



Mi Universidad

Apuntes

Nombre del Alumno: Yari Karina Hernández chacha

Nombre del tema: Apuntes

Parcial 3ro

Nombre de la Materia: medicina Paliativa

Nombre del profesor: Agenor Abarca Espinoza

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

6to Semestre Grupo C

Comitan De Domínguez 26 De mayo 2024

Depresión

3ra Unidad
7-mayo-24

Definición.

Examen 50
Plataforma 20
Asistencia 15
Notas 15

Se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, Sentimiento de culpa o falta de auto-estima, trastorno del sueño o del apetito. Sensación de cansancio y falta de concentración.

Se presenta en aproximadamente 87% de los pacientes de edad avanzada.

Es de suma importancia diagnosticarla, ya que se relaciona con la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

El diagnóstico debe basarse en todas los síntomas emocionales y cognitivos, más que en los síntomas que son recurrentes y propio de la enfermedad.

Causas

Antecedentes de depresión

Dolor

Factores existenciales

Factores socioculturales

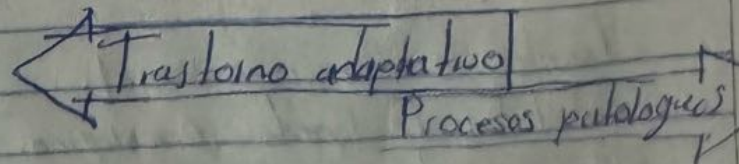
Complicaciones Metabólicas.

Tumores

Metástasis o SNC.

Evaluación

El reto está en identificar si se relaciona con un trastorno adaptativo por la enfermedad avanzada o se trata del desarrollo de un proceso patológico.



Historia Clínica

- o Enfermedad psiquiátrica previa
- o Antecedentes familiares
- o Pérdida de sueño
- o Insomnio o hipersomnia.

Depresión

3ra unidad

7-mayo-24

Definición.

Examen 50

Plataforma 20

Asistencia 15

Notas 15

Se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, Sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito. Sensación de cansancio y falta de concentración.

Se presenta en aproximadamente 87% de los pacientes de edad avanzada.

Es de suma importancia diagnosticarla, ya que se relaciona con la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

El diagnóstico debe basarse en todos los síntomas emocionales y cognitivos, más que en los somáticos que son recurrentes y propio de la enfermedad.

Causas

Antecedentes de depresión

Dolor

Factores existenciales

Factores psicosociales

Complicaciones Metabólicas.

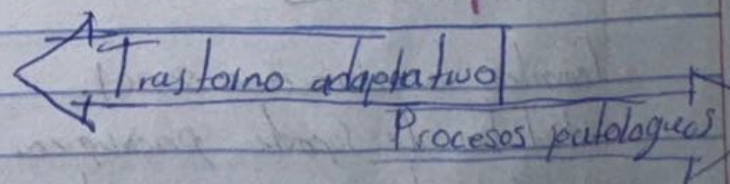
Tumores

Metástasis a SNC.

Evaluación

El reto está en identificar si

se relaciona con un trastorno adaptativo por la enfermedad avanzada o se trata del desarrollo de un proceso patológico.



Historia Clínica

- o Enfermedad psiquiátrica previa
- o Antecedentes familiares
- o Pérdida de sueño
- o Insomnio o hipersomnia.

Historia Clinica

- Retiro reciente de medicamentos
- Alteraciones en apetito.
- Pérdida de la habilidad para concentrarse
- Desesperanza.

- Retiro o agitación psicomotriz
- Fatiga
- ideas suicidas > depresión mayor
- ideas de culpa.

- Animo decaído
 - Disminución de la autoestima
 - Sentimiento de minusvalía.
 - Anhedonia - estado específico para decir que presenta depresión.
- fuerza de interés o placer en todos o en la mayoría de las actividades del día.

Tratamiento

Depresión

Medidas no farmacológicas

- Fomentar la interacción social.
- Medidas de soporte psicológico.
- Aptitud de apoyo y empatía.
- Brindar información y recursos de apoyo.
- Limitar la expectativa al tratamiento.
- Establecer las redes de apoyo.

medidas farmacológicas

¿causa tratable?

