



CARTA AL EDITOR

Manejo del delirium en el paciente oncológico y su repercusión en la toma de decisiones compartidas



Management of delirium in cancer patients and its impact on shared decisions

Sr. Editor:

El delirium es un síndrome que, de manera aguda y generalmente transitoria, produce alteración del nivel de consciencia, de atención y de otras habilidades cognitivas. Su etiología es multifactorial, originada por la interacción de factores predisponentes, la vulnerabilidad del paciente y factores precipitantes¹. Desempeñan un papel importante los trastornos orgánicos de las funciones mentales superiores, ya sea por envejecimiento celular, estrés oxidativo, neuroinflamación o por afectación de neurotransmisores².

Habitualmente afecta a población anciana, pero también al paciente oncológico de cualquier edad, con tasas de prevalencia entre el 13 y el 88%, siendo más frecuente en fase final de la enfermedad³. Se relaciona con mal pronóstico, deterioro funcional y de calidad de vida, aumenta la mortalidad y provoca un alargamiento de las estancias hospitalarias.

El delirium es un síndrome frecuentemente infradiagnosticado^{4,5}. La detección del delirium hipoactivo en el paciente oncológico es difícil de identificar, pudiendo confundirse con cuadros de intoxicación por opiáceos dado el elevado porcentaje de pacientes que precisa estos fármacos para control del dolor.

La fragilidad, entendida como una situación dinámica de equilibrio inestable y riesgo de eventos adversos por la reducción de la reserva fisiológica, los mecanismos compensatorios y una disminución de la adaptabilidad al estrés, es un factor de riesgo para desarrollar delirium⁶. Esta fragilidad, habitual en pacientes de edad avanzada, la podemos observar también en pacientes oncológicos jóvenes, sobre todo con enfermedad avanzada, como consecuencia de varios factores, como, por ejemplo, la toxicidad acumulada por tratamientos oncoespecíficos^{7,8}.

Constituye un perfil de pacientes muy complejos que requieren un manejo multidisciplinar. Este abordaje, que tiene en cuenta aspectos clínicos, funcionales, cognitivo-emocionales y sociales, se debería llevar a cabo por un equipo interdisciplinar, permitiendo detectar todas las necesidades del paciente y generando una visión integral y holística. Así, la detección de un síndrome tan grave y frecuente como el delirium es más efectiva y su resolución puede ser más rápida siempre que se trate de pacientes que no se encuentren en situación de final de vida, en cuyo caso el objetivo sería priorizar el tratamiento sintomático⁴.

Por ello, el paciente oncológico que presenta un delirium se podría beneficiar del mismo manejo integral que se realiza en el paciente geriátrico⁹. Tanto su diagnóstico, como la identificación de agentes etiológicos y la realización de un abordaje individualizado mediante medidas ambientales y farmacológicas, son fundamentales en el manejo interdisciplinar de estos pacientes^{4,10}.

Aunque el tratamiento principal del delirium se basa en medidas de la esfera no farmacológica y aunque la evidencia científica demuestra que el uso de fármacos es inefectivo para la prevención o tratamiento, en la práctica clínica, nos encontramos con la necesidad de complementar el abordaje no farmacológico con el uso de medicamentos para mitigar los síntomas¹⁰. Por ello, es importante conocer los fármacos neurolépticos y su indicación en función del síntoma para individualizar el tratamiento y evitar los efectos secundarios derivados, muchas veces, de un uso incorrecto.

El abordaje no farmacológico es esencial y conlleva la potenciación de las medidas ambientales¹⁰. La prevención se basa en promover la actividad física, evitando el sedentarismo y potenciando la autonomía del paciente¹¹. Asegurar ambientes tranquilos, disponer de elementos de orientación (calendarios, relojes, etc.), evitar la instrumentalización, valorar la vía oral o subcutánea como primera opción, evitar la contención mecánica, hacer partícipe a la familia en el proceso de acompañamiento (tranquilizar, reorientar, etc.) y recuperación mediante estimulación cognitiva, son factores decisivos para la correcta evolución del delirium.

Este síndrome supone un impacto emocional importante en las familias y en el propio paciente, que además ve mermada, en ese momento, su capacidad de decisión. En pacientes tan complejos como los oncológicos, donde la incertidumbre desempeña un papel importante, la participación del paciente y su familia en la toma de decisiones es fundamental, por lo que un buen manejo del delirium puede permitir al paciente involucrarse activamente en el proceso y proporcionar al facultativo un mejor juicio clínico para tomar decisiones.

Es importante tener en cuenta que el delirium puede llegar a ser reversible. Su resolución permitirá, en muchos casos, poder continuar el tratamiento oncoespecífico, mejorar la calidad de vida, disminuir el impacto emocional de la familia⁴ y facilitar en los pacientes con peor pronóstico, una toma de decisiones compartidas con el equipo asistencial para realizar un final de vida digno.

