



Alumno: Raul Gibran Gallegos Merlín

Grado: 6º

Grupo: A

Asignatura: Medicina Paliativa

Dr. Ricardo acuña Del Saz

La depresión en el enfermo terminal representa uno de los desafíos únicos, en una enfermedad terminal pueden dificultar la capacidad del médico para diferenciar el sufrimiento existencial de la depresión clínica. Las intervenciones psicológicas y farmacológicas son eficaces y deberían combinarse, la relación del paciente con el médico principal puede ser el instrumento más importante para muchos pacientes deprimidos. La tristeza y el duelo anticipatorio en un paciente con una enfermedad terminal pueden dificultar la capacidad del médico para diferenciar el sufrimiento existencial de la depresión clínica. Debido a que la depresión puede minar la calidad de vida y socavar la capacidad de sentir placer, de encontrar un significado y de relacionarse con el medio, los médicos deben tener habilidades en esta importante área.

La variabilidad ha sido atribuida a la heterogeneidad en las definiciones utilizadas y a las poblaciones estudiadas. Aunque los cuidados paliativos se han centrado históricamente en los pacientes con cáncer avanzado, existe un reconocimiento progresivo de la necesidad de los servicios de cuidados paliativos para los pacientes con enfermedades no neoplásicas, los que tienen mayor riesgo familiar son aquellos que presentan recurrencias y una edad temprana de inicio. Los estudios epidemiológicos sugieren que la respuesta a las agresiones ambientales como el estrés está moderada por la genética

La depresión puede estar causada por una alteración de la función en cualquier punto de este proceso químico, los hallazgos de la investigación sobre los transmisores monoaminérgicos en el tejido cerebral y los líquidos corporales post mortem, la reducción de la función de 5-HT y la depleción de monoaminas han sido inconstantes, lo cual sugiere que la fisiopatología no está ligada únicamente a los mecanismos monoaminérgicos. La hipótesis de las monoaminas postula que la depresión se produce debido a déficits funcionales de los transmisores monoaminérgicos cerebrales noradrenalina, dopamina, 5-hidroxitriptamina.

Las citocinas han sido implicadas en la depresión de los pacientes con cáncer. La investigación sugiere asociaciones entre las citocinas inflamatorias, la caquexia y los síntomas depresivos, aunque el mecanismo requiere explicaciones más

detalladas. La hipótesis de la neurogénesis postula un enlace entre las bajas frecuencias de regeneración neuronal en el hipocampo y la depresión. La neurogénesis del adulto fluctúa según factores ambientales, como el estrés crónico, que se correlaciona con una alteración de la morfología del hipocampo. Los antidepresivos aumentan la neurogénesis en el hipocampo, lo cual sugiere que actúan mediante la reversión o la prevención de la disminución de la neurogénesis.

En las manifestaciones clínicas, los factores de riesgo de la depresión son los antecedentes de depresión, la edad, el sexo femenino, la alteración del estado funcional general, la percepción de apoyo social inadecuado, el dolor no controlado y el estrés, en los instrumentos como la hospital anxiety and depression scale, autodeclarada para los trastornos del estado de ánimo, y el mini-mental state examination o el mental status Schedule para la afectación cognitiva ayudan a cribar la presencia de depresión.

Para el diagnóstico de la depresión mayor, la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, requiere cinco de nueve síntomas durante 2 semanas consecutivas que representen un cambio en el nivel de funcionamiento previo de la persona, Uno de los síntomas debe ser la pérdida de interés o de la experimentación de placer o el estado de ánimo deprimido. Los trastornos psiquiátricos, que el ejemplo sería duelo, trastornos adaptativos con estado de ánimo deprimido, trastornos bipolares, trastornos por ansiedad, trastornos de somatización, estrés postraumático.

Trastornos neurológicos como accidente cerebrovascular, enfermedad de parkinson, demencia precoz, apnea del sueño, síndrome poscontusional, en los trastornos endocrinos o metabólicos, como por ejemplo hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, síndrome de Cushing, insuficiencia suprarrenal y los trastornos nutricionales como déficit de ácido fólico, niacina, tiamina, vitaminas C y B12.

El tratamiento de los pacientes deprimidos con enfermedades avanzadas generalmente consiste en una combinación de antidepresivos y psicoterapia de apoyo. El tratamiento electroconvulsivo se utiliza con menor frecuencia. El

tratamiento farmacológico debería basarse en la investigación disponible sobre la eficacia, la tolerabilidad y el perfil de seguridad de los fármacos para minimizar los efectos secundarios y evitar las interacciones farmacológicas.

Debido a un mejor perfil de efectos secundarios, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina y los inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa A son probablemente los más adecuados para los pacientes deprimidos de cuidados paliativos. Los datos sobre eficacia del tratamiento deben extrapolarse de la investigación en aquellos con entidades menos graves y de la opinión de los expertos. La investigación del futuro debe centrarse en la evaluación de las intervenciones terapéuticas farmacológicas y psicoterapéuticas en la población de cuidados paliativos.

La mayoría no han sido evaluados con rigor en ensayos aleatorizados y controlados y su potencial de dañar o beneficiar no se entiende completamente. El tratamiento impecable de la depresión requiere que los médicos eviten errores frecuentes, las intervenciones psicoterapéuticas pretenden ayudar a los pacientes a entender y trabajar a través de sus sentimientos asociados a la enfermedad y ayudar a promover estrategias de afrontamiento activo para mantener el estado funcional. Estos objetivos deben ser realizados con tratamiento de apoyo grupal o mutuo y pueden aumentar con técnicas como la relajación o la visualización guiada.

Los ISRS parecen tener un perfil de efectos secundarios más tolerable que los tricíclicos, la larga vida media de la fluoxetina y las potenciales interacciones entre fármacos son problemáticas, en los inhibidores de la monoaminoxidasa en los efectos secundarios, como hipotensión ortostática e insomnio, en la combinación con opiáceos pueden inducir mioclonias y delirium, se necesita evitar alimentos que contiene tiramina. Moduladores de la noradrenalina y la dopamina Sequedad de boca, cefalea, molestias digestivas, agitación, insomnio, riesgo aumentado de convulsiones con dosis superiores a 300 mg.

Realizar y registrar una valoración regular y continua de las reacciones psicológicas y las entidades psiquiátricas. Siempre que sea posible, debería utilizarse un instrumento de valoración validado y específico para el contexto. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas legos supervisados.

Los tratamientos psicosociales también son eficaces en los casos de depresión leve. Los antidepresivos pueden ser eficaces en la depresión moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección en los casos leves, y no se deben utilizar para tratar la depresión en niños ni como tratamiento de primera línea en adolescentes, en los que hay que utilizarlos con cautela.

Bibliografía

Garcia, R. M. (2006). *Practica de la Geriatria*. Mexico: Mc Graw Hill.