

Depresión resistente y cuidados paliativos oncológicos: a propósito de un caso clínico

Resistant depression and oncological palliative care: about a clinical case

Nuria Román Avezuela¹, María del Valle Martín², Raissa Acevedo Yero³, M^a Cruz López Martínez⁴, Rafael Coullaut-Valera García⁵

1. Psiquiatra. Clínica Dr. León. Madrid.

2. Psiquiatra. Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés.

3. Psiquiatra. Clínica Dr. León. Madrid.

4. Psicólogo clínico. Clínica Dr. León. Madrid.

5. Coordinador médico. Clínica Dr. León. Madrid.

Resumen

Se estima que la clínica depresiva mayor o menor podría afectar hasta a un cuarto de los pacientes oncológicos en cuidados paliativos y que alrededor del 73% no estarían recibiendo un tratamiento adecuado. Actualmente, disponemos de métodos de cribado, diagnóstico y seguimiento validados para este grupo de pacientes.

La evidencia científica sobre la epidemiología y tratamiento de la depresión resistente en pacientes oncológicos es limitada. Como tratamiento farmacológico de primera línea, se recomiendan los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Para casos en los que no son tolerados o la respuesta no es favorable disponemos de bupropion (2^a línea), antidepresivos tricíclicos (ATC), psicoestimulantes o terapia electroconvulsiva (TEC). Se desaconseja el uso de antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). En este perfil de pacientes, debemos ser especialmente cuidadosos con las posibles interacciones farmacológicas, contraindicaciones y efectos adversos.

En el presente trabajo, abordamos el manejo del caso clínico de un paciente oncológico en cuidados paliativos que sufría un E. depresivo mayor grave resistente.

Palabras clave: Depresión resistente, tratamiento, cáncer, oncología, cuidados paliativos.

Abstract

It is estimated that depressive clinic, major or minor, could affect up to a quarter of the oncology patients in palliative care and that about 73% would not receive adequate treatment. Currently, we have screening, diagnostic and follow-up methods validated for this group of patients.

Scientific evidence on the epidemiology and treatment of resistant depression in oncology patients is limited. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants are recommended as first-line drug treatment. For those cases in which they are not tolerated or the response is not favorable, we have bupropion (2nd line), tricyclic antidepressants (TCA), psychostimulants or electroconvulsive therapy (ECT). The use of antidepressant monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) is not recommended. In this patient profile, we must be especially careful with possible drug interactions, contraindications and adverse effects.

In the present work, we approach the management of the clinical case of an oncological patient in palliative care who suffered from a severe resistant major depressive episode.

Key words: *Resistant depression, treatment, cancer, oncology, palliative care.*

Introducción

La sintomatología depresiva es común en los pacientes oncológicos como una de las fases propias del proceso psicológico que atraviesa el paciente, como efecto adverso al tratamiento, como consecuencia del dolor y como otros efectos directos e indirectos del propio cáncer sobre el organismo (como p.ej. metástasis cerebrales, tumores pancreáticos, anemia...). ^{1,2}

Sin embargo, debemos diferenciar este tipo de psicopatología subclínica de episodios depresivos francos, que requieren un abordaje terapéutico distinto.

Entre el 3 y el 26 % de los pacientes oncológicos en cuidados paliativos presentan clínica depresiva mayor o menor ^{2,3}.

Se calcula que de éstos, la mayoría (73%) no están recibiendo tratamiento y que de los pacientes tratados, casi un cuarto no reciben la dosis de tratamiento adecuada ⁴.

Un correcto tratamiento antidepresivo puede mejorar considerablemente la calidad de vida del paciente aunque el pronóstico del cáncer no sea bueno.

Presentamos una breve revisión de la evidencia científica disponible acerca del abordaje de la depresión mayor grave resistente a tratamiento a propósito del siguiente caso clínico.

Caso Clínico

Se trata de un paciente varón de 62 años, soltero, que presentaba un mixofibrosarcoma grado IV en su miembro superior derecho (MSD), su brazo dominante, de gran extensión, exofítico, con afectación mediastínica y tratado con quimioterapia (gemcitabina y rapamicina). Había requerido 2 ingresos previos en unidad de agudos de Psiquiatría por sendos intentos de suicidio en el contexto de E. Depresivo mayor.

