



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**POSGRADO DE CUIDADOS PALIATIVOS**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

**TEMA:**

**“Quetiapina” Utilidad en trastornos conductuales en pacientes que reciben  
Cuidados Paliativos**

**AUTOR:**

**Dra. Baque Hidalgo Jeniffer Elizabeth**

**Trabajo de investigación previo a la obtención del título de:  
ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS**

**TUTOR:**

**Dr. Jorge Gencon Guaman**

**Guayaquil, Ecuador**

**16 de mayo del 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **BAQUE HIDALGO JENIFFER ELIZABETH**, como requerimiento para la obtención del título de **ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS**.

**TUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_  
**DR. JORGE GENCON GUAMAN**

**DIRECTOR DEL PROGRAMA**

f. \_\_\_\_\_  
**DRA VALLEJO MARTINEZ MARIANA CONCEPCIÓN**

**Guayaquil, a los 16 días de mayo del 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, BAQUE HIDALGO JENIFFER ELIZABETH**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **“QUETIAPINA” UTILIDAD EN TRASTORNOS CONDUCTUALES EN PACIENTES QUE RECIBEN CUIDADOS PALIATIVOS** previo a la obtención del título de **ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 16 días de mayo del 2022)**

**EL AUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_

**BAQUE HIDALGO JENIFFER ELIZABETH**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, BAQUE HIDALGO JENIFFER ELIZABETH**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“QUETIAPINA” UTILIDAD EN TRASTORNOS CONDUCTUALES EN PACIENTES QUE RECIBEN CUIDADOS PALIATIVOS**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 16 días del mes de mayo del año 2022**

**EL (LA) AUTOR(A):**

f. 

**BAQUE HIDALGO JENIFFER ELIZABETH**

# REPORTE DE URKUND

Curiginal

## Document Information

Analyzed document	TRABAJO DE TITULACIÓN.docx (D126495310)
Submitted	2022-06-19T13:00:000000
Submitted by	
Submitter email	jennifer.baquer@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	4%
Analysis address	posgrados.medicina.ucsg@analysis.urkund.com

## **AGRADECIMIENTO**

Con el presente trabajo de Titulación se finaliza una etapa importante para mí desarrollo académico y profesional; y que mejor oportunidad para agradecer a quienes me acompañaron en este proceso

Primero agradezco a Dios por haberme iluminado durante mi carrera, y al apoyo que me han brindado desde siempre mis padres y hermanos. Agradezco a mi hijo Eduardo porque a pesar de días y noches de ausencia siempre me espera con su sonrisa.

De manera muy especial me gustaría agradecer a mi directora de Posgrado Dra. Mariana Vallejo, ya que, gracias a su manera de trabajar, persistencia, paciencia, y motivación he podido llevar a cabo este proyecto; de igual forma estoy muy agradecida con la Dra. Rina Quinto por su conocimiento y orientación, asimismo agradezco a mi tutor de Tesis Dr. Jorge Gencon por haberme ayudado a enfocarme en la investigación y guiarme en el desarrollo de este trabajo.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios, por darme la oportunidad de vivir y enseñarme cuán importante es hacer el bien en la tierra, por todas las bendiciones y experiencias.

También dedico este trabajo a mi querida familia, me gustaría empezar con mi madre, la fuerza para continuar a lo largo de mi vida, por ti hoy puedo ver mi objetivo logrado. A mi padre por apoyarme en las situaciones más difíciles de mi carrera profesional, eres un gran líder dedicado a su familia y trabajo.

A mi hijo Eduardo Rodrigo, mi inspiración para seguir adelante, gracias por enseñarme que podemos crecer juntos.

A mi hermano Rodrigo por su ejemplo de trabajo duro, esfuerzo y sacrificio. A mis hermanas Rossy y Lourdes por estar siempre conmigo, por sus consejos.

Para todos ustedes es esta victoria, los amo, Dios los bendiga siempre.

# ÍNDICE

## Contenido

AGRADECIMIENTO .....	VI
DEDICATORIA .....	VII
ÍNDICE.....	VIII
RESUMEN .....	IX
INTRODUCCIÓN.....	1
1. EL PROBLEMA.....	2
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS .....	4
3. MARCO TEORICO .....	5
4. FORMULACION DE LA HIPOTESIS .....	19
5. METODOLOGIA.....	19
6. PRESENTACION DE RESULTADOS .....	23
7. CONCLUSIONES .....	29



## RESUMEN

**Antecedentes:** Las enfermedades neoplásicas se han convertido en una patología común en la actualidad, y sus implicaciones desarrollan trastornos físicos, psiquiátricos, conductuales y sociales que afectan a pacientes y familiares. El tratamiento monoterápico y terapia combinada con Quetiapina (QTP) es eficaz y seguro en los pacientes que reciben atención paliativa, mejorando su calidad de vida.

**Objetivo:** Determinar la utilidad farmacológica de la QTP en los trastornos conductuales de pacientes que reciben Cuidados Paliativos.

**Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal realizado en el Instituto Oncológico Nacional Solca-Guayaquil, en la consulta externa de Cuidados Paliativos, Psiquiatría y Hospitalización Paliativa, se empleó la estadística descriptiva analizando las variables de edad, sexo, durante octubre del 2020 hasta julio del 2021. Se utilizó el sistema GRADE con el propósito de optimizar la calidad de la evidencia.

**Resultados:** La asociación entre la variable dependiente de trastornos conductuales con la utilidad de la QTP hay un valor de p de 0,03 con un OR de 4,737 y un intervalo de confianza que va 1,555 hasta 14,429, el cual no pasa la unidad por lo tanto es significativo.

**Conclusiones:** La QTP demostró ser beneficiosa al ser valorada por medio de la estrategia GRADE, utilizando la siguiente pregunta realizada por el medico dirigida al paciente o familiar: al recibir una dosis de QTP estandarizada según el tipo de trastorno, ¿cómo es la respuesta terapéutica: buena, parcial o mala?, el 41,7% presento buena respuesta, el 44,6% respuesta parcial, y el 13,5% mala respuesta.

**Palabras clave:** cuidados paliativos, cáncer, trastornos conductuales, quetiapina, delirium, ansiedad.

## ABSTRACT

**Background:** Neoplastic diseases have become a common pathology today, and its implications develop physical, psychiatric, behavioral and social disorders that affect patients and their families. The monotherapy treatment and combination therapy with Quetiapine (QTP) is effective and safe in patients receiving palliative care, improving their quality of life.

**Objective:** To determine the pharmacological utility of QTP in the behavioral disorders of patients receiving Palliative Care.

**Methodology:** Descriptive cross-sectional study carried out at the Solca-Guayaquil National Oncology Institute, in the outpatient clinic of Palliative Care, Psychiatry and Palliative Hospitalization, descriptive statistics were used analyzing the variables of age, sex, from October 2020 to July 2021. The GRADE system was used in order to optimize the quality of the evidence.

**Results:** The association between the dependent variable of behavioral disorders with the utility of QTP is a p value of 0.03 with an OR of 4.737 and a confidence interval ranging from 1.555 to 14.429, which does not pass the unit for what so much is significant.

**Conclusions:** QTP proved to be beneficial when assessed using the GRADE strategy, using the following question asked by the doctor directed to the patient or family member: when receiving a standardized QTP dose according to the type of disorder, how is the therapeutic response: good, partial or bad?, 41.7% presented a good answer, 44.6% a partial answer, and 13.5% a bad answer.

**Key words:** palliative care, cancer, behavioral disorders, quetiapine, delirium, anxiety.

## INTRODUCCIÓN

Anualmente a nivel mundial, 40 millones de pacientes ameritan la atención en cuidados paliativos, de ellos solamente el 14% tiene acceso. No obstante, el 78% habitan en países de ingreso bajo y mediano. (OMS, 2020)

En la Región de las Américas existe una tasa de mortalidad de 436,5 de enfermedades no transmisibles (ENT) por 100.000 habitantes. Las más comunes ENT incluyen: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y de la salud mental. Se prevé que en 2030 las ENT sobresaldrán sobre las enfermedades transmisibles, nutricionales y maternas como principal causa de defunción. (OPS, 2019)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador realizó una guía de práctica clínica en cuidados paliativos con los objetivos de “estandarizar los procedimientos de atención sanitaria de las personas con padecimientos crónicos, avanzados, con pronóstico de vida limitado, en fase final en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud” y de “proveer científicamente de métodos para la toma de decisiones adecuadas a los profesionales de la salud, cuidadores y pacientes que requieren atención paliativa.(MSP, 2014)

