

DIFERENCIAS EN LA CLÍNICA ANSIOSO-DEPRESIVA Y DELIRIUM ENTRE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y GERIÁTRICOS EN ENFERMEDAD TERMINAL

Alfredo Zamora-Mur^{1*}, Aranzazu Zamora-Catevilla* y Rafael García-Foncillas**

**Hospital de Barbastro, Huesca*

***Universidad de Zaragoza*

RESUMEN. Antecedentes: síntomas psicológicos como ansiedad, depresión y delirium, son frecuentes en fases finales de la vida, muchas veces diagnosticados y tratados en menor medida que síntomas físicos. Hay gran disparidad de sintomatología entre pacientes oncológicos y geriátricos. **Método:** estudio prospectivo analítico, descriptivo e intervencional, con muestra de 638 pacientes derivados a un Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria (ESAD), siendo divididos en oncológicos y geriátricos, recogiendo variables: edad, sexo, cuidador principal, dolor, disnea, ansiedad (Hamilton), depresión (Yesavage), insomnio, delirium (CAM-Pfeiffer), náuseas y anorexia, tratamientos previos y posteriores a actuación del ESAD. **Resultados:** edad media oncológicos 76,8 +/-11,1 años, 83,27 +/-9,2 años en geriátricos, 38,1% mujeres oncológicas y 56,2% geriátricas. Cuidador principal: oncológicos cónyuge 36,4%, hijos 36,7%, institucionalizados 7,8%, no cuidador 4,8%, cuidador contratado 3,9%; geriátricos cónyuge 18,3%, hijos 33%, institucionalizados 35,5%, no cuidador 0,4 %, cuidador contratado 7,9 %. Síntomas: oncológicos anorexia 58,8%, dolor 56,6%, ansiedad 31,9%, disnea 31,1%, depresión 29,1%, insomnio 27,5%, náuseas 19,3% y delirium 9,5%; geriátricos anorexia 31%, delirium 30,2%, dolor 26,3%, insomnio 16,4%, ansiedad 12,1%, depresión 11%, disnea 10% y náuseas 3,2%. Tratamientos previos: oncológicos benzodiazepinas 33,9%, antidepresivos 23%, neurolépticos típicos 9,8%, atípicos 4,5%, valproico 2%, memantina 1,1% e inhibidores acetilcolinesterasa 0,8%; geriátricos antidepresivos 42,7%, benzodiazepinas 28,7%, neurolépticos atípicos 28%, típicos 19%, inhibidores acetilcolinesterasa 14,3%, memantina 6,8% y valproico 2,2%. Tratamientos posteriores: oncológicos benzodiazepinas 41,2%, antidepresivos 20,7%, hipnóticos no benzodiazepínicos 8,7%, neurolépticos típicos 34,2%, atípicos 3,7%, IACEs 0,3%; geriátricos benzodiazepinas 18,1%, antidepresivos 15,7%, hipnóticos no benzodiazepínicos 2,1%, neurolépticos típicos 21,4%, atípicos 16,4%, IACEs 6,5%. **Conclusiones:** grandes diferencias entre oncológicos y geriátricos en edad, sexo y cuidador principal, siendo más frecuente la institucionalización en geriátricos. La clínica presentada es muy diferente, con predominio en oncológicos de ansiedad, depresión e insomnio, frente al delirium en geriátricos. Estas diferencias conllevan diferente actuación previa y posterior a la intervención del ESAD.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, delirium, oncológico, geriátrico.

¹Correspondencia: Alfredo Zamora-Mur. Hospital de Barbastro, Carretera Nacional 240, s/n, Barbastro, Huesca. E-mail: azamoram@salud.aragon.es

