



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo



SÍNTOMAS NEUROPSICOLÓGICOS





Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo



I
N
S
O
M
N
I
O



INSOMNIO

- Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- **CLASIFICACIÓN:**
 - Tiempo de evolución
 - Transitorio (< 1 semana)
 - Corta duración
 - Crónico (> 3 semanas)
 - Momento aparición
 - Conciliación
 - Mantenimiento
 - Despertar precoz (anciano , t. afectivos)



CAUSAS:

- Trastornos psiquiátricos.
- Mal control asintomático.
- Malas condiciones ambientales, higiene del sueño ,fármacos..

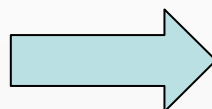


Insomnio

Tiene consecuencias muy negativas sobre la actividad cotidiana y la calidad de vida, por lo que una valoración y un tratamiento temprano es prioritario.



Insomnio



Somnolencia diurna

Disminución concentración.

Irritabilidad.

Trastornos estado ánimo.

Alteraciones sistema inmune.



Insomnio

Siempre que sea posible se debe intentar corregir los factores que predisponen al insomnio o lo desencadenan.

El tratamiento farmacológico debe individualizarse en función del paciente (pronóstico de vida, riesgo de acumulación o interacción farmacológica).



Insomnio. Cuidados.

- Postura cómoda.
- No interrumpir el sueño.
- Masajes, relajación, luces suaves.
- Ingesta de bebidas calientes, nunca estimulantes.
- Evitar siestas, ruidos, temperaturas extremas.



Insomnio. Cuidados.

- Hábitos conciliar el sueño.ç
- Adm. tto médico.
- Apoyo psicoterapeutico-
- Facilitar la presencia de un familiar.



TRATAMIENTO

- BENZODIACEPINAS:
 - Reducen la ansiedad
 - Favorecen sueño
 - Disminuyen tensión muscular.

ACCIÓN

- CORTA: Midazolam, zolpidem
- INTERMEDIA: Alprazolam, lorazepam
- PROLONGADA: Tranxilium, diazepam



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo



Ansiedad





Ansiedad

Estado emocional en el que el individuo se siente tenso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física.



Causas de la ansiedad:

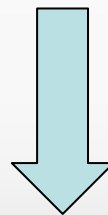
- Percepción de cercanía de la muerte.
- Efectos del tratamiento o de la enfermedad
- Problemas emocionales
- Problemas sociales
- Problemas espirituales



Dimensiones de la ansiedad:

1. Dimensión fisiológica:

Componente biológico de la ansiedad



Aumenta actividad SNA



2.- Dimensión cognitiva de la ansiedad:

- * Pensamientos negativos, distorsionados, recurrentes a cerca de la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento.
- * Miedos a cerca de la muerte y la dependencia de los demás.
- * Sobregeneralización. Catastrofismo.
- * Magnificación de los aspectos negativos y minimización de los positivos. Indefensión. Pensamientos de culpa. Miedo a perder el control.....



3.-Dimensión conductual de la ansiedad :

- * aislamiento social,
- * irritabilidad,
- * mutismo,
- * verborrea,
- * agitación psicomotriz,
- * abandono o poca adherencia al tratamiento...



Ansiedad

Tratamiento médico:

BZD :

- acción corta (Alprazolam y midazolam)
- intermedia (lorazepam o lormetazepam)
** menor riesgo de acumulación**

Neurolépticos:

haloperidol o clorpromacina,
atípicos (Olanzapina, risperidona o quetiapina)

Antidepresivos: + depresión / trastorno de pánico.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo



Depresión.



DEPRESIÓN

- Trastorno del estado de ánimo caracterizado por un período al menos de 3 semanas durante el cual hay un estado deprimido o una pérdida de interés por casi todas las actividades.
- Prevalencia 10-25%
- Infratratada e infradiagnosticada.



DEPRESIÓN

- La tristeza y el ánimo deprimido son respuestas habituales en pacientes que se enfrentan a la muerte. Estas emociones pueden ser un duelo anticipatorio debido a la pérdida de la propia vida, su salud, los seres queridos y la autonomía.
- Aún así, no se debe considerar la depresión como un estado normal en la fase final de la vida.



FACTORES DE RIESGO

- DOLOR.
- DISMINUCIÓN CAPACIDAD FUNCIONAL.
- ALCOHOLISMO.
- AISLAMIENTO SOCIAL.
- INGRESOS HOSPITALARIOS.
- RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA..



CRITERIOS CLINICOS

- DSM IV

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
- Anhedonia.
- Alteraciones apetito.
- Insomnio o hipersomnias.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos inutilidad o culpabilidad.
- Disminución capacidad para concentrarse.
- Pensamiento de muerte o ideación suicidas.

- ENDICOTT

- Apariencia depresiva.
- Aislamiento social o reducción expresión verbal.
- Melancólico, pesimismo o autocompasión.
- Baja reactividad; incapacidad de levantar el ánimo.