Evidencia reciente demuestra que existe una asociación bidireccional entre los trastornos psiquiátricos y las enfermedades crónicas entre ellas el cáncer, de modo que los trastornos psiquiátricos pueden ser un factor causal en diferentes enfermedades, ser el resultado de ellas o pueden afectar el curso de las enfermedades médicas. (Medina et al, 2015). Además de los impactos físicos del cáncer, el miedo a la recurrencia de la enfermedad, la alteración de la identidad y la percepción de pérdida de apoyo de amigos, familiares y proveedores, pueden exacerbar los problemas de salud mental preexistentes y aumentar los riesgos a largo plazo asociados con trastornos conductuales. (Medina et al, 2015)

Investigaciones recientes sobre el tratamiento de los trastornos conductuales se ha centrado en los antipsicóticos de segunda generación, y estos estudios han informado resultados positivos. Nuevos trabajos con quetiapina han informado resultados prometedores en varios estudios controlados (Tahir et al, 2010)

La QTP es un antipsicótico de segunda generación con una afinidad muy baja por los receptores de dopamina y muy alta afinidad por los receptores de serotonina, encargándose de restablecer en el cerebro el equilibrio de estos neurotransmisores. (Tahir et al, 2010)

Actualmente la quetiapina se encuentra en el Cuadro Nacional Medicamentos Básico CNMB 10ma revisión 2019 MSP del Ecuador, el cual incluye medicamentos esenciales los cuales suelen estar disponibles en los sistemas de salud en las formas farmacéuticas de 25mg, 100mg y 300mg. (MSP, 2014)

Dicho esto, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la utilidad de la quetiapina en los trastornos conductuales de los pacientes que reciben atención paliativa en el Instituto Oncológico Nacional Solca-Guayaquil?

## **1. EL PROBLEMA**

### **1.1 IDENTIFICACION, VALIDACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Los trastornos psicopatológicos que con frecuencia vemos en el servicio de cuidados paliativos y departamento de psiquiatría son delirium, ansiedad, trastornos del sueño, agitación psicomotora más otros trastornos del ánimo menos frecuentes. La identificación de estas patologías durante el curso de la enfermedad es de vital importancia para determinar los casos que requieren intervención psiquiátrica junto con la terapia farmacológica que podrían servir de gran ayuda.

El insomnio es uno de los disturbios más comunes en los pacientes oncológicos, observándose entre el 30 y el 50% y a esto se suma la fatiga durante el día provocando ansiedad e irritabilidad facilitando la presencia del delirium. La ansiedad implica cambios endocrinológicos y emocionales en donde influyen las creencias, cultura y folclor propio, generando cambios de humor como respuesta a esta injuria en el que el agente causante no se entiende y no es definido completamente. El delirium es un signo muy frecuente de las complicaciones médicas del cáncer o de su tratamiento, que provoca agitación psicomotriz como sintomatología perturbadora que este ocasiona, es un síntoma muy estresante para la persona con cáncer y sus familiares.

Los cambios de personalidad repentinos y en el comportamiento de la persona, pueden ser tomados en cuenta como indicadores de la personalidad premórbida ambivalente, dichos comportamientos son de carácter variable, dependiendo de las características propias de la personalidad del sujeto y suelen anunciar una alteración mental severa.

La exposición a eventos estresantes, como un diagnóstico de cáncer y el tratamiento subsiguiente, puede causar algún trastorno conductual. Por lo cual, al análisis de uso farmacológico paliando sintomatología oncológica veo la necesidad de mostrar como ciertos medicamentos antipsicóticos y puntualmente la QTP incide en el control de estos síntomas, mejorando la calidad de vida de los pacientes y disminuyendo el estrés del cuidador en los familiares. (Medina et al, 2015)

Se ha demostrado que la enfermedad oncológica está asociada a una experiencia de dolor y sufrimiento en la mayoría de los casos y que genera fragilidad en el paciente lo que conlleva a altos niveles de estrés y angustia, estimándose un 40% de los pacientes oncológicos en tratamiento y el 75% en enfermedad avanzada. Los opioides se usan para tratar el dolor oncológico de moderado a intenso. La acción placentera y euforizante de estos opioides confieren a estas sustancias un elevado potencial para producir dependencia, en especial en pacientes con trastorno límite de la personalidad, más proclives al consumo de sustancias aditivas. (NCI, 2017)

Por otro lado, existen una serie de reportes de que la QTP puede ser de provecho en el tratamiento de diversos trastornos por abuso de sustancias, ya sea por su utilidad para el tratamiento de la abstinencia o, inclusive, incrementando los días de no consumo, sobre todo en pacientes con trastornos afectivos. (Gallo et al, 2010)

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la utilidad de la quetiapina en los trastornos conductuales de los pacientes que reciben atención paliativa en el Instituto Oncológico Nacional SOLCA - Guayaquil desde octubre del 2020 hasta julio del 2021?

## **2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la utilidad farmacológica de la quetiapina en los trastornos conductuales de pacientes que reciben Cuidados Paliativos.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer las características de los pacientes con trastornos conductuales que reciben atención paliativa.
- Determinar el beneficio de la quetiapina en pacientes con trastornos conductuales.
- Determinar las comorbilidades y polifarmacia como factores influyentes de trastornos conductuales.

### **3. MARCO TEORICO**

#### **3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION**

Entre los estudios internacionales y nacionales se encontraron algunos estudios que intentan revelar datos sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos relacionados con el uso de antipsicóticos en los determinados trastornos psiquiátricos, dichos estudios examinan la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos revelando que la mayoría de pacientes experimentan una variedad de respuestas emocionales, siendo los trastornos adaptativos, depresivos y ansiosos los trastornos mentales comunes. (Hartung et al, 2017)

#### **3.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

Hay estudios que apoyan el uso de antipsicóticos en el tratamiento de los trastornos conductuales, otros no; además, existe temor sobre los efectos cardiovasculares y metabólicos e incertidumbre sobre las razones para el uso: efecto sedante en caso de aumento en la actividad motora o acción específica sobre el trastorno. Un estudio realizado por Wu et al en el año 2019 que evaluó a los fármacos estudiados en este ámbito, informa que el haloperidol, la quetiapina o la olanzapina, analizados de modo individual, son mejores que el placebo o control, y no encontró que las intervenciones farmacológicas aumentaran la mortalidad. En lo relacionado al efecto de los antipsicóticos sobre los trastornos conductuales intervienen al restaurar el equilibrio entre acetilcolina y dopamina, contradiciendo la creencia de que su efecto es solo sedativo. Al tratar el delirium como los otros trastornos conductuales de forma segura en pacientes con cáncer en fase terminal, a menudo aparecen efectos adversos, incluidos signos extrapiramidales, sedación y caídas, sobre todo cuando se usan potentes antagonistas de la dopamina D2. (Flores-Rojas, 2019)

En un estudio alemán publicado en la revista *Psychotherapy and Psychosomatics*, demuestra que los trastornos conductuales psiquiátricos representan una alta prevalencia en pacientes con cáncer, en el cual se incluyeron pacientes con varios tipos de cáncer y en diferentes estadios hospitalizados y ambulatorios. Los resultados mostraron que la prevalencia de un trastorno mental fue de 39.4 %, un 15.8 % para los trastornos depresivos, 12,5 % para los del estado del ánimo, 9.5 % para los somatomorfos, y para la dependencia de nicotina de 7.3 %.(12) Otro estudio realizado en España por Rodríguez Vega et al., reportó que existe un 15.7 % de ansiedad y un 14.6 % de depresión, mientras que Onelas Mejorada et al., informó que en México la frecuencia de estos trastornos psiquiátricos fue del 27 % y el 28 % respectivamente.(Rodriguez et al, 2008)

### **3.3 ANTECEDENTES NACIONALES**

Dentro del marco de búsqueda a nivel nacional se establece que, en las ciudades de Quito, Loja y Cuenca, se han realizado diferentes estudios sobre: el empleo de antipsicóticos y prevalencia de trastornos conductuales.

Una publicación realizada por Moreno J concluye que el empleo de antipsicóticos atípicos como la quetiapina son indispensables en el tratamiento de las enfermedades mentales, sin embargo, se recomienda que junto a su uso se tenga mayor vigilancia en los indicadores de síndrome metabólico. Otro estudio realizado por Sarmiento M y Torres J evidenció que la prevalencia de trastornos psiquiátricos fue mayor al 22 % para episodio depresivo mayor, trastorno de angustia y trastorno de ansiedad generalizada. (Moreno, 2016)

En una investigación elaborada por Pino D en el que participaron 246 pacientes diagnosticados de cáncer los cuales se encontraban hospitalizados, se demostró que la prevalencia de depresión fue de 17.1 % y la de ansiedad fue del 22.4 % existiendo una relación estadísticamente significativa entre ansiedad con depresión, así como; estadificación tumoral, apoyo familiar, y antecedentes patológicos psiquiátricos. (Pino 2017). Los investigadores Gordillo F. y Fierro M., en 237 pacientes, demostraron que el 21.5 % de pacientes con diagnóstico de cáncer presentan ansiedad y el 16 % depresión, manifestando que estos trastornos conductuales psiquiátricos son predictores de baja calidad de vida en pacientes con cáncer de tiroides, mama, cabeza y cuello, quienes tienden a sufrir por la pérdida de autonomía, aislamiento social, sentimientos de culpa, ansiedad depresión e incertidumbre por su futuro. (Pino 2017).