Ingresa en unidad de agudos, después de un tercer intento de suicidio de alta letalidad y baja rescatabilidad, presentando ideación suicida persistente, importante inhibición psicomotriz, dolor y desnutrición. La puntuación en la escala Hamilton para depresión (HDRS) era de 28 puntos.

El paciente se encontraba en tratamiento con la asociación de 300 mg de venlafaxina retard, 45 mg de mirtazapina y 300 mg de quetiapina, a la cual había respondido previamente. Durante su ingreso, se realizan en un primer tiempo las siguientes intervenciones: (1) tratamiento nutricional; (2) analgesia con AINEs y fentanilo, en coordinación con Unidad del Dolor; (3) psicoterapia individual de 5 sesiones/semana desde el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): desliteralización, identificación, refuerzo y entrenamiento de las destrezas presentes, valorización y compromiso con la acción ^{5, 6}; (4) terapia ocupacional; (5) sustitución de venlafaxina retard y mirtazapina por un ATC, clomipramina, ajustando al alza la dosis hasta 150 mg; (6) se ajusta a la baja la dosis de quetiapina, a 150 mg; (7) y se añade lamotrigina a dosis de hasta 100 mg. Los ajustes farmacológicos se realizan de forma lenta y progresiva, con un seguimiento muy estrecho por parte de Medicina Interna de posibles efectos adversos (p.ej. anticolinérgicos, serotoninérgicos...). En este caso, el riesgo es mayor dado su estado físico y porque se encuentra en tratamiento con opiáceos.

Su estado nutricional mejora considerablemente, tolera el tratamiento, se consigue controlar el dolor y se produce una mejoría afectiva (HDRS=22 puntos) pero persiste la ideación suicida. Teniendo en cuenta que (I) la clínica depresiva es resistente y grave, (II) el riesgo de suicidio dados sus antecedentes es alto, (III) la supervivencia estimada por su oncólogo a priori es de uno o más años, y (IV) deseamos evitar efectos yatrogénicos de la polifarmacia, tratamos el caso en sesión clínica y se decide valorar la administración de TEC. El paciente y su familia aceptan comprendiendo los riesgos y beneficios en su caso. Se consulta con oncología, anestesia y medicina interna, no hallando contraindicación orgánica para dicho tratamiento, por lo que se procede a su administración. El tratamiento es bien tolerado, mejorando clínicamente hasta una HDRS de 16 puntos, pero se interrumpe porque el tumor presenta resistencia a quimioterapia y requiere traslado a una unidad específica para intervención quirúrgica del MSD.

Diagnóstico de depresión en pacientes oncológicos

La clínica depresiva en pacientes oncológicos puede ser difícil de diferenciar de los síntomas propios del cáncer (disminución de apetito, insomnio, cansancio...) y de una reacción normal ante el estrés que supone el proceso. Debemos tener en cuenta que el humor persistentemente deprimido, la anhedonia, la desesperanza, las ideas de culpa y minusvalía no son esperables en un proceso de adaptación normal. Los síntomas somáticos asociados a la depresión también pueden deberse al cáncer o ser un efecto adverso al tratamiento ^{1, 2}. Evaluar la presencia de sintomatología afectiva debería formar parte de la evaluación médica rutinaria de los pacientes oncológicos. Habitualmente, los clínicos emplean como cribado la escala de Depresión y Ansiedad hospitalaria (HADS) y de Brief Edinburg Depression Scale (BEDS). ⁷

El diagnóstico de depresión debe de realizarse en base a la entrevista clínica, acorde con criterios validados y acordados, como DSM y CIE. Como medida de la severidad de la clínica afectiva y para evaluar la respuesta al tratamiento, se pueden emplear las escalas de Beck (BDI) o Hamilton para depresión (HDRS). La desventaja de la segunda es que incluye ítems que evalúan síntomas somáticos, pero aun así, su uso también está validado para pacientes en cuidados ⁷.

Aquellos pacientes que no cumplan criterios clínicos de depresión, también pueden beneficiarse de una intervención psicoterapéutica de apoyo y de la derivación a un especialista en cuidados paliativos. ⁷

Tratamiento de depresión resistente en pacientes oncológicos con cuidados paliativos

La evidencia científica disponible acerca del tratamiento de depresión resistente en pacientes oncológicos es escasa ^{2, 7}. Aunque nadie dudaría en tratar a un paciente deprimido pero físicamente sana con antidepresivos, entre los profesionales existe cierta reticencia en emplearlos en pacientes oncológicos. ⁸

La presencia de dolor y otros síntomas físicos de la enfermedad pueden aumentar el riesgo de depresión por lo que se recomienda que en la medida de lo posible sean tratados adecuadamente para prevenir su desarrollo. ^{1, 2}

La psicoterapia es una parte importante del tratamiento de la depresión clínica y subclínica en pacientes oncológicos. En cualquier caso, debemos pararnos a evaluar el soporte emocional y social en todas las personas en cuidados paliativos ^{1, 2}.

Se recomienda iniciar un tratamiento farmacológico antidepresivo en aquellos casos que presenten una reacción adaptativa depresiva de varias semanas de duración y en todos los síndromes depresivos definidos. Los ISRS tienen un buen perfil de efectos adversos que hace que sean los psicofármacos de primera elección. No se han objetivado diferencias en eficacia entre ellos, solamente entre su vida media y efectos secundarios. Entre ellos, citalopram sería el más ventajoso ^{1, 2, 9}. Trazodona sería el fármaco de primera elección para aquellos que presentaran insomnio. ²

Los psicoestimulantes, como el metilfenidato, estarían indicados especialmente en aquellos casos en los que la esperanza de vida del paciente se estima que sea de 1-2 meses o cuando necesitamos respuestas rápidas. ²

Para aquellos casos en los que los ISRS estuvieran contraindicados o la respuesta no fuera adecuada, el fármaco más empleado como segunda línea es el bupropion. Su efecto activador sobre los síntomas de anhedonia, cansancio e inhibición psicomotriz le hacen un fármaco muy útil. ²

La evidencia disponible sobre la respuesta y tolerancia a venlafaxina y mirtazapina en este grupo es limitada. ²

Aquellos casos en los que se requiera un mayor efecto sedante y analgésicos, se pueden beneficiar del uso de ATC. Se ha demostrado que los pacientes oncológicos responden a dosis menores de ATC que otros. ²

Se desaconseja el empleo de IMAOs por el riesgo de interacciones con agentes simpaticomiméticos, opioides, psicoestimulantes y quimioterápicos. ^{1,2}

La terapia electroconvulsiva es otra opción de tratamiento no farmacológico que debe ser tomada en cuenta en pacientes oncológicos en cuidados paliativos, especialmente en aquellos casos en los que se objetiven conductas suicidas, síntomas psicóticos o catatónicos, contraindicaciones, interacciones o resistencia al tratamiento psicofarmacológico. ^{2, (10)}

Bibliografía

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. El final de la vida. En: Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 11. Ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015. p. 1352-70.
2. Martin A, Jackson K. Depression in palliative care patients. *Hospice J* 2000;7:71–89.
3. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, De Luca M, O'Shea F, Kuhl D, Fainsinger RL, Clinch JJ. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage*. 2007 Feb;33(2):118-29.
4. Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Ramessur R, Murray G, Sharpe M. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *Lancet Psychiatry*. 2014 Oct;1(5):343-50.
5. Montesinos F., Hernández M., Luciano C. Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes enfermos de cáncer. *Anal Mod Cond* 2001; 27 (113): 503-23.
6. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl, K. Experiential avoidance and behavior disorder. A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol* 1996, 64, 1152-68.
7. Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *Eur J Cancer*. 2011 Mar;47(5):702-12.
8. Rayner L, Price A, Evans A, Valsraj K, Hotopf M, Higginson IJ. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. *Palliat Med*. 2011 Jan;25(1):36-51.

9. Ly KL, Chidgey J, Addington-Hall J, Hotopf M. Depression in palliative care: a systematic review. Part 2. Treatment. *Palliat Med.* 2002 Jul;16(4):279-84.
10. Rasmussen KG, Richardson JW. Electroconvulsive therapy in palliative care. *Am J Hosp Palliat Care.* 2011 Aug;28(5):375-7.