- Si
- tratamiento específico valorar
 - Efectos adversos (ajustar dosis o suspender).
 - Interacción con otros fármacos (ajustar dosis y/o suspender).

- NO
- Explotar - 3 meses
 - Primovertiente
 - me ti' dependiente
 - moderada
 - > 3 meses
 - Antidepresivos
 - ISRS (Citalopram)
 - sertralina

Astenia - Anorexia - Capexia.

Усталость

Enfermo que come no mere.

Complicación de las más frecuentes en enfermedades terminales.
Independientemente de su etiología.

La anorexia se define como la incapacidad del paciente para comer normalmente o la abolición o pérdida involuntaria del apetito.

Respuesta anoréxica.

Se relaciona con las alteraciones debidas a la presencia de compuestos de origen hormonal y los cambios en factores hormonales.

Alimentación

La comida es más que nutrir a un paciente y juega un papel fundamental en el mantenimiento de la esperanza.

Causas

- * Comida que no se sea del grado del enfermo rechazando comidas abundantes.
- * Olores penetrantes o desagradables (ejemplo) Comidas especiadas abscesos abiertos: parientes cercanos a cargo o boca en

Causas

disfagia orofaríngea

gastropatías (ejemplo: dispepsia)

saciedad temprana

estancamiento o constipación

dolor

lesiones en labios y cavidad oral

alteraciones bioquímicas (ejemplo: hipercalcemia, uremia, hiponatremia).

Se aconseja mantener una buena higiene de la boca antes y después de cada comida.

Cuida los labios y comísura de la boca mediante crema de cacao y
Brindar la posibilidad de elegir a diario la dieta individualizada.

Olvidando las calorías que tienen los alimentos, conseguir, lo dieta adaptada.

Líquida, picada y terrmix.

Financiar las tomas de comida entre 6-0:7. Ofrecer comidas el resto de la familia.

Aprovechar los momentos del día en los que el paciente más apetito. No deben existir horarios estrictos.

Ofrecer líquidos al enfermo, en su estado general lo permite.

Alimentación

Recomendaciones dietéticas por atención al contenido calórico-proteico.

Agregar 3-4 cucharadas de leche desnatada en polvo a la leche entera.

Quitar queso sobre verduras, sopas, pasta guisos.

Aportar proteínas, calcio y vitaminas sin general saciedad. El alcohol aumenta el apetito, se le ofrece estricto antes de las comidas una copa de vino.

Utilizar manteguitas, cremas de cacao en tostadas de yogur.

Frutos secos son ricos en grasas buenas, vitaminas E, fibra y antioxidantes.

Licor de frutas es ideal para aportar vitaminas minerales y calorías. Se puede agregar en las bebidas de pan, pastales, yogur.

Licor de frutas es ideal para aportar vitaminas minerales y calorías. Se puede agregar a la leche, yogur, crema.

Freer frutas hechas con leches enteras. Tratamiento farmacológico.

Valgrar el descenso en dosis a la retirada de cualquier medicación que se piense puede desarrollar esta sintomatología como efecto secundario.

Medidas farmacológicas

Procinéticos

Asisten a mejorar el funcionamiento gastrointestinal enlentecido. Metoprolamida: cada 6 horas. Domperidona: cada 8 horas. Metoclopramida: cada 8 horas.

Se eleccion si pronostico subit > semanas. Comenzando con 320 mg al día. Incrementado a 320 mg al día el día Semana.

FIN.

Nausea y vomito

La nausea es una sensación desagradable en la parte gastrointestinal, que puede o no estar acompañada de vomito.

Vomito es la expulsión súbita del contenido gastrointestinal a través de la boca.

40% nauseas

vomitos 30% pacientes con cancer

Zona gallito

Localizada en el area

postrema del suelo del cuarto ventriculo.

Recibe los estímulos eméticos a

traves de la sangre y del liquido cefalorraquídeo.

Centro del vomito

Recibe fibras aferentes de la zona gallito quimiorreceptoro a través del nervio vago y los nervios espinales.

Una vez activada la zona gallito, se liberan neurotransmisores que estimulan el centro del vomito.