### **3.4 BASES TEORICAS**

#### **3.4.1 Epidemiología**

Con la incidencia del cáncer que ha aumentado con el tiempo en todo el mundo, la atención a la carga de las consecuencias psiquiátricas y psicosociales de la enfermedad es ahora obligatoria tanto para los profesionales de la salud mental como para los del cáncer. Se ha demostrado que los trastornos psiquiátricos afectan al menos al 30-35% de los pacientes con cáncer durante todas las fases de la trayectoria de la enfermedad y difieren en naturaleza según el estadio y el tipo de cáncer.

De acuerdo al National Cancer Institute (NCI) la depresión es una de los trastornos psiquiátricos que afecta más frecuentemente en un 15 – 25 % de los pacientes con enfermedades neoplásicas,



los síntomas depresivos se observan principalmente en las primeras semanas de diagnóstico de cáncer, y durante el transcurso de la enfermedad se llega a desarrollar un trastorno depresivo mayor. (NCI 2017)

El cáncer es un padecimiento que genera sufrimiento psicológico, ocasionando malestar emocional clínico en la mayoría de los pacientes que lo padecen, además produce trastornos psicopatológicos en más del 30% de los casos. Se debe realizar una detección precoz que permita establecer un manejo integral de los pacientes tanto en la enfermedad oncológica como en el trastorno emocional, facilitando así la derivación a un médico psicooncológico para un tratamiento específico. (Pousa et al 2015)

### **3.4.2 Cáncer**

El cáncer ocupa la segunda causa de defunción a nivel mundial, seguido de las enfermedades cardiovasculares. Se pronostica que las cifras de defunciones por cáncer sigan en aumento por el desarrollo acelerado de la población, la senectud y el adoptar hábitos potencialmente cancerígenos los cuales cambian el ADN de las células neoplásicas que pueden heredarse de los padres o pueden deberse a daños causados por contacto con ciertas sustancias químicas como en el caso del consumo de alcohol y tabaco, la exposición a la radiación ultravioleta, infecciones por virus, etc. Se ha demostrado con frecuencia que el diagnóstico de cáncer está en relación con comorbilidades psiquiátricas como depresión y ansiedad. (NCI, 2017)

### **3.4.3 Trastornos Psiquiátricos y su relación con enfermedades neoplásicas**

El cáncer se ha convertido en una patología muy común en la actualidad, y todas sus implicaciones han llevado al desarrollo de trastornos físicos, psiquiátricos, sociales y espirituales, los cuales suelen pasar omitidos pero que afectan de manera importante a los pacientes. Tanto la sintomatología depresiva como ansiosa son parte de los principales problemas de salud de estos pacientes, aquejando la calidad de vida e impidiendo una buena adherencia al tratamiento, además se asocian con un mayor número de síntomas y estancia hospitalaria. (NCI, 2021)

#### **3.4.3.1 Delirium**

El delirium se describe como un estado clínico de confusión neurocognitiva y conductual que puede aparecer durante todo el curso de la enfermedad oncológica con tasas de prevalencia entre 13 y 88%. (Fuentes et al, 2017)

Los trastornos hidroelectrolíticos, metabólicos, hipoxia, obstrucción intestinal, constipación, infecciones, las fallas de diversos órganos, la presencia de metástasis o tumores primarios del SNC, el efecto de medicamentos (benzodiazepinas y opioides), privación de sustancias o medicamentos, son situaciones que pueden causar delirium en pacientes oncológicos. El primer objetivo del tratamiento es manejar él o los factores causales reversibles. (Muñoz et al, 2012) Existen 3 tipos de delirio: el hiperactivo en el cual el paciente parece un “enfermo agitado”, el cual manifiesta alucinaciones, la actividad psicomotora, hipervigilancia, repite movimientos de brazos al querer levantarse, alternado de episodios de lucidez, volviéndose en algunos momentos agresivo y hablador. En el delirio hipoactivo el paciente está aletargado y con mayor somnolencia. Ocurre sobre todo en pacientes con antecedentes de demencia, el paciente se manifiesta confuso, desorientado en el tiempo y espacio y se muestra incapaz de prestar su atención, con respuestas monosilábicas. Aunque es común ver cuadros únicos de delirio hiperactivo e hipoactivo, los más frecuentes son los de tipo mixto, con actividad alternante. Cada tipo de delirio lleva riesgos significativos; así los hiperactivos tienen un mayor riesgo de lastimarse, de retirarse algún dispositivo médico y requieren más vigilancia continua porque pueden producirse lesiones, mientras que los hipoactivos sufren más comúnmente de infecciones respiratorias por aspiración y úlceras por presión, el mismo que no es detectado tempranamente como el hiperactivo. (Fuentes et al, 2017)

### **3.4.3.2 Alucinaciones**

Son alteraciones complejas presente en diferentes entidades médicas psiquiátricas y no psiquiátricas (Acevedo-González 2020). En la última actualización del DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), una alucinación es una percepción sensorial imaginaria en ausencia de un estímulo sensorial afín. Las alucinaciones son un fenómeno complejo activo en diferentes entidades médicas psiquiátricas y no psiquiátricas. Las alucinaciones secundarias a procesos no psiquiátricos pueden relacionarse con ideas delirantes, a diferencia de las alucinaciones secundarias a procesos psiquiátricos, que pueden llegar a asociarse a confabulación (falsos recuerdos para lo cual el paciente no es consciente, con muchas creencias en la veracidad del recuerdo). En el grupo de los problemas oncológicos del SNC, como por ejemplo las metástasis, especialmente cuando son múltiples, tienen mayor

prevalencia de patologías psiquiátricas que cualquier otro tumor primario. Ciertos estudios indican que los gliomas son los de más alta incidencia en alteraciones mentales, calculándose que un 70% - 80% evidencian síntomas psiquiátricos, y un 25% - 35%, de los pacientes con astrocitomas de bajo grado presentan también dicha sintomatología. Se ha descrito que las consecuencias psiquiátricas de los meningiomas están asociadas con el edema peritumoral, más que con el tamaño del tumor. Esto se atribuye a la alteración de las vías cerebrales por el edema cerebral. (Acevedo-González 2020).

### **3.4.3.3 Trastornos del sueño**

La alteración del sueño se identifica como una preocupación prominente en pacientes con cáncer con un efecto perjudicial en el resultado de salud, que acompaña a una disminución en el estado funcional, reduce la calidad de vida e incluso acelera el deterioro de la enfermedad. (Chen et al.2018) Se define como aquel trastorno que impide obtener la calidad o cantidad de sueño necesario para un correcto funcionamiento durante la vigilia. Es una perturbación frecuente en el paciente oncológico, se ve en hasta un 75% de los pacientes y se da sobre todo en etapas avanzadas de la enfermedad.

Los fármacos antipsicóticos atípicos como la quetiapina tienen eficacia a largo plazo en el manejo del insomnio crónico. Más mejoras en la calidad objetiva del sueño con quetiapina son prometedoras para los pacientes con insomnio crónico. Se recomienda realizar más investigaciones para evaluar los efectos adversos a largo plazo de los fármacos antipsicóticos atípicos. (Khaledi-Paveh et al, 2021)

A diferencia de otros antagonistas de serotonina y dopamina en dosis clínicamente relevantes, la norquetiapina tiene una propensión potencial a la inhibición de la propiedad de contribución del transportador de noradrenalina con los antidepresivos tricíclicos y los IRSN, y una afinidad moderada a alta por los receptores 5HT1A, 5HT2A y 5HT2C que comparten algunas propiedades con ISRS, lo que posiblemente se asocia con su eficacia para el tratamiento de los trastornos del sueño, depresión y del TAG. (Maneeton et al, 2016)

### **3.4.3.4 Agitación**

Consiste en una afección por la cual una persona es incapaz de relajarse y estar quieta, aparece en el 25 a 44 % de los pacientes con cáncer, y hasta en un 65-85 % durante la fase terminal. La persona puede estar muy tensa e irritable, su presencia traduce un déficit de acetilcolina o un

predominio de dopamina provocado bien por la enfermedad misma, por un trastorno demencial previo, por una deficiencia degenerativa o por un efecto secundario de ciertos fármacos usados al final de la vida. En gran parte de los casos aparece en situación de últimos días, aunque existen algunos pacientes que experimentan agitación en estadios tempranos y durante un tiempo prolongado. (Astudillo, 2008)