ABSTRACT. Background: psychological symptoms such as anxiety, depression, and delirium are common in late life stages, often diagnosed and treated by less than physical symptoms. There is great disparity symptoms between cancer and geriatric patients. **Method:** analytical, descriptive prospective and interventional study, with sample of 638 patients referred to a Home Care Support Team (HCST), being divided into oncology and geriatric, collecting variables: age, gender, primary caregiver, pain, dyspnea, anxiety (Hamilton), depression (Yesavage), insomnia, delirium (CAM-Pfeiffer), nausea and anorexia, before and after treatments HCST performance. **Results:** mean age oncology 76,8 +/-11,1 years, geriatric 83,27+/-9,2 years, 38,1% oncology women and 56.2% geriatric women. Primary Caregiver: oncology spouse 36,4%, son 36,7%, institutionalized 7,8%, not caregiver 4,8%, caregiver contracted 3,9%; geriatric 18,3% spouse, son 33%, institutionalized 35,5%, not caregiver 0,4%, caregiver contracted 7,9%. Symptoms: cancer anorexia 58,8%, pain 56,6%, anxiety 31,9%, dyspnea 31,1%, depression 29,1%, 27,5% insomnia, nausea 19,3% and delirium 9.5%; geriatric anorexia 31%, delirium 30,2%, pain 26,3%, insomnia 16,4%, anxiety 12,1%, depression 11%, dyspnea 10%, and nausea 3,2%. Previous treatments: cancer benzodiazepines 33,9%, antidepressants 23%, typical neuroleptics 9,8%, atypical 4,5%, valproic 2%, memantine 1,1% and acetylcholinesterase inhibitors 0,8%; geriatric antidepressants 42,7%, benzodiazepines 28,7%, atypical neuroleptics 28%, typical 19%, acetylcholinesterase inhibitors 14,3%, memantine 6,8% and valproic 2,2%. After-treatment: oncology benzodiazepines 41,2%, antidepressants 20,7%, non-benzodiazepine hypnotics 8,7%, typical neuroleptics 34,2%, atypical 3,7%, acetylcholinesterase inhibitors 0,3%; geriatric benzodiazepines 18,1%, antidepressants 15,7%, non-benzodiazepine hypnotics 2,1%, typical neuroleptics 21,4%, atypical 16,4% and acetylcholinesterase inhibitors 6.5%. **Conclusions:** differences between oncology and geriatric in age, sex and primary caregiver, being more frequent institutionalization in geriatrics. The clinic presented is very different, predominantly in cancer anxiety, depression and insomnia, compared with delirium in geriatrics. These differences lead to different pre-and post intervention HCST performance.

Keywords: Anxiety, depression, delirium, oncology, geriatric.

Introducción

Diversos estudios realizados en nuestro país han mostrado la presencia de síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes durante la fase avanzada y terminal (Barreto et al., 1996) y en ocasiones con una valoración y control deficiente (Pascual y Pascual, 1999). En un estudio reciente se encontró que los dos motivos más frecuentes de derivación de pacientes eran la sintomatología depresiva (21,6%) y la ansiosa (14,9%), y el motivo de derivación más frecuente de familiares era el problema de comunicación o conspiración del silencio, presente en un 19,77% (Lacasta, 2005). Estudios pioneros concluían en 1980 que los programas de acompañamiento al duelo eran capaces de reducir el riesgo de trastornos psiquiátricos y psicósomáticos (Parkes, 1980). Con nuestro trabajo pretendemos observar las diferentes manifestaciones clínicas a nivel psíquico de los pacientes en fase terminal de la enfermedad, y las diferencias

objetivadas entre pacientes oncológicos y no oncológicos, clasificados como geriátricos, así como las actuaciones llevadas a cabo frente a dicha sintomatología.

Método

Participantes

Han sido incluidos en el estudio todos los pacientes derivados al Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria (ESAD) del sector sanitario de Barbastro con criterios de paciente terminal entre los años 2007 y 2011.

Materiales/Instrumentos utilizados

Escala de depresión de Yesavage (sensibilidad 92%, especificidad 89%, consistencia interna 0,80), escala de ansiedad de Hamilton (sensibilidad 78,1%, especificidad 74,6% consistencia interna 0,89), criterios de la CAM (Confusion Assessment method) para síndrome confusional agudo, test de Pfeiffer-SMPMSQ (especificidad 92%, sensibilidad 82%).