Otras vías

activación de los quimiorreceptores periféricos. Transmite estímulos activadores al centro, a través de

1
Aparato digestivo

Faringe

Vías urinarias

oído interno

corazón

Vías respiratorias

Ojos

emoción

Ansiedad

golpes

náuseas y vómito

Pueden ser debidas a
varias causas

→ siendo esencial el
análisis de las mismas para una
correcta selección de los anti-
eméticos.

o Es habitual que no se discriminen en este sentido, prescribiendo
rutinariamente siempre el mismo fármaco.

Etiología

Las náuseas y vómito pueden tener su origen en
diversos factores que además pueden asociarse:

Una correcta valoración del paciente nos conducirá a
identificar la causa principal.

causas habituales

uso de opiáceos.

obstrucción intestinal parcial.

constipación

Hipercalemia

metástasis óseas.

Hipertensión intracraneal.

metástasis cerebrales

crisis de la triptina.

Vómitos voluminosos

Sugieren estasis gástrica.

Reducción de la motilidad gástrica por fármaco.

obstrucción parcial.

- o Tomar gastrico
- o Hepatomegalia
- o Acitú

En aquellos casos de sospecha o en los que no sean explicables clínicamente, pueden estar indicados los análisis de laboratorio.

Orea Electrolitos.

Estrategias terapéuticas.

Adecuación de la dieta

Corrección de causas reversibles

- o Blanda
- o Fraccionada
- o Predominio de lq.
- o Intenciones
- o H. Pylori
- o Gastritis
- o Fármacos irritantes de lq
- o Intoxicación gástrica

Tratamiento farmacológico.

Dimenhidrato: oral, rectal (50mg po q 4-6 h.)

Halopendol: oral, subcutánea (1.5-3 mg po noche, hasta 15 mg/día)

metoclopramida: oral, subcutánea (10-20mg po (6-8 h.)

Dompemidona: oral, rectal (10-20mg po (6-8 h.) (300mg pr-(8h)

Egoprolamina: subcutánea - sublingual (0.30-1.2mg/día intencion 500/8h repartido.

Tratamiento farmacológico

En algunos pacientes será necesario administrar dos antieméticos si coexiste varios casos de vómitos.

5-30-1.

Vómitos inducidos por opioides:

- Halopendol: 1.5-10mg / 12-24 h. v.o, v.s, i.v.

- Metoclopramida: 5-10mg / 6-8 horas v.o, v.s, i.v.

Fenotiacinas a dosis bajas: Leomepromazinas: 6:25 mg / una o dos veces al día o clorpromazina, v.o, i.v.

Vómitos inducidos por quimioterapia.

Ondansetron: 5-16 mg / 24 h v.o, v.s, i.v.

Dexametasona: 4-20 mg / 24 h v.o, sc, i.v.

Lorazepam: en vómitos anticipatorios a la quimioterapia. v.o, v.s

Halopendol: dosis anteriores.

Metoclopramida: dosis previas.

En ocasiones, combinar los tres primeros fármacos.

Estasis gástricas.

Metoclopramida / prokinéticos. sc, i.v.

Antispiroticos y/o hioscina si persisten. i.v.

Vómitos por hipertensión intracraneal.

Dexametasona: 4-20 mg / 24 hs v.o, sc, i.v. o radioterapia paliativa.

Tratamiento no farmacológico.

Tratar si es posible, la causa subyacente.

Recomendar tener al paciente en un ambiente tranquilo alejado de la visión y del olor de la momia.

Fracione su alimento en pequeñas tomas a lo largo del día (de 6-10 tomas). Evitar alimentos muy grasos y condimentados, es decir dar comidas ligeras fáciles de digerirse y elegidas por el paciente.

Colocar al paciente sentado o semisentado. Si el paciente está en cama, incorporarlo durante la ingesta, hasta una hora después y así evitar complicaciones ante un posible vomito.

Dar preferentemente líquidos y alimentos fríos.

Aconsejar que una vez que haya vomitado este 1 hora sin ingerir nada y comenzar con pequeñas sorbos de agua.

Observar si hubiera distensión abdominal y dolor así como indagar si tuviera estreñimiento importante.

Fin.