#### **3.4.3.5 Depresión**

Se estima que la clínica depresiva puede afectar hasta un cuarto de los pacientes oncológicos en cuidados paliativos y que alrededor del 73% no estarían recibiendo un tratamiento adecuado. El riesgo de desarrollar un trastorno depresivo es mayor en mujeres que en hombres, influyendo la edad, estado civil, nivel educacional y económico. El cáncer actúa como un potente estresor psicológico generando síntomas depresivos, volviéndoles a este tipo de pacientes vulnerables a sufrir alteraciones en su vida emocional y afectiva. (Román, 2021)

#### **3.4.3.6 Ansiedad**

Es una situación de inquietud o angustia que manifiesta el paciente frente a un estímulo nocivo o a un entorno amenazante que pone en peligro sus posibilidades de adaptación al proceso del fallecimiento y la muerte. Es el segundo trastorno mental más común después de la depresión en pacientes con cáncer, produce deficiencias significativas y su sufrimiento es similar al de patologías físicas. (García, 2015) Los factores de riesgo para padecer este trastorno son: sexo femenino, edad entre 20-40 años, antecedentes familiares, abuso de alcohol, automedicación, nivel socioeconómico bajo y desempleo. (Ortega, 2017) Recientemente, se han realizado varios estudios clínicos que han demostrado la eficacia de la quetiapina en el tratamiento del TAG. Similar a la mayoría de los agentes farmacológicos utilizados para tratar el trastorno de ansiedad que están asociados con la neurotransmisión serotoninérgica y / o noradrenérgica, la posible explicación del efecto de la quetiapina y su metabolito para el TAG puede estar asociado con la acción sobre los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y noradrenérgico o sus efectos combinados. (García, 2015)

En una investigación elaborada en Perú por Barahona L. en la cual participaron 169 pacientes del Departamento de Oncología, en quienes se estableció el impacto del cáncer sobre la salud mental con la producción de síntomas emocionales como estrés, depresión y ansiedad. Se reportó que el 66.3 % de los pacientes manifestó por lo menos una de las tres condiciones patológicas estudiadas, de estos el 16 % presentó las tres condiciones y el 50,3 % mostró entre

una a dos, se observó que la prevalencia de estrés fue del 50.3 %, de depresión el 58.6 % y de ansiedad el 18.3 %. (López de la Parra, 2021)

#### **3.4.3.7 Euforia**

Es una sensación extrema de bienestar y optimismo, originada a partir de la administración de fármacos o drogas, o por alguna satisfacción material o espiritual. Asimismo, este estado de ánimo propenso al optimismo puede aparecer en ciertos fenómenos patológicos, se observa en algunas intoxicaciones y enfermedades del sistema nervioso. (Berganza 2018)

#### **3.4.3.8 Apatía**

La apatía se manifiesta con desinterés y falta de motivación o entusiasmo que demuestra una persona asociada a la indiferencia hacia cualquier estímulo externo. Más del 60% de personas que han superado un cáncer padecen apatía y/o cansancio que les impide volver a la normalidad a corto y a medio plazo, según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

A nivel cerebral, existe una correlación entre la presencia de apatía y variaciones entre las conexiones neuronales entre lóbulo frontal y ganglios basales, lo cual explica la dificultad en el momento de conectar emoción y pensamiento, así como la reducción en la iniciativa conductual. Otra estructura relacionada con la apatía se da cuando existen lesiones en el área prefrontal dorsolateral y las áreas asociativas. Además, el consumo de sustancias psicoactivas, las cuales pueden modificar la transmisión de neurotransmisores podría alterar el funcionamiento habitual del cerebro. Algo parecido sucede con el uso de antipsicóticos típicos, que al reducir la actividad dopaminérgica de todo el cerebro provocan que no circule suficiente dopamina por la vía mesocortical lo cual provocaría el aumento o generación de síntomas negativos como alogia y apatía. (Jiménez et al, 2017)

#### **3.4.3.9 Desinhibición**

Se describe como el comportamiento en aquella persona que ha perdido la vergüenza o el miedo que le impedía actuar de acuerdo con sus sentimientos, deseos o capacidades. La ubicación de las lesiones cerebrales ocasiona el apareamiento de síntomas y, así, en la demencia fronto-temporal hay significativamente más euforia, desinhibición y conductas motoras aberrantes.

La desinhibición está relacionada con ciertos factores bioquímicos. En un estudio elaborado en España un grupo de hombres con puntuaciones altas en desinhibición y tendencia al aburrimiento revelaron valores elevados de testosterona y andrógenos libres significativamente

más altos del límite normal. Por su parte, al contrario, los niveles bajos de serotonina están relacionados con el comportamiento sumiso, la inhibición conductual y la bulimia nerviosa. (Cruzado, 2021)

### **3.4.3. 10 Conducta motora anómala**

Es la alteración motriz que se desvía de lo propio que en cierto contexto social se considera anormal, consiste en deambular por la casa, seguir al cuidador, abrir y cerrar puertas o cajones, repetir frases, e hiperactividad. Dichos síntomas se pueden dar durante el día, pero es más frecuente que ocurra durante la noche. (Nilton, 2019)

**3.4.4 Quetiapina (QTP) mecanismo de acción:** El uso de la QTP en pacientes con trastornos afectivos ha sido demostrado en múltiples estudios clínicos, aleatorizados y a doble ciego. Debido a esto, la QTP es una de las drogas más utilizadas, sobre todo en pacientes con trastorno unipolar y bipolar.

El bloqueo de los receptores dopaminérgicos D2 en la vía mesolímbica podría ser el mecanismo principal de acción antipsicótica de la QTP ocasionando disminución de las alucinaciones. Además, la norquetiapina, que es un metabolito activo de la quetiapina se une a los receptores D1 Y D2, y al descomponerse rápidamente en los receptores D2 explicaría la necesidad de administrar dosis elevadas para lograr su efecto antipsicótico. (González- Zúñiga, 2019).

En cuanto a la influencia de la QTP en las vías dopaminérgicas nigroestriatal y tuberoinfundibular, hay que tener en cuenta que la serotonina actúa como modulador negativo mediante su acción sobre el receptor 5HT2A. La QTP antagoniza este receptor, lo que facilitaría la liberación de dopamina en estas vías ocasionando baja incidencia de efectos secundario tomando de ejemplo los síntomas extrapiramidales e hiperprolactinemia que originan otros antipsicóticos (Chiara di Pace, 2017)

La afinidad de la QTP tiene un papel fundamental en la serotonina y sus receptores por las características estabilizadoras del estado de ánimo que ocasiona esta medicación. Al unirse la QTP al receptor serotoninérgico ocasiona cambios en las vías de transducción de señales intracelulares y en la actividad de los factores de crecimiento nervioso. (León-Regal, 2014)

Se ha demostrado que la monoterapia con QTP suele ser eficaz para los pacientes con depresión bipolar aguda. La dosis recomendada en ellos es de 50 mg el día 1, 100 mg el día 2, 200 mg el día 3 y 300 mg el día 4. En cambio, en pacientes con depresión mayor, la QTP es considerada

como un complemento en el tratamiento. La dosis inicial es de 50 mg el primer y segundo día, y puede aumentarse hasta 150 mg el tercer y cuarto día, indicando que la dosis diaria recomendada en pacientes con trastorno depresivo mayor es de 150 a 300 mg/día. (Silverstone, 2012)

Los síntomas depresivos como el aislamiento social, la anhedonia, el retraso psicomotor, y la pérdida de motivación se den a la disminución de la neurotransmisión dopaminérgica en la corteza prefrontal (CPF). Se cree que la norquetiapina, mediante el antagonismo 5HT<sub>2A</sub> y 5HT<sub>2C</sub> facilita la liberación de dopamina en la CPF observada en pacientes con trastornos relacionados con la depresión (33). La recaptura de dopamina en la CPF es mediada por el transportador de noradrenalina, en tanto que la norquetiapina es un inhibidor potente de dicho transportador, lo cual agrega otro mecanismo a la eficacia antidepressiva. La QTP como la norquetiapina facilitan la transmisión serotoninérgica mediante el agonismo parcial de los receptores 5HT<sub>1A</sub>, los cuales se asocian con efectos antidepressivos y ansiolíticos en seres humanos. (Rovera, 2018). Por medio de este mecanismo se incrementa la neurotransmisión serotoninérgica a nivel de las neuronas del rafe en el tallo cerebral y modula la función de la serotonina en las regiones límbicas y corticales. La norquetiapina también activa los receptores 5HT<sub>1A</sub> en el hipocampo, lo cual resulta en regeneración neuronal mediante el aumento del factor neurotrófico derivado de cerebro. La norquetiapina se une además al receptor 5HT<sub>7</sub>, el cual está relacionado con la depresión y los trastornos del ritmo circadiano, lo cual ha sido documentado en forma experimental, concluyendo que el antagonismo hacia el receptor 5HT<sub>7</sub> ocasionado por la norquetiapina contribuye a la acción antidepressiva de este fármaco. (Cross et al, 2016)