Procedimiento

Los pacientes son clasificados en oncológicos y en geriátricos. Se recogen las variables edad, sexo, motivo de derivación (oncológico y no oncológico o geriátrico), cuidador principal, clínica (dolor, disnea, anorexia, ansiedad, insomnio, depresión, delirium y/o náuseas) y tratamientos farmacológicos previos y posteriores a la intervención.

Diseño

Estudio prospectivo analítico descriptivo e intervencional.

Resultados

Se obtienen 357 pacientes oncológicos y 281 geriátricos. Existe una notable diferencia de edad entre ellos, con una edad media en los pacientes oncológicos de 76,8 +/-11,1 años, frente a 83,27 +/-9,2 años en el resto ($p<0,001$). En los oncológicos, un 38,1% son mujeres (N=136) y un 61,9% hombres (N=221). En los geriátricos, un 56,2% son mujeres (N=158) y un 43,8% hombres (N=123) ($p<0,001$).

Respecto al cuidador principal, en los oncológicos, la función recae de manera muy similar en cónyuge e hijos (respectivamente 36,4% y 36,7%), encontrándose institucionalizados un 7,8%. Sólo un 4,8% no disponen de cuidador principal y un 3,9% cuentan con cuidador contratado. En los geriátricos, la función de cuidador principal recae en cónyuge e hijos (18,3% y 33%), encontrándose institucionalizados un alto porcentaje de los mismos (35,5%). Las diferencias observadas entre los grupos respecto al cuidador principal son significativas ($p<0,05$). En la Tabla 1 se puede apreciar la distribución de los cuidadores principales.

Respecto a la clínica los oncológicos presentan, anorexia (N=210, 58,8%), dolor (N=202, 56,6%), ansiedad (N=114, 31,9%), disnea (N=111, 31,1%), depresión (N=104, 29,1%), insomnio (N=98, 27,5%), náuseas (N=69, 19,3%) y agitación psicomotriz (N=34, 9,5%).

En los geriátricos, la distribución es diferente: anorexia (N=87, 31%), agitación psicomotriz (N=85, 30,2%), dolor (N=74, 26,3%), insomnio (N=46, 16,4%), ansiedad (N=34, 12,1%), depresión (N=31, 11%), disnea (N=28, 10%) y náuseas (N=9, 3,2%). En este grupo presentan antecedente de demencia 168 casos, lo que supone un 60% de

los mismos, en comparación con un 7,6% en pacientes oncológicos (N=27). La presencia de síntomas se puede apreciar en la Tabla 2.

Se encuentran diferencias significativas ($p < 0,001$) en todos los síntomas.

Respecto a las escalas utilizadas, se obtiene un Yesavage medio en oncológicos de 7,3, en geriátricos de 5,2, un Hamilton medio de 27,2 en oncológicos y de 20,3 en geriátricos, y un Pfeiffer medio en oncológicos de 1,33, y de 7,06 en geriátricos.

Los tratamientos previos a la intervención del ESAD en oncológicos fueron: benzodiacepinas 33,9% (N=121), antidepresivos 23% (N=82), neurolépticos típicos 9,8% (N=35), atípicos 4,5% (N=16), valproico 2% (N=7), memantina 1,1% (N=4) e inhibidores de la acetilcolinesterasa 0,8% (N=3). Y en geriátricos: antidepresivos 42,7% (N=119), benzodiacepinas 28,7% (N=80), neurolépticos atípicos 28% (N=78), típicos 19% (N=53), inhibidores de la acetilcolinesterasa 14,3% (N=40), memantina 6,8% (N=19) y valproico 2,2% (N=6). Se encuentran diferencias significativas ($p < 0,001$) en el uso previo de antidepresivos, neurolépticos atípicos, inhibidores de la acetilcolinesterasa y memantina, y diferencias significativas ($p < 0,05$) en neurolépticos típicos, detalladas en la Tabla 3.

Tabla 1. Cuidador principal del paciente.

Cuidador	Oncológicos	Geriátrico
Ninguno	4,8 % (N=17)	0,4 % (N=1)
Cónyuge	36,4 % (N=130)	18,3 % (N=51)
Hijos	36,7 % (N=131)	33 % (N=92)
Residencia	7,8 % (N=28)	35,5 % (N=99)
Contratado	3,9% (N=14)	7,9 % (N=22)
Otros	10,4 % (N=37)	5 % (N=14)

Tabla 2. Sintomatología de los pacientes.