Por ello, un correcto diagnóstico, así como un buen abordaje y manejo del síndrome, en muchas ocasiones infradiagnosticado e incluso infravalorado en el paciente oncológico, resulta determinante ya que puede plantear un desafío a los facultativos para adecuar la intensidad terapéutica y la toma de decisiones.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Bibliografía

1. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AMJ, et al. Delirium. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6:90.
2. Agostini JV, Inouye SK, Delirium. En: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, editores. *Principles of geriatric medicine and gerontology*. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 1503–15.
3. Caraceni A, Grassi L. *Delirium: Acute confusional states in palliative medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2011.
4. Moyer DD. Review article: Terminal delirium in geriatric patients with cancer at end of life. *Am J Hosp Palliat Care*. 2011;28:44–51.
5. Caraceni A, Nanni O, Maltoni M, Piva L, Indelli M, Arnoldi E, et al. Impact of delirium on the short term prognosis of advanced cancer patients Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. *Cancer*. 2000;89:1145–9.
6. Pérez Pérez Y, Turro Mesa LN, Mesa Valiente R, Turro Caró E. Peculiaridades del síndrome confusional agudo en el anciano. *MEDISAN [Internet]*. 2018;22:543–50.
7. Wang S, Yang T, Qiang W, Shen A, Zhao Z, Yang H, et al. The prevalence of frailty among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Support care Cancer*. 2021.
8. Cancer-related frailty linked to cognitive deficits. *Cancer Discov*. 2021;11(10):2362–2363.
9. Cadena MO, López Ramírez JH, Insuasty Enriquez JS, Santacruz Escudero JG, Becerra H. Importancia de la valoración geriátrica integral en el manejo de pacientes con cáncer. *Rev médicas UIS*. 2012;25:121–8.
10. Breitbart W, D. Strout D. Delirium in the terminally ill. *Clin Geriatr Med*. 2000;16:357–72.

11. Gual N, García-Salmones M, Brítez L, Crespo N, Udina C, Pérez LM, et al. The role of physical exercise and rehabilitation in delirium. *Eur Geriatr Med*. 2020;11:83–93. <http://dx.doi.org/10.1007/s41999-020-00290-6>.

Laura García Ortiz de Uriarte^{a,*}, Victoria Galán Molina^b,
Patricia Gómez Pardo^c y Marco Inzitari^d

^a Servicio de Geriátría, Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España

^b Servicio de Geriátría, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^c Servicio de Oncología, Hospital Vall D'Hebron, Barcelona, España

^d Servicio de Geriátría, Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lauragodu@gmail.com

(L. García Ortiz de Uriarte).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.06.003>

0211-139X/ © 2022 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

War and older persons: Correspondence on current Ukraine crisis



Guerra y personas mayores: correspondencia sobre la actual crisis de Ucrania

Dear Editor:

We would like to share some thoughts on the publication “How the war in Ukraine affects older persons”.¹ We firmly believe that doctors around the world will be called upon to help the elderly cope with the war’s devastating consequences.¹ The current situation in Ukraine is concerning, as stated in the editorial. Apart from the urgent need for peace, the international community should work together to give medical assistance and humanitarian assistance. Controlling infectious diseases is essential, and a pandemic resurgence as a result of war is a distinct possibility.² We did like to share some of our own personal experiences from Indochina, an area where ethnic minorities have long been subjected to violence and tragedy. During the battle, there were no medical services in the area. Locals were unable to receive routine vaccines, and the sole operating healthcare facility was a hospital. Locals lacked access to normal treatment, and the sole operational healthcare institution was a field hospital serving refugees on the border of a neighbouring country.³ The specific difficulties impacting the elderly may be more larger and more numerous than those described in Lava et al.’s editorial.¹ (1) In addition to war-related injuries and disease outbreaks, healthcare damage may last for a long time. (2) Another big issue is the health of elderly people evacuated from battle zones. Indeed, governments that accept a large number of refugees may confront difficulties in meeting their healthcare needs. Chronic diseases, infectious diseases, and mental ailments such as post-traumatic stress disorder, anxiety, and mood disorders can all affect resettling refugee populations. The experiences of old refugees of abrupt societal transition, geographic movement, role discontinuity, identity crisis, and huge

loss are prevalent among many mental patients, regardless of their background, and are factors contributing to the occurrence and severity of the issues.⁴ According to a US investigation, high incidence of diabetes and cardiovascular illness have been recorded among Cambodian aged refugees.⁵ These issues have been thoroughly documented throughout prior Indochina crises. Lessons from the Indochina situation can be useful in urging present plans to assist aged Ukrainian refugees.

Bibliografía

1. Piotrowicz K, Semeniv S, Gąsowski J. How the war in Ukraine affects older persons. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2022. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2022.05.001>. S0211-139X(22)00045-2 [online ahead of print].
2. Mungmunpantipantip R, Wiwanitkit V. Science, war and current disease outbreak. *Science*. Available online at <https://www.science.org/doi/10.1126/ebf567-cdc6-479e-adba-3751af31886b/full/>
3. Verbeke JH. Initial treatment of war casualties in a field hospital. *Acta Anaesthesiologica Belgica*. 1987;38:261–5.
4. Westermeyer J, Vang TF, Neider J. Refugees who do and do not seek psychiatric care. An analysis of premigratory and postmigratory characteristics. *J Nerv Ment Dis*. 1983;171:86–91.
5. Sharif MZ, Biegler K, Mollica R, Sim SE, Nicholas E, Chandler M, et al. A health profile and overview of healthcare experiences of Cambodian American Refugees and immigrants residing in Southern California. *J Immigr Minor Health*. 2019;21:346–55.

Amnuay Keebayoon^a, Rujittika Mungmunpantipantip^{b,*},
Viroj Wiwanitkit^c

^a Private Academic Consultant, Samroang, Cambodia

^b Private Academic Consultant, Bangkok, Thailand

^c Dr DY Patil University, Pune, India

* Corresponding author.

E-mail address: rujittika@gmail.com (R. Mungmunpantipantip).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.05.004>

0211-139X/ © 2022 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.