**3.4.5 Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) de Cummings modificado.** - Es una entrevista estructurada cuyo objetivo es obtener información sobre la presencia de síntomas neuropsiquiátricos y conductuales. El NPI fue elaborado para su aplicación en enfermos con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, pero puede resultar de utilidad para valorar los cambios de conducta en otras condiciones. La sintomatología recogida se refiere a los cambios experimentados desde el inicio de la enfermedad y que se han mantenido en el último mes. Valora diez aspectos diferentes: ideas delirantes, alucinaciones, sueño, agitación, depresión, ansiedad, euforia, apatía, desinhibición y conducta motriz anómala. (Musa et al, 2017)

Este instrumento es que permite ahorrar el tiempo de la anamnesis, ya que cada área valorada incluye una pregunta de exploración o de screening, lo cual se detalla de la siguiente manera:

- Ideas delirantes o delirium: ¿Tiene el paciente ideas que usted sabe que no son reales? ¿Por ejemplo, insiste en que la gente intenta hacerle daño o robarle algo?
- Alucinaciones: ¿Tiene el paciente alucinaciones tales como visiones o escucha voces imaginarias? ¿Parece ver, oír o experimentar cosas que no existen?
- Sueño: ¿Se levanta por las noches? ¿Pasea o se viste durante la noche o le impide dormir a usted?
- Agitación: ¿Tiene el paciente periodos en los que se niega a cooperar o no deja que la gente le ayude?, Es difícil de tratar?
- Depresión: ¿El paciente tiene episodios de llanto o de sollozos que parecen indicar tristeza?
- Ansiedad: ¿El paciente está muy nervioso, preocupado o tiene miedo sin motivo aparente? ¿Parece muy tenso o agitado? ¿Tiene miedo de estar lejos de usted?
- Euforia: El paciente suele estar de buen humor constantemente y de manera anormal o encuentra divertido lo que no lo es.
- Apatía: ¿El paciente ha perdido interés por el mundo que le rodea? ¿Ha perdido el interés por hacer cosas o le falta motivación para empezar nuevas actividades?
- Desinhibición: ¿Parece actuar el paciente de manera impulsiva, sin reflexionar?
- Conducta motora anómala: ¿Va y viene por la casa sin un objetivo aparente? ¿Busca desordenadamente, abriendo y vaciando cajones o armarios?

El tiempo de administración de la prueba dependerá de la presencia/ausencia de esta sintomatología y puede durar entre 10 y 30 minutos aproximadamente. (Musa et al, 2017)

### **3.4.6 Diagnóstico y tratamiento**

#### **3.4.6.1 Ideas delirantes o delirium**

El tratamiento del delirio suele ser muy complicado e incluye explorar todas las causas reversibles como, por ejemplo: sepsis, deshidratación, un fallo orgánico mayor y las producidas por medicaciones psicoactivas y opioides.

Inicialmente se intentará calmar al paciente y ayudarle en la parte comunicativa a través del apoyo familiar, profesional y social, que son más convenientes que las medidas de sujeción mecánica. En las primeras etapas, el enfermo se da cuenta de su alteración mental y preguntara porque se siente confuso y desorientado, se debe explicar a la familia la situación y el tratamiento a seguir, procurando hacerlo en un ambiente tranquilo, con objetos conocidos y



seguros y limitando sus visitas., para lo cual se debe involucrar a la familia en su cuidado y en el proceso de toma de decisiones. Los enfermos con delirio no son muy comunicativos y a veces son agresivos, Si dicha situación es severa se puede llegar a la sedación paliativa. (Díaz, 2017)

#### Criterios diagnósticos DSM-V

A- Alteración de la conciencia con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención

B- Cambio en las funciones cognoscitivas o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo

C- La alteración se presenta en un corto período de tiempo y tiende a fluctuar a lo largo del día

D- Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica. (Gómez, 2017)

#### **3.4.6.2 Alucinaciones**

Las alucinaciones están determinadas en parte por el sitio de localización tumoral y edema peritumoral lo cual altera las vías neuronales. Los problemas más sugestivos son secundarios a procesos orgánicos que involucran los sentidos diferentes al oído; estas suelen evidenciarse en los lóbulos frontal, temporal y occipital, manifestándose con ideación delirante y reconocimiento de la irrealidad de las alucinaciones. Es muy importante la aproximación diagnóstica en el caso de estos pacientes, realizando un examen neurológico completo que evalúe puntos clave de las alucinaciones y con imágenes diagnósticas que ayuden a enfocar al paciente y, de esta manera, evitar que se difiera y no se trate oportunamente una condición médica que lo amerita. (Rus, 2014)

#### **3.4.6.3 Trastornos del sueño**

Existen varios abordajes con una posible repercusión positiva en la calidad del sueño como: aumentar la actividad diaria con la intervención del terapeuta ocupacional, reducir la duración de las siestas, suspender las sustancias estimulantes del SNC (cafeína, nicotina, alcohol), conseguir un ambiente favorable en la habitación con reducción de la luz y ruido, evitando así tareas asistenciales nocturnas, escuchar música suave, técnicas de relajación y conversar sobre los temores y ansiedades que tenga el paciente, porque si está preocupado o temeroso no podrá

dormir. Muchos encuentran apoyo compartiendo con otros sus problemas, por lo que se procurará mejorar la comunicación con su familia y romper la conspiración del silencio, si ésta existe. (Barahona, 2015)

El pilar fundamental del tratamiento es corregir las causas, pero como esto no es siempre posible, se procurará modificar el contenido y tiempo de administración de medicamentos como los diuréticos y corticoides en dosis única por la mañana o una benzodiazepina (BZ) en una dosis de inicio por la noche. Si el insomnio produce mucho malestar y no existe una causa clara es posible asumir que puede estar causado por ansiedad o depresión, por lo que se prescribirán benzodiazepinas, antidepresivos o antipsicóticos. (Mendoza, 2013)

#### **3.4.6.4 Agitación**

En el manejo de la agitación se debe descartar principalmente la causa orgánica que esté justificando dicho cuadro. Como norma general, debe considerarse una agitación psicomotriz como psiquiátrica cuando presente psicopatología propia de una agitación psiquiátrica y no cuando el resto de pruebas complementarias arrojen resultados negativos. Es decir, no se trata de un diagnóstico de exclusión sino de un diagnóstico positivo. (Suyo, 2015)

Al hablar de agitación psiquiátrica regularmente la conciencia está clara y no suele existir desorientación témporo-espacial mientras dure el cuadro, a diferencia del delirium en el cual el paciente manifiesta alucinaciones sobre todo auditivas e ideas delirantes. (Fonseca, 2017)

#### **3.4.6.5 Depresión**

El cuadro clínico de depresión en pacientes oncológicos puede ser muy complejo de diferenciar de otros síntomas que suelen aparecer en el paciente con cáncer (astenia, inapetencia e insomnio) 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.

Al diagnosticar depresión se debe realizar una entrevista clínica, acorde a los del DSM y CIE. En ciertos pacientes que no cumplan estos criterios clínicos de depresión, podrían beneficiarse de una intervención psicológica y de la valoración por un especialista en cuidados paliativos.

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. (Rojas, 2017)

La intervención psicológica es un pilar fundamental del tratamiento de la depresión, al evaluar el soporte emocional y psicosocial en todas los pacientes que reciben atención paliativa.

Se recomienda inicialmente usar medicación antidepressiva como los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) en ciertos casos que el paciente manifieste un cuadro depresivo de varias semanas de duración. Estos medicamentos tienen poca incidencia de efectos adversos, lo que los hace los fármacos de primera elección.

Existe seguridad al usar QTP en los síntomas depresivos que manifiestan los pacientes esquizofrénicos evidenciado por la disminución del insomnio y ansiedad, disminución de los sentimientos de culpa, reducción de la contemplación del suicidio y de síntomas somáticos, mejoría en funcionalidad laboral entre otros. (Crempien, 2017)

#### **3.4.6.6 Ansiedad**

Algunos pacientes con ansiedad moderada pueden beneficiarse de medidas de apoyo, siendo esencial la presencia de una persona que les cuide, le pueda escuchar activamente y les ayude en la reestructuración de aspectos de su mundo interno a través de crear un clima de confianza y contención tranquilizadora. El cuidador debe centrarse en cuatro tareas concretas: 1) fomentar los recursos propios del paciente, enseñándole técnicas de manejo del estrés, la relajación, imaginación, distracción, etc., que sean adecuados para afrontar la situación; 2) detectar las necesidades específicas de cada individuo, las que se evidencian más frecuentemente son: ansiedad, depresión, miedo, insomnio, ira, pérdida de interés, dependencia y falta de concentración; 3) Proporcionar soporte emocional y no de curación, lo cual sería engañar al paciente, explicarle que se van a atender sus quejas, y a evitar en lo posible el sufrimiento y 4) favorecer la utilización de técnicas de reestructuración cognitiva para tratar de modificar las creencias negativas y sustituirlas por creencias racionales que favorezcan una mejor adaptación y superación de los acontecimientos negativos vividos, así como dirigir su atención a aspectos positivos de su vida, a arreglar sus asuntos pendientes, a despedirse, a reconocer que su vida ha tenido un motivo y ha sido útil. (Gasull, 2013)

#### **3.4.6.7 Euforia**

La euforia en el contexto de una condición médica que requiere de cuidados paliativos también puede ir acompañada de síntomas como inquietud, alucinaciones, desorientación, confusión,

paranoia, y cambios de humor. Además, se ha descrito que varias drogas recreativas e ilegales tienen el efecto de inducir euforia. (SNS, 2019)

#### **3.4.6.8 Apatía**

La presencia de apatía constituye un importante problema de salud pública que constituye uno de los síntomas relacionados con la demencia que peor tolera el cuidador. La apatía se relaciona con varias deficiencias en la vida de cada individuo, un aparente empeoramiento cognitivo, un mayor aislamiento social, y un importante desgaste del funcionamiento global en la vida diaria. Los tratamientos para la apatía incluyen intervenciones tanto conductuales como farmacológicas, dirigidas a los cambios psicosociales y a los cambios neuroquímicos y neuropatológicos en las enfermedades oncológicas. Los tratamientos farmacológicos actuales de la apatía incluyen, aunque no están limitados a, lo siguiente: Estimulantes del SNC, Antidepresivos, Antipsicóticos atípicos, Apomorfina, Amantadina, Inhibidores de la colinesterasa. Las intervenciones no farmacológicas están escasamente estudiadas en la literatura, en la práctica clínica se carece de herramientas claras. (Alvarado, 2019)

#### **3.4.6.9 Desinhibición**

La desinhibición es frecuente en los pacientes con trastornos cognitivos como la demencia y se incluyen dentro de los trastornos conductuales junto con otros como, agitación, agresividad, deambulación errática, alteraciones del sueño y del ritmo circadiano, reiteraciones verbales, gritos. Es importante hacer hincapié en que el tratamiento de este cuadro va de la mano con el manejo global de la condición psiquiátrica establecida. (Esbec, 2015)

#### **3.4.6. 10 Conducta motora anómala**

El conocimiento de los trastornos del movimiento y de la conducta motora es de utilidad para el especialista de cuidados paliativos, dada la frecuencia de asociación de estas entidades en patologías psiquiátricas y neurológicas y las implicaciones futuras. (López et al, 2021) Como hemos notado dichas situaciones son secundarias a varios procesos muy complejos, lo cual hace difícil el correcto diagnóstico, descifrar el mismo es muy importante ya que ciertos cuadros suelen ser reversibles siempre y cuando reciban tratamiento oportuno mejorando así su calidad de vida.

#### **4. FORMULACION DE LA HIPOTESIS**

La depresión, la ansiedad, el delirium y otros síntomas psiquiátricos son muy prevalentes en el contexto del cáncer, y la intervención farmacológica es un componente importante en la atención psicosocial general del paciente.

Los psiquiatras, oncólogos y médicos de cuidados paliativos que trabajan como miembros de un equipo multidisciplinario tienen la oportunidad de enfocarse en múltiples síntomas que afectan negativamente la calidad de vida del paciente con el uso estratégico de medicamentos psicotrópicos cuando se considere apropiado.

#### **5. METODOLOGIA**

##### **5.1 JUSTIFICACION DEL METODO UTILIZADO**

El trabajo se centra en aspectos observables y susceptibles de cuantificación, pues utilizo estadística para el análisis de los datos, siendo un estudio transversal ya que el presente estudio pretende estudiar la utilidad farmacológica de la quetiapina en trastornos conductuales, en un momento determinado. Y se utilizarán medidas de significancia, además realizare un análisis inferencial por lo que utilizare medidas no paramétricas como chi cuadrado, para llegar a tener la respuesta a nuestro problema planteado.

##### **5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

- Según la intervención del investigador: Observacional
- Según la planificación de la toma de los datos: Prospectivo
- Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio: Transversal
- Según el número de variables analíticas: Descriptivo

##### **5.2.1 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO**

Revisamos un universo de 7213 pacientes de la consulta externa y 198 pacientes de la hospitalización paliativa, en total 7411 en los 10 meses que duro el presente estudio de los cuales extrajimos una muestra de 103 pacientes con que cumplieron con los criterios de inclusión, señalados en nuestra investigación, los cuales detallo a continuación:

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años
- Presencia de alteración del nivel de conciencia (somnolencia, obnubilación)
- Estancia hospitalaria prevista mayor de cuarenta y ocho horas
- Pacientes con cuadro clínico de agitación psicomotriz.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años
- Presencia de alteración del nivel de conciencia (sopor, coma)
- Hipersensibilidad a la quetiapina
- Estancia hospitalaria prevista menor de cuarenta y ocho horas
- Paciente en Situación de últimos (SUD) o agonía.
- Afasia severa.
- 

### **5.2.2 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION**

La información se recolectó en una base de datos la cual contiene las siguientes datos: pacientes mayores de 18 años, ambos sexos, antecedentes psiquiátricos personales; sin discriminar si tienen antecedentes patológicos psiquiátricos preexistentes, escala de rendimiento paliativo (PPS), Condiciones preexistentes, Localización del cáncer , Antecedentes farmacológicos y polifarmacia en pacientes que reciben atención paliativa en la consulta externa y en la Hospitalización paliativa del Instituto Oncológico Nacional SOLCA Guayaquil en un periodo de 10 meses comprendido desde el mes de octubre 2020 hasta el mes de julio del 2021.

Este proyecto de investigación fue presentado a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil y a la Coordinación de Docencia del Instituto Oncológico Nacional Solca-Guayaquil y tras su posterior aprobación se me facilitó el acceso a las historias clínicas para la recolección de datos de los pacientes que incluí en el presente estudio.

Este trabajo no representa riesgo para los pacientes ya que, al ser tipo retrospectivo, me limite recolectar datos, clasificarlos y ordenarlos. Complementando esta información se debe recalcar que el anonimato de los pacientes se mantuvo de principio a fin, dado que no incluye nombres, número de identificación, número de historia clínica que revele la identidad de los pacientes, garantizando el derecho de confidencialidad.

### 5.2.3 TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION

La presente tesis consiste en un estudio transversal obteniendo información desde las historias clínicas mediante un formulario para la recolección de datos y el inventario neuropsiquiátrico de Cummings, solicitando para ello el respectivo consentimiento informado por parte de las autoridades de SOLCA. Una vez recolectados los datos se creará una base de datos en el programa Microsoft Excel, los resultados se tabularon usando el mismo programa estadístico para la realización de tablas y gráficos. Se proyecta realizar estadística descriptiva, mediante la distribución de frecuencia y porcentaje de los datos de cada variable en estudio; además se espera emplear las tablas de contingencia para determinar la relación entre las variables.

### 5.2.4 TECNICAS DE ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizaron los análisis univariados, donde se detallaron en un análisis descriptivo de cada una de las variables, cuantitativas. Se calcularon las medidas de tendencia central, y de dispersión, obteniendo también la frecuencia absoluta.

Las variables cualitativas permiten deducir los valores conceptuales que rigen este estudio, los cuales permiten un análisis de los factores estudiados.

El análisis bi-variado, consistió en el cruce de las variables independientes, con las dependientes, obteniéndose así el intervalo de confianza requerido.