TRATAMIENTO

- MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS:
 - * Psicoterapia individual
 - * Psicoterapia de grupo
 - * Técnicas de relajación
 - * Grupos de autoayuda



MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

ANTIDEPRESIVOS IRSS

- *Evitar efectos secundarios.
- * IRSS -- Sertralina.
 - Venlafaxina.
 - Mirtazapina.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo





DELIRIUM

- Es un estado confusional agudo como resultado de una disfunción orgánica.
- = SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO
- Es el cuadro psiquiátrico más frecuente en pacientes oncológicos.



CAUSAS

- MULTIFACTORIALES:
 - Debidas al cáncer(degeneración cerebral, efecto sistémico del tumor, infección)
 - Fármacos: digoxina, AINES; corticoides..
 - Déficit vitamínico
 - Alteraciones bioquímica.
 - Fracaso orgánico: renal o hepático.
 - Anoxia cerebral(anemia, insuficiencia cardiaca)



FORMA

- *Hiperactivo: Agitación psicomotriz + alucinaciones + desorientación
- *Hipoactivo: sedación + confusión
- *Mixto: fluctuante.



CRITERIOS CLÍNICOS

- Alteración del nivel de conciencia con reducción atención.
- Cambio en la cognición.
- Instauración periodo corto y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- Evidencia que la alteración es debida a consecuencias fisiológicas de la situación médica general.



Diagnóstico:

Existen de instrumentos para ayudar a su diagnóstico. El Confusión Assessment Method (CAM), especialmente en su forma reducida de 4 ítems.

- Punto 1. **Inicio agudo y curso fluctuante:**(familiar o personal enfermería) ¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental previo del paciente? ¿La conducta anormal oscila durante el día, es decir, va y viene? ¿Empeora y mejora?
- Punto 2. **Falta de atención:** ¿Ha tenido el paciente dificultad para mantener la atención; por ejemplo, se distrae fácilmente o tiene dificultad para seguir la conversación?
- Punto 3. **Pensamiento desorganizado:** ¿El pensamiento del paciente ha sido desorganizado, incoherente, como una conversación irrelevante, confusa o con un flujo ilógico de ideas, o con cambios impredecibles de un tema a otro?
- Punto 4. **Nivel de conciencia alterado:** En conjunto, ¿Cómo puntuarías el nivel de conciencia de este paciente: alerta (normal), vigilante (hiperalerta), letárgico (medio dormido, despierta fácilmente), estupor (difícil de despertar) o coma (incapaz de despertar)



Sínd. Confusional. Cuidados.

- SIEMPRE COMPLEMENTARIOS AL TTO FARMACOLÓGICO.

- Adm. tto médico.
- Evitar autolesiones o lesiones a otras personas.
- No contención.
- Retirar objetos peligrosos, colocar barandillas.
- Iluminación tenue durante la noche.



Sínd. Confusional. Cuidados.

- Evitar excesiva estimulación sensorial.
- Presencia familiar.
- Descartar retención urinaria o impactación fecal.
- Prestar atención a los signos no verbales de dolor.
- No despertar al paciente.
- Evitar excesivas visitas.



Tratamiento Farmacológico

1. Comenzar con el fármaco más idóneo y eficaz:
HALOPERIDOL Se pueden administrar 20 mg. repartidos en 24 horas.
Dosis inicio: 1,5 a 2,5 mg sc/ 8 horas
Dosis de rescate: 1,5 a 2,5 mg cada 20-30 minutos.
2. En delirium intenso, muy agitado, utilizar NL más sedantes:
CLORPROMAZINA (Largactil): 12,5 a 25 mg cada 15-20 minutos hasta 3 veces
LEVOMEPRIMAZINA (Sinogan) Es más sedante que clorpormazina
Dosis de inicio: 12.5 mg/ 4-12 h. Rescate: 25 mg cada 15-20 minutos hasta 3 veces
RISPERIDONA (Risperdal) 1,5 a 2,5 mg./12h
3. Si el delirium no revierte, añadir benzodiazepinas **LORAZEPAN** (Orfidal)
4. Si con estas medidas no hemos controlado la agitación, está indicada una sedación más profunda, temporal o definitiva según EG del paciente y respuesta al tratamiento.
MIDAZOLAM (Dormicum) 5 mg./6h vía s.c.



- Tratamiento** : Valorar si la causa es o no tratable. Si lo es, aplicar tratamiento específico, si no, sintomático.
- El **haloperidol** es el fármaco de elección.
 - Se puede añadir lorazepam en caso de delirium con ansiedad o agitación.
 - Si la agitación es intensa, no controlada se puede utilizar levopromacina o, alternativamente midazolam.
 - La hipodermocclisis puede utilizarse en caso de sospecha del delirium producido por opioides en pacientes deshidratados.
 - En enfermos con demencias con cuerpos de Lewy, parkinsonismos o si el haloperidol no se tolera, recurrir a los antipsicóticos atípicos (olanzapina, clozapina o quetiapina)

“El cuerpo, mi prisión, resulta menos opresivo cuando mi mente empieza a volar como una mariposa”

Bauby



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo

