

Depresión

Se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño y apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Se presenta aproximadamente 37% de los pacientes con la edad de vida y adherencia.

Es de suma importancia que nos fijemos y se relaciona con la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

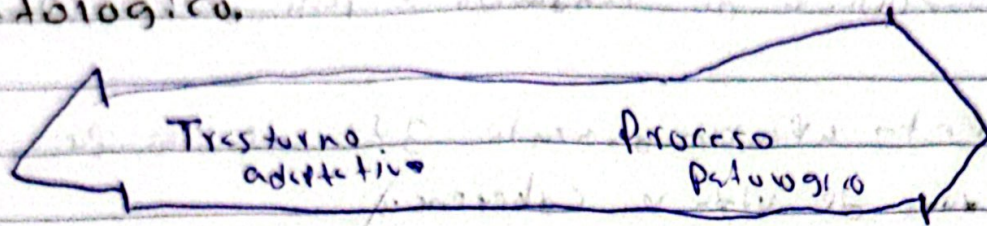
El diagnóstico debe buscarse sobre todo en los síntomas emocionales y cognitivos, más que en los somáticos, que son frecuentes y propios de la enfermedad.

Causas

- Factores existenciales
- Antecedentes de depresión
- Factores psicosociales.
- Complicaciones metabólicas
- Dolor
- Tumores.
- Metástasis en el SNC.

□ Evaluación

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



□ Historia clínica

- Enfermedad psiquiátrica previa
- Antecedentes familiares
- Pérdida de peso.
- Insomnio o hipersomnio.
- Retiro de medicamentos.
- Alteraciones del apetito.
- Pérdida de la habilidad para concentrarse.
- Desesperanza.

• Retardo o agitación automatizada;

• Fatiga

• Ideas suicidas,

• Ideas de culpa.

• Ánimo disfórico

• Disminución de la autoestima

• Sentimientos de minusvalía

• Anhedonia

- Anhedonia: Pérdida de interés o placer en todas o en la mayoría de las actividades.

□ Tratamiento

Depresión

Medidas farmacológicas

Medidas farmacológicas

Fomentar la interacción social.

• Brindar la información y recibir de

Medidas de soporte psicológico.

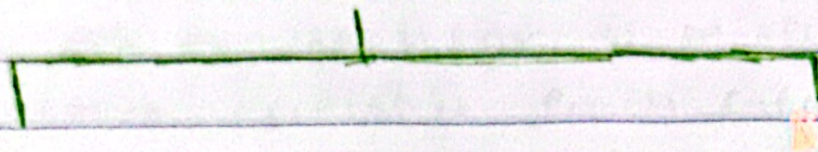
• Limitar la expectativa de logros.

Actitudes de apoyo y empáticas.

• Fortalecer redes de apoyo.

Farmacología

Tratamiento de la depresión



Tratamiento específico
valorar:

Expectativa de vida menor
- 3 meses

Expectativa vida
+ 3 meses

Efectos adversos (ajustar
dosis y/o suspender
Interacción con otras
farmacias (ajustar dosis y/o
retrasar)

psicoestimulantes
• metilfenidato.
• moda finita.

Antidepresivos
• ISRS
• Citobram
• Sertralina
• Paroxetina
• Amitriptilina
• Nortriptilina

Antipsicóticos II

Antipsicóticos I

Anorexia y Caelexia

CAQAOXIA

Es un trastorno psicológico de las motricidades esofágicas, caracterizado por una deficiente relajación del esfínter esofágico inferior y pérdida de la peristalsis esofágica.

Incidence segunda causa de disminución de peso de causa orgánica
1.100.000

CC

Disfagia a sólidos y líquidos
Regurgitación
Pérdida de peso
Egagrinos

Complicaciones
Esofagitis
Aspiración
Dyspareunia
Egagrinos de esofago en el 2-7%

Dx

1. Esófagoscopia
2. Endoscopia
3. Contraste dx con manometría

Dilatación del esfago bajo esofageografía
ortográfica, mayor en caso de raras. Aparentes
vinculados esofago detenido

De Scurty casos recurrentes

Aperistalsis y relajación incompleta de EEI

• Relajación incompleta tras deglución

• Ondas de baja amplitud

~~7x~~

• Miotomía laparoscópica (de Heller)

• Dilatación mecánica gradual

• Toxina botulínica

Miomiomíotomía laparoscópica

Distúrbios de las fibras musculares

Corte de bazo de esofago y 2 cm N10,
Esofago.