## 5.3 VARIABLES

**VARIABLE DEPENDIENTE:** TRASTORNOS CONDUCTUALES

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** PACIENTES QUE RECIBEN CUIDADOS PALIATIVOS

**VARIABLE INTERVINIENTE:** UTILIDAD Y DOSIS DE QUETIAPINA

### 5.3.1 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Indicador	Unidades, Categorías o Valor Final	Tipo/Escala
<i>Variable dependiente, de respuesta o de supervisión*</i>			
Trastornos conductuales descritos en el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) de Cummings	Alteraciones que afectan el estado mental y social de la persona descritos en una entrevista estructurada que	1.-Delirio 2.-Alucinación 3.- Sueño 4.-Agitación 5.-Depresión 6.-Ansiedad	Categórica

	examina la presencia, severidad y frecuencia de síntomas comportamentales	7.-Euforia 8.-Apatía 9.-Desinhibición 10.-Conducta motora sin Finalidad	
<b><i>Variables independientes, predictivas o asociadas*</i></b>			
Pacientes con atención paliativa	Pacientes que reciben atención para mejorar la calidad de vida de ellos y de sus cuidadores controlando los síntomas de enfermedades graves y los efectos secundarios de los tratamientos.	1.- Historia clínica	Categórica
Sexo	Según sexo biológico	1.-Femenino 2.-Masculino	Nominal Dicotómica
Edad	Años cumplidos al momento de la investigación	1.-18-64 años 2.->65 años	Continua Politémica
Localización del cáncer	Órgano o sistema del organismo afectado por la enfermedad neoplásica	1.-Mama 2.-Tiroides 3.-Estomago 4.-Colorrectal 5.-Neoplasias hematológicas 6.-Aparato reproductor 7.-Neoplasia cerebral 8.-Pulmon 9.-Otros	Categórica
Antecedentes psiquiátricos	Episodios previos que hayan requerido atención o tratamiento psiquiátrico o psicológico	1.-SI 2.-NO	Categórica
Palliative Performance scale (PPS)	Es una herramienta que se utiliza para evaluar el desempeño funcional y para determinar la progresión hacia el final de la vida	1.-80-100% 2.-40-70% 3.-<30%	Continua Politémica
Condición preexistente	Aquellas dolencias, discapacidades y patologías que ha experimentado, o sigue padeciendo una persona con anterioridad	1.-Constipacion 2.-Insuf. Renal 3.-Hipocalcemia 4.-Insuf. Hepática 5.-Hiperamonemia 6.-Hiponatremia 7.-Hiperglucemia 8.-Hipernatremia 9.-Hipoglucemia 10.-Hipercalcemia 11.-Metastasis Cerebrales 12.-ACV	Categórica
Medicamentos/ antecedentes farmacológicos	Es una sustancia con propiedades para el tratamiento o la	1.-Ansiolíticos 2.-Corticoides 3.-Antipsicóticos	Categórica



	prevención de enfermedades en los seres humanos.	4.-Relajantes musculares 5.-Antidepresivos 6.-Opioides 7.-Antibióticos 8.-Anticonvulsivante.	
Polifarmacia	Uso simultáneo o excesivo de varios medicamentos, por ejemplo un número grande de fármacos o una dosis excesiva	1.-<5 2.-6-9 3.->10	Continua Politómica
<b><i>Variables intervinientes (sólo especificar si el nivel de investigación es explicativo)*</i></b>			
Utilidad de la quetiapina	Eficacia y seguridad clásicas de un medicamento y efectos positivos sobre la salud (satisfacción con el tratamiento, comodidad), así como a los posibles gastos individuales y sociales evitados.	1.-Buena respuesta 2.-Respuesta parcial 3.-Sin respuesta	Categoría
Dosis de quetiapina	Cantidad de medicamento que contiene la medida exacta de principio activo para que sea eficaz, efectivo y seguro para el paciente y le resuelva el problema de salud	1.-25mg 2.-50mg 3.->100mg	Continua Politómica

## 6. PRESENTACION DE RESULTADOS

### 6.1 Inferencia estadística

En este capítulo se estudiará mediante técnicas de inferencia estadística como tablas de contingencia y la prueba Chi-cuadrado, la posible relación existente entre la utilidad de la quetiapina en pacientes que reciben cuidados paliativos y las siguientes variables:

1. Trastornos conductuales descritos en el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) de Cummings
2. Pacientes con atención paliativa
3. Sexo
4. Edad
5. Localización del cáncer
6. Antecedentes psiquiátricos
7. Palliative Performance scale (PPS)
8. Condición médica preexistente

9. Medicamentos/ antecedentes farmacológicos

10. Polifarmacia

11. Utilidad de la quetiapina

12. Dosis de la quetiapina usada en más de 48 horas

En total, se registra un tratamiento estadístico de datos provenientes de las 12 variables ya mencionadas, y una muestra compuesta por 103 pacientes. De lo cual, es necesario establecer de manera general la forma en que se plantearán las hipótesis.

A continuación, se presentarán los estadísticos descriptivos y tablas de frecuencias de forma individual para cada una de las variables, con el fin de obtener una representación mayormente sofisticada de la distribución de los datos.

**Tabla 1. Frecuencia del grupo de estudio en cuanto a los trastornos conductuales (variable dependiente)**

VARIABLE DEPENDIENTE	CATEGORIA	Nº	%	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	VARIANZA
TRASTORNOS CONDUCTUALES DESCRITOS EN EL INVENTARIO NEUROPSIQUIÁTRICO (NPI) DE CUMMINGS	1.- Ansiedad	76	73.79	1,28	,452	,204
	2.-Delirium	74	71.84	1,30	,461	,212
	3.-Alucinación	72	69.90	1,40	,492	,242
	4.- Apatía	69	66.99	1,53	,501	,251
	5.- Sueño	62	60.19	1,52	,502	,252
	6.-Euforia	59	57.28	1,26	,442	,195
	7.-Desinhibición	54	52.43	1,43	,497	,247
	8.-Depresion	49	47.57	1,33	,473	,223
	9.-Agitacion	48	46.60	1,48	,502	,252
	10.-Conducta motora sin Finalidad	44	42.72	1,57	,497	,247

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en los expedientes médicos.

## 6.2 Análisis de frecuencias de las variables independientes.

### Análisis Univariado

**Tabla 2: Características de los pacientes que reciben cuidados paliativos**

PACIENTES QUE RECIBEN CUIDADOS PALIATIVOS	CATEGORIA	Nº	%	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	VARIANZA
SEXO	1.-FEMENINO	60	58.3	1.42	.496	.246
	2.-MASCULINO	43	41.7			
EDAD	1.-18-64 AÑOS	55	53,4	1,47	,501	,251
	2.->65 AÑOS	48	46,6			
LOCALIZACIÓN DEL CÁNCER	1.-APARATO REPRODUCTOR	31	30.10	5,50	2,400	5,762
	2.-MAMA	14	13.59			
	3.- COLORRECTAL	8	6.80			
	4.- NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS	7	6.80			
	5.-TIROIDES	4	3.88			
	6.-NEOPLASIAS CEREBRALES	4	3.88			
	7.-ESTOMAGO	3	2.91			
	8.-PULMON	3	2.91			
	9.- OTROS	29	29.13			

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	1.-SI	43	41,7	1,58	,496	,246
	2.-NO	60	58,3			
PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS)	1.-80-100%	19	18,4	1,92	,537	,288
	2.-40-70%	73	70,9			
	3.-<30%	11	10,7			
CONDICIÓN PREEXISTENTE	1.-CONSTIPACION	64	62.13	1.379	0.4874	0.238
	2.-INSUF. RENAL	37	35.92	1.641	0.4821	0.232
	3.-HIPOCALCEMIA	35	33.98	1.66	0.476	0.227
	4.-INSUF. HEPATICA	34	33.01	1.67	0.4725	0.223
	5.-HIPERAMONEMIA	33	26.21	1.68	0.4689	0.22
	6.-HIPONATREMIA	27	21.35	1.738	0.4419	0.195
	7.-HIPERGLUCEMIA	22	19.42	1.786	0.4118	0.17
	8.-HIPERNATREMIA	12	11,65	1.883	0.3224	0.104
	9.-HIPOGLUCEMIA	10	9,70	1.903	0.2975	0.089
	10.-HIPERCALCEMIA	9	8,74	1.913	0.2838	0.081
	11.-METASTASIS CEREBRALES	9	8.74	1.913	0.2838	0.081
	12.-ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	6	5.83	1.942	0.2354	0.055
MEDICAMENTOS/ ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS	1.-OPIOIDES	86	83.50	1.660	.4760	.227
	2.-ANTIBIOTICOS	39	37.86	1.796	.4049	.164
	3.-ANSIOLITICOS	35	33.98	1.961	.1941	.038
	4.-ANTIDEPRESIVOS	25	20.39	1.971	.1690	.029
	5.-CORTICOIDES	21	20,38	1.165	.3730	.139
	6.-ANTICONVULSIVANTE	14	18.45	1.816	.3898	.152
	7.-ANTIPSICOTICOS	4	3.88	1.621	.4874	.238
	8.-RELAJANTES MUSCULARES.	3	2.91	1.893	.3104	.096
POLIFARMACIA	1.-<5	39	37.86	1.777	.6992	.489
	2.-6-9	48	46.60			
	3.->10	16	15.53			
UTILIDAD DE LA QUETIAPINA	1.-BUENA RESPUESTA	43	41.75	1.678	.7896	.576
	2.-RESPUESTA PARCIAL	46	44.66			
	3.-SIN RESPUESTA	14	13.59			
DOSIS DE QUETIAPINA	1.-25MG	27	26.21	2.087	.7810	.610
	2.-50MG	40	38.83			
	3.->100MG	36	34.95			

Con respecto a las características de los pacientes con trastornos conductuales que reciben atención paliativa, la mayor parte de la población manifestó ansiedad en un 73,7%, se observa además que no hubo diferencias significativas entre la presencia de ideas delirantes (delirium) en un 71,8% en relación con la presencia de alucinaciones con un 69,9%. La presencia de trastornos del sueño se dio en el 60,1% de los casos, agitación en el 46,6%, depresión en el 47,5%, euforia en un 57,2%, apatía en un 66,9, desinhibición en un 52,4% y conducta motora sin finalidad en un 42% respectivamente.