Clínica	Oncológicos	Geriátricos
Anorexia	58,8 % (N=210)	31 % (N=87)
Dolor	56,6 % (N=202)	26,3 % (N=74)
Ansiedad	31,9 % (N=114)	12,1 % (N=34)
Disnea	31,1 % (N=111)	10 % (N=28)
Depresión	29,1 % (N=104)	11 % (N=31)
Insomnio	27,5 % (N=98)	16,4 % (N=46)
Náuseas	19,3 % (N=69)	3,2 % (N=9)
Delirium	9,5 % (N=34)	30,2 % (N=85)

Tabla 3. Tratamientos previos a la intervención del ESAD.

Fármacos	Oncológicos	Geriátricos
Benzodiacepinas	33,9 % (N=121)	28,7 % (N=80)
Antidepresivos	23 % (N=82)	42,7 % (N=119)
Neurolépticos típicos	9,8 % (N=35)	19 % (N=53)
Neurolépticos atípicos	4,5 % (N=16)	28 % (N=78)
Valproico	2 % (N=7)	2,2 % (N=6)
Gabapentina	2,2 % (N=8)	5 % (N=14)
Pregabalina	3,4 % (N=12)	5,4 % (N=15)
Inhibidor de acetilcolinesterasa	0,8 % (N=3)	14,3 % (N=40)
Memantina	1,1 % (N=4)	6,8 % (N=19)

Nota. ESAD = Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria.

Se detallan también las actuaciones terapéuticas del ESAD según sean pacientes oncológicos (O) o geriátricos (G) respecto a la sintomatología ansioso-depresiva o

frente al delirium: valproico usado 0,8%(O)-2,8%(G), gabapentina 2,2%(O)-1,4%(G), pregabalina 2,5%(O)-1,4%(G), benzodiacepinas 41,2%(O)-18,1%(G), antidepresivos 20,7%(O)-15,7%(G), hipnóticos no benzodiacepínicos 8,7%(O)-2,1%(G), neurolépticos típicos 34,2%(O)-21,4%(G), atípicos 3,7%(O)-16,4%(G), IACEs 0,3%(O)-6,5%(G). Se obtienen diferencias significativas ($p < 0,001$) entre los pacientes oncológicos y los geriátricos en la prescripción por el ESAD en benzodiacepinas, hipnóticos no benzodiacepínicos, neurolépticos típicos, neurolépticos atípicos y en inhibidores de la acetilcolinesterasa ($p < 0,05$). Respecto a la necesidad de sedación paliativa ante la presencia de clínica refractaria, 88 pacientes oncológicos fueron subsidiarios de dicho tratamiento (24,6%) y 18 casos del grupo de pacientes geriátricos (6,4%), encontrándose diferencias significativas ($p < 0,001$) en este aspecto. Las diferencias en los tratamientos pautados por el ESAD se pueden observar en la Tabla 4.

Tabla 4. Tratamientos pautados por el ESAD.

Actuación ESAD	Oncológicos	Crónico-dependientes
Valproico	0,8 % (N=3)	2,8 % (N=8)
Gabapentina	2,2 % (N=8)	1,4 % (N=4)
Pregabalina	2,5 % (N=9)	1,4 % (N=4)
Benzodiacepinas	41,2 % (N=147)	18,1 % (N=51)
Antidepresivos	20,7 % (N=74)	15,7 % (N=44)
Hipnóticos	8,7 % (N=31)	2,1 % (N=6)
Neurolépticos típicos	34,2 % (N=122)	21,4 % (N=60)
Neurolépticos atípicos	3,7 % (N=13)	16,4 % (N=46)
Inhibidor de acetilcolinesterasa	0,3 % (N=1)	6,5 % (N=18)
Sedación	24,6 % (N=88)	6,4 % (N=18)

Nota. ESAD = Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria.

