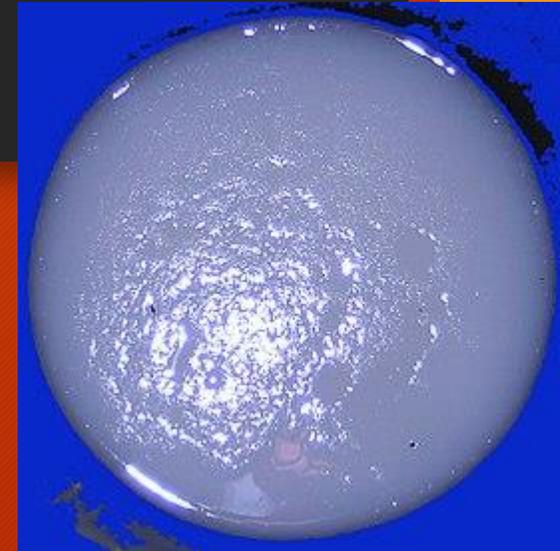


- Una enterotoxina producida por este bacilo es la responsable del cuadro clínico.
- La enterotoxina colérica consta de 2 fracciones: A: responsable de la actividad biológica. B: es la que determina la unión de la toxina con la membrana celular.
- La acción de la toxina se manifiesta por la secreción de líquidos por parte del intestino, cuya concentración de bicarbonato es de 2 veces mayor y la de potasio 4 a 8 veces mayor con respecto a las cifras que estas sustancias tienen en el plasma.

Cuadro clínico

Su principal manifestación es la diarrea, que tiene un comienzo brusco, presentándose inicialmente con deposiciones que generalmente en pocas horas se tornan voluminosas y acuosas con aspecto de agua de arroz.

Como síntomas acompañantes pueden existir: cólico intenso, borborigmo, vómitos que generalmente son acuosos, hipotermia, fiebre y convulsiones.





Diagnóstico clínico

Se debe sospechar un caso de cólera cuando todos los casos que se ajusten a la definición clínica que da la OMS, una vez que se confirme un brote basta el diagnóstico clínico.

Definición normalizada de los casos según la OMS. Se debe sospechar un caso de cólera cuando:

- 1. En una zona donde la enfermedad no haya estado presente se detecte un paciente mayor de 5 años con deshidratación grave o muerte por diarrea acuosa aguda;
- 2. En una zona donde el cólera sea epidémico, un paciente mayor de 5 años presente diarrea acuosa aguda, con o sin vómitos.



Diagnóstico de laboratorio



El diagnóstico se puede realizar utilizando frotis con gram, prueba de inmobilización con el suero anti O1 e inmunofluorescencia directa



Prevención

- Lavar minuciosamente las frutas y verduras, principalmente las que se consumen crudas.
- No consumir alimentos preparados en la calle o de dudosa procedencia.
- Lavar muy cuidadosamente todos los vegetales y frutas que se consuman crudos.
- Dejar en remojo de 10 a 15 minutos y luego enjuagar bien. Usar agua corriente o de red o agua clorada (con el agregado de dos gotas de lavandina concentrada por cada litro de agua).
- Evitar consumir pescados crudos. Los pescados bien hervidos o cocinados no contienen riesgos.
- Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los que están cocinados o listos para consumir (contaminación cruzada).

Tratamiento

- Radica en la rehidratación rápida mediante la administración de sales de rehidratación oral (SRO) o líquidos intravenosos, dependiendo de la gravedad del caso.
- La administración de SRO (bolsas de la OMS/UNICEF) permite tratar adecuadamente hasta un 80% de los casos. Los pacientes con deshidratación muy grave se tratan con líquidos intravenosos, preferiblemente lactato de Ringer.
- A los casos graves se les pueden administrar antibióticos apropiados para reducir la duración de la diarrea y el volumen de líquidos de rehidratación necesarios, así como para acortar el periodo de excreción de *Vibrio cholerae*.



Complicaciones



Hiperglicemia	Hipokalemia
Insuficiencia renal aguda	Hiperglucemia
Acidosis metabolica	Choque hipovolémico
Arritmias	Muerte

¡Gracias!

GERIATRÍA

Erick Alexander Hernández López

6to. Semestre

Docente: Dra. Ana Laura Domínguez Abarca

Síndrome Geriátrico



Envejecimiento

- Proceso que convierte a adultos sanos en frágiles, a través de una disminución de las reservas en la mayoría de los sistemas fisiológicos y de un aumento exponencial de la vulnerabilidad frente a la mayoría de las enfermedades y la muerte.



Síndrome Geriátrico: Definición

- Refieren a múltiples condiciones o problemas de salud que ocurren cuando la acumulación de efectos del deterioro de múltiples sistemas, llevan a una persona anciana vulnerable a desafíos marcados, a los cuales no puede responder generalmente con una adecuada respuesta fisiológica.



Consideraciones clínicas especiales

- Para un síndrome geriátrico dado, múltiples factores de riesgo y múltiples órganos y sistemas involucrados.
- Las estrategias de diagnóstico para identificar las causas subyacentes, son algunas veces inefectivas, dificultosas, peligrosas y costosas.
- El manejo terapéutico de las manifestaciones clínicas puede ser de ayuda, aún en ausencia de un diagnóstico firme o el reconocimiento de las causas subyacentes.

Grandes síndromes geriátricos

Inmovilidad	Úlceras por presión, pérdida de masa muscular, neumonías, desnutrición, impactación fecal, etc.
Inestabilidad	Caídas, fracturas, hematoma subdural.
Incontinencia	Úlceras por presión, infecciones, aislamiento, etc.
Infecciones	Especialmente respiratorias y urinarias. Se asocian con mayor morbimortalidad.

•

Perdida de la visión	Aislamiento, deterioro de la calidad de vida, delirium, etc.
Perdida de la audición	Aislamiento, deterioro de la calidad de vida, delirium, etc.
Estreñimiento	Impactación fecal, delirium, incontinencia, etc.
Malnutricion	Obesidad, desnutrición, infecciones, etc.
Polifarmacia	Contraindicaciones, interacciones, dependencia, etc.



Demencia	Deterioro global, dependencia, problemática familiar y social, etc.
Delirium	Deterioro global, hospitalización, caídas, fracturas, hematoma subdural, etc.
Trastorno del sueño	Deterioro de la calidad de vida, depresión, etc.
Depresión	Deterioro global
Pobreza	Principal factor de riesgo para deterioro global.



Atención Primaria de la Salud

El médico de atención primaria debe:

- Fomentar el autocuidado y cuidado informal.
- Llevar a cabo las medidas preventivas
- Revisión mínima anual.
- Valorar la movilidad
- Valorar los sentidos
- Valoración mental.
- Valoración de la Continencia
- Revisión de la Medicación.
- Valoración social.
- Detectar ancianos frágiles.
- Detectar la necesidad de ayu



Praxis de la Asistencia Geriátrica

- Interdisciplinariedad
- Sectorización
- Integración
- Coordinación entre servicios sanitarios y sociales
- Tipo y continuidad del cuidado.



Problemas que dificultan la atención del anciano

- Insuficiente formación en Geriatría
- Exige interdisciplinariedad
- Falta de especialistas en Geriatría que los asesoren
- Barreras para conseguir el acceso del paciente geriátrico a determinados servicios especializados.
- Comunicación pobre entre servicios sanitarios y sociales
- Coordinación pobre entre atención primaria y especializada



Complicaciones

- Deterioro funcional
- Malnutrición
- Infec. nosocomial relacionada con procedimientos
- Infec. nosocomial no relacionada con procedimientos
- Lesiones cutáneas
- Reacciones a fármacos
- Síndrome confusional
- Caídas
- Trombosis
- Rabdomiolisis



Días de estancia inadecuados



- Retraso en el desarrollo del estudio o tratamiento para el que el paciente está hospitalizado
- Responsabilidad del médico o del hospital
- Responsabilidad del médico o de la familia del paciente
- Responsabilidad del medio

¡Gracias!