Se recurren funcionalmente por...

Indicaciones

* Se recomienda como 1ª línea.

* Jovenes.

* Elección por el paciente.

Dilatación neuromuscular.

* Bataón de polietileno por romper fibras del BEI

* 93% de efectividad 1/3 recidiva los 9-6 años
complicaciones: ERGE, perforación

* De elección RX QX Alto, fided. evn. 2.ª. RX
no acepta motoriz

* Presión de 8-15 mmHg sostenida por 15.00
segundos con posterior control radiológico o
endoscópico.

Toxina Botulínica.

* 85% de efectividad

* 50% a 3 meses

Nauseas y vomito.

- La nausea es una sensacion desagradable en la parte gastrointestinal, que puede no estar asociada con el vomito.
- Vomito es la eliminacion abrupta del contenido gastrointestinal a traves de la boca.
- Estos sintomas se presentan en alrededor del 40% de los pacientes en suero.

Nauseas 40%.

Vomito 30%.

FISIOPATOLOGIA.

Zona de gacilla

- Localizada en el area posterior del suelo del cuarto ventriculo.
- Recibe estimulos onéticos a traves de la sangre y del LCR.

Centro del vomito

- Recibe fibras aferentes de la zona gacilla quimicos receptores del nervio glosos y los nervios espinales.

Una vez activada la zona se activan se interconectan las vías de transmisión que conducen al centro del vómito.

Otras vías.

Activación de quimiorreceptores periféricos.

- Aparato digestivo.

- Faringe.

- Vías urinarias.

- Páncreas.

- Corazón.

Transmite estímulos retrogrados por neuronas del vómito. A través de:

-

-

-

-

-

-

Nauseas y vómitos

Pueden ser debidos a varias causas:

- Siendo esencial el análisis de los mismos para una correcta selección de los antiheméticos.
- Es habitual que no se discrimine en este sentido, prescribiendo rutinariamente.

Etiología

- Las náuseas y vómitos pueden tener su origen en diversos factores que además pueden convivir.
- Una correcta valoración del paciente nos ayuda a determinar la causa principal.

Estrategias terapéuticas

Adecuación de la dieta

- Blandos
- Frecionados
- Predominio de líquidos
- Infusiones

Corrección de causas reversibles

- Hipertensión
- Restricciones

- Farmacos irritantes de la mucosa gástrica.

Tx farmacológico

Dimenhidrinato: Oculi recta 50 mg Po q/4h 1+

Haloperidol: Oculi, subcutáneo 1.5-3 mg Po noche/hack 15 mg

Metoclopramide: Oculi, subcutáneo 10-20 mg Po q/6h 1rs.

Dopaminona: Oculi recta 10-20 mg Po q/6-8 h; 30-60 mg/8 hr ^{PR}

Escopolamina: Subcutáneo, sublingual 0.30-1.2 mg/la infusión SC/q/8h.

En algunos pacientes se requiere administrar dos antieméticos si coexisten varios causas de náusea.

S = 30%.

Estasis gástrica

• Metoclopramide y/o procleritas, SC, IV.

• Antispasmodicos y/o Hioscino si persisten, IV

• Vómitos por hipotensión intravenosa.

• Dexmetasona: 4-20 mg/24 horas, VO, IV y/o

Racloprideis palietivo.

TX no farmacológico

- 1) Tratar si es posible, la causa subyacente.
- 2) Recomendar tener al paciente en un ambiente tranquilo alejado del ruido y el olor de la comida.
- 3) Fracciones de alimentación en pequeñas porciones a lo largo del día (de 6-10 tomas). Evitar alimentos muy grasos y condimentados, es decir, dar comidas ligeras / fácilmente digeribles y elegidas por el paciente.
- 4) Colocar al enfermo sentado o semisentado si el paciente está paralizado, incorporar la jeringa la ingesta / hasta una hora después y así evita complicaciones de un posible vómito (aspiración).
- 5) Dar referencias y preferencias líquidos y alimentos fríos.
- 6) Dar preferentemente líquidos fríos de la boca, cepillando bien la lengua para mantener limpia.
- 7) aconsejar que una vez que haya vomitado este 1 hora sin ingerir más y comenzar con pequeñas salsas de agua.