Discusión/Conclusiones

En un reciente trabajo publicado por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), realizado en 21 países con más de tres mil pacientes, se observa que la frecuencia de los síntomas diferentes al dolor padecidos es como sigue: ansiedad (28%), anorexia (26%), estreñimiento (18%), depresión (18%) y disnea (15%) (Laugsand, Kaasa, de Conno, Hanks y Klepstad, 2009). Generalmente, el control de los síntomas físicos se logra más fácilmente que el control del sufrimiento psicológico, de síntomas tales como la angustia psicológica (De Conno et al., 1996). A pesar de ello, se puede apreciar en la literatura que son más frecuentemente tratados los síntomas físicos que los psíquicos (Georges, Onwuteaka-Philipsen, van der Heide, van der Wal y van der Maas, 2005), cuando estos pueden llegar a ser más frecuentes en el paciente paliativo (Jaiswal, Alici y Breitbart, 2014).

La ansiedad es padecida más por los pacientes oncológicos que por los geriátricos, de la misma manera que el insomnio. Esto justificaría el marcado uso de benzodiacepinas, pautadas casi por triplicado en pacientes oncológicos respecto a los geriátricos, y de hipnóticos no benzodiacepínicos, utilizados cuatro veces más en oncológicos, a pesar de que el uso previo a la intervención del ESAD de estas medicaciones ya era alto de por sí. En otros estudios (Götze, Brähler, Gansera, Polze y Köhler, 2014), aunque centrados en el paciente oncológico, se observan frecuencias

similares de ansiedad. Según estudios, la depresión es la clínica psíquica más frecuente en el ámbito de los cuidados paliativos (Julião y Barbosa, 2011), viéndose relacionada con una mayor presencia de ansiedad, fatiga y disnea (Rhondali et al., 2012). En nuestro caso, la depresión se manifiesta mucho más frecuentemente en pacientes oncológicos que en geriátricos, con un uso previo de antidepresivos mayor en este caso en los pacientes geriátricos, aunque deben ser pautados o modificados por el ESAD en el 20,7% de pacientes oncológicos y en el 15,7% de pacientes geriátricos. Esto hace pensar que el control de la clínica depresiva era mayor en pacientes no oncológicos antes de la actuación del ESAD. El sexo femenino, la edad más joven, el uso de analgésicos y múltiples comorbilidades se asocian con el uso de antidepresivos (Janberidze et al., 2014). En otros trabajos, los pacientes oncológicos con depresión tuvieron frecuencia más alta de somnolencia, náuseas, dolor, disnea, anorexia, así como mayor intensidad de los síntomas. Por otra parte, los pacientes con ansiedad padecieron más náuseas, mayor frecuencia de dolor y más intenso, disnea, astenia y anorexia (Delgado-Guay, Parsons, Li, Palmer y Bruera, 2009).

La agitación psicomotriz, único síntoma más frecuente en geriátricos, conlleva el uso descrito de antipsicóticos. El porcentaje de pacientes que presentan agitación psicomotriz en nuestro caso, es bajo frente a otras series, con frecuencias de hasta un 56% (Calsina, Garzón y Porta, 2009), aunque este estudio está realizado exclusivamente con pacientes oncológicos y en una unidad hospitalaria. En él se observa una alta mortalidad tras el cuadro (89,2%) precisando sedación un 17,9%. Otros estudios no encuentran relación entre el hecho de padecer un delirium y mortalidad inminente (Leonard et al., 2008), existiendo disparidad en este asunto, ya que otros trabajos sí que demuestran una marcada relación entre estos hechos, aunque de nuevo en pacientes oncológicos exclusivamente (Scarpi et al., 2011), con cifras que rondan el 80% de delirium previo al fallecimiento, precisando sólo sedación un 6% (Fainsinger, De Moissac, Mancini y Oneschuk, 2000). Hay una escasez de pruebas de alto nivel de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en el tratamiento del delirio en cuidados paliativos, existiendo guías clínicas, pero con un nivel de evidencia limitada (Bush et al., 2014), requiriéndose estudios más sensibles sobre la evaluación del delirio en esta población, respecto a las escalas existentes para detección o evaluación de su gravedad (Leonard et al., 2014).

Referencias

- Barreto, P., Bayes, R., Comas, MD., Martínez, E., Pascual, A. y Roca, J. (1996). Assessment of the perception and worries in terminally ill patients in Spain. *Journal of Palliat Care*, 12, 43-46.
- Bush, S.H., Bruera, E., Lawlor, P.G., Kanji, S., Davis, D.H. y Agar, M. (2014). Clinical Practice Guidelines for Delirium Management: Potential Application in Palliative Care. *Journal of Pain Symptom Manage*, 48, 249-58.
- Calsina, A., Garzón, C. y Porta, J. (2009). Delirium en pacientes oncológicos avanzados ingresados en una unidad de hospitalización de cuidados paliativos. *Medicina paliativa*, 16, 286-290.
- De Conno, F., Caraceni, A., Groff, L., Brunelli, C., Donati, I., Tamburini, M. y Ventafridda, V. (1996). Effect of home care on the place of death of advanced cancer patients. *Eur Journal Cancer*, 32, 1142-1147.

- Delgado-Guay, M., Parsons, H.A., Li, Z., Palmer, J.L. y Bruera, E. (2009). Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer*, 17, 573-579.
- Fainsinger, R.L., De Moissac, D., Mancini, I. y Oneschuk, D. (2000). Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. *Journal of Palliat Care Summer*, 16, 5-10.
- Georges, J.J., Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Heide, A., van der Wal, G. y van der Maas, P.J. (2005). Symptoms, treatment and "dying peacefully" in terminally ill cancer patients: a prospective study. *Support Care Cancer*, 13, 160-168
- Götze, H., Brähler, E., Gansera, L., Polze, N. y Köhler, N. (2014). Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. *Support Care Cancer*. *Support Care Cancer*, 22, 2775-2782 .
- Jaiswal, R., Alici, Y. y Breitbart, W. (2014). A comprehensive review of palliative care in patients with cancer. *International Review of Psychiatry*, 26, 87-101.
- Janberidze, E., Hjermstad, M.J., Brunelli, C., Loge, J.H., Lie, H.C. y Kaasa, S. (2014). The use of antidepressants in patients with advanced cancer-results from an international multicentre study. *Psychooncology*, 23, 1096-102
- Julião, M. y Barbosa, A. (2011). Depression in palliative care: prevalence and assessment. *Acta Medica Port*, 24, 807-818.
- Lacasta, M.A. (2005, octubre). *Cartera de Servicios de cada profesional en la atención al paciente en situación terminal*. Comunicación presentada en las VII Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos, Cáceres, España.
- Laugsand, E.A., Kaasa, S., de Conno, F., Hanks, G. y Klepstad, P. (2009). Intensity and treatment of symptoms in 3,030 palliative care patients: a cross-sectional survey of the EAPC Research Network. *Journal Opioid Management*, 5, 11-21.
- Leonard, M., Raju, B., Conroy, M., Donnelly, S., Trzepacz, P.T. y Saunders, J. (2008). Reversibility of delirium in terminally ill patients and predictors of mortality. *Palliat Medicine*, 22,848-854.
- Leonard, M.M., Nikolaichuk, C., Meagher, D.J., Barnes, C., Gaudreau, J.D. y Watanabe, S. (2014). Practical Assessment of Delirium in Palliative Care. *Journal Pain Symptom Manage*, 48, 176-90
- Parkes, C.M. (1980). Bereavement counselling: does it work? *BMJ*, 281, 3-6.
- Pascual, L. y Pascual, A. (1999). Atención sanitaria estándar recibida por pacientes con cáncer en fase terminal. *Medicina Paliativa*, 6, 144-150.
- Rhondali, W., Perceau, E., Berthiller, J., Saltel, P., Trillet-Lenoir, V. y Tredan, O. (2012). Frequency of depression among oncology outpatients and association with other symptoms. *Support Care Cancer*, 20, 2795-2802.
- Scarpi, E., Maltoni, M., Miceli, R., Mariani, L., Caraceni, A. y Amadori, D. (2011). Survival prediction for terminally ill cancer patients: revision of the palliative prognostic score with incorporation of delirium. *Oncologist*, 16,1793-1799.