Dentro de los 103 pacientes que participaron en este estudio se observó que, en cuanto al sexo, existió un predominio femenino con un total 60 pacientes, que corresponden al 58,2 %. El grupo de edad más representativo fue el de los pacientes entre 18 a 64 años con el 53,4 %.

Dentro de los 103 pacientes que participaron en este estudio se observó que, en cuanto a la localización del cáncer fue más frecuentemente encontrado a nivel del aparato reproductor con un total 31 pacientes, que corresponden al 30,1% , seguido de un 29% de los casos otras neoplasias (tumores de cabeza y cuello, páncreas, vía biliar, mediastino, vejiga, hepatocarcinoma) posteriormente las neoplasias de mama con un 13,5% de los casos, las neoplasias colorrectales con el 6,8%, las neoplasias hematológicas con el 6,8% de los casos, el

cáncer de tiroides ocupó el 3,8 % respectivamente, neoplasias de estómago el 2,9% y del pulmón 2,9%.

De acuerdo a los datos recolectados los antecedentes psiquiátricos estuvieron presentes en el 41,7% de los casos, y la ausencia de estos en el 60%. En cuanto a la Escala de rendimiento paliativo (PPS) el 70,9% de los pacientes tuvieron entre el 40-70% del nivel de actividad que puede realizar un individuo y su capacidad de autocuidado, el 18,4% de los pacientes presentaron un PPS del 80-100% respectivamente, y el 10,7% tuvieron un PPS menor al 30% es decir con encamamiento y requerimiento de cuidados permanentes.

La comorbilidad asociada a trastornos conductuales más frecuente fue la constipación con un 62.13%, seguida de Insuficiencia renal con un 35,9% de los casos, se observa además que no hubo diferencias significativas entre la presencia de hipocalcemia (33,9%) e Insuficiencia hepática (33%). La hiperamonemia estuvo presente en una 26,21% de los casos. En cuanto a los trastornos electrolíticos, hiponatremia ocupa el 21,35%, hiperglucemia 19,42%, hipernatremia 11,65%, hipoglucemia el 9,70%, hipercalcemia el 8,74%, metástasis cerebrales con un 8,74% y accidente cerebrovascular con un 5,8% de los casos.

Con respecto a la polifarmacia el 46.60% usaron entre 6-9 fármacos mientras presentaban trastornos conductuales, seguido del 37.86% que usaron menos de 5 fármacos, y el 15.53% usaron más de 10 fármacos para múltiples situaciones medicas mientras se encontraban hospitalizados o evaluados en la consulta externa.

Los fármacos relacionados a la etiología de los trastornos conductuales usados por los pacientes del presente estudio fueron los opioides en un 83,5% de los casos, seguidos de los antibióticos en un 37,8%, ansiolíticos en un 33,9%, antidepresivos con un 20,3%, corticoides con un 20,3%, anticonvulsivantes con un 18,4%, antipsicóticos con un 3,8%, relajantes musculares con un 2,9%.

Durante más de 48 horas, se le realizó seguimiento a los pacientes usando una dosis establecida para cada tipo de pacientes y según la intensidad de los síntomas, el 38,8% utilizó 50mg de quetiapina, el 34,9% usó más de 100mg y el 26% usó 25mg de este fármaco. En cuanto a la utilidad de la quetiapina valorada por medio de la estrategia GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) la cual es una herramienta que permite evaluar la calidad de la evidencia utilizando la siguiente pregunta clínica realizada por el médico al evaluar al paciente que manifiesta trastornos conductuales, al recibir una dosis de quetiapina estandarizada según el tipo de trastorno, ¿cómo es la respuesta terapéutica: buena, parcial o mala ?, concluyendo que el 41,7% de la población estudiada presentó buena respuesta,

el 44,6% presento respuesta parcial, y el 13,5% mala respuesta al tratamiento con este antipsicótico atípico.

**Tabla 3. Tabla de contingencia referente a la variable dependiente y características de los pacientes que reciben cuidados paliativos**

Variable/medida Asociación con características de los pacientes	Chi cuadrado /recuento mínimo esperado	Significancia (P)	Coficiente contingencia	phi	V Cramer	OR Intervalo de confianza
Sexo	0,865/4,59	0,01	0,38	0,360	0,360	2,446(1,147-5,215)
Edad		0,02	0,22	0,216	0,216	-----
Localización del cáncer	8,019/0,84	<b>3,145</b>	0,295	0,279	0,279	4,737(1,555-14,429)
Antecedentes psiquiátricos	2,517/20,04	0,007	0,052	0,046	0,046	0,211(0,62 - 0,714)
Palliative performance scale (PPS)	0,419/0,80	0,000	0,198	0,132	0,132	6,652 (2,387-18,536)
Condición preexistente	0,523/17,24	4,162	0,165	0,141	0,141	2,214(10,24-4,786)
Medicamentos/ antecedentes farmacológicos	4,229/10,53	0,008	0,245	0,203	0,203	0,314(0,76-0,876)
Polifarmacia	1,227/ 4,82	0,167	0,125	0,109	0,109	0,567(0,86-0,996)

Al realizar el análisis de asociación, utilizando la prueba de chi cuadrado y para las variables en que se encontraron asociación se realizó la prueba de Odds ratio para lo cual creamos tablas de 2 por 2 para poder realizar la prueba, según el análisis estadístico realizado encontramos asociación entre los trastornos conductuales con respecto al sexo presento un valor de P de 0,01, con un OR de 2,446 y un intervalo de confianza que va desde 1,147 hasta 5,215.

Con respecto, a la edad encontramos un valor de p de 0,02 y presenta además un coeficiente de contingencia de 0,363 menor a uno, por tratarse de una tabla de 3 por dos no podemos valorar Odds ratio.

En cuanto a la localización del cáncer, hay asociación entre trastornos conductuales presentando un valor p de 3,145 con un valor de OR de 4,73(1,555-14,429). Entre las morbilidades hay asociación con condiciones clínicas preexistentes que presento un valor de p de 4,162 con un valor OR de 2,214 y un intervalo de confianza que va desde 10,24 hasta 4,786; y con el palliative performance scale con un valor de p de 0,000 con un OR de 6,652 con un intervalo de confianza que va de 2,387 hasta 18,536.

Con respecto a su asociación con antecedentes psiquiátricos se observó un p de 0,007, con un OR de 0,211 con un intervalo de confianza de 0,62 a 0,714.

En cuanto a la relación con los antecedentes farmacológicos se observó un p de 0,008 con un OR de 0,314 con un intervalo de confianza de 0,76 a 0,876. Estos intervalos de confianza no pasan la unidad por lo tanto son significativos.

**Tabla 4. Tabla de contingencia referente a la variable dependiente en relación con la utilidad y dosis de quetiapina**

Variable/medida Asociación con utilidad y dosis de quetiapina	Chi cuadrado/recuent o mínimo esperado	Significanc ia (P)	Coeficie nte continge ncia	phi	V Cramer	OR Intervalo de confianza
Utilidad de la quetiapina	1,78/6,60	0,03	,144	0,145	0,145	4,737 ( 1,555- 14,429)
Dosis de quetiapina	2,471/7,60	0,015	,153	0,155	0,155	2,470 ( 1,179 - 5,171)

Podemos observar que existe asociación entre la variable dependiente de trastornos conductuales con la utilidad de la quetiapina hay un valor de p de 0,03 con un OR de 4,737 y un intervalo de 1,555 a 14,429, y con la dosis de quetiapina hay un valor de p de 0,015 con un OR de 2,470 con un intervalo que va desde 1,179 a 5,171; con respecto a estas dos variables se encontró asociación estadísticamente significativa.

## 7. CONCLUSIONES

El realizar esta investigación constituye una experiencia importante pudiendo dar a conocer las características de los pacientes con trastornos conductuales que reciben atención paliativa, la mayor parte de la población del presente estudio manifestó ansiedad en un 73,7%, se observa además que no hubo diferencias significativas entre la presencia de ideas delirantes (delirium) en un 71,8% en relación con la presencia de alucinaciones con un 69,9%. La prevalencia de trastornos del sueño se dio en el 60,1% de los casos, agitación en el 46,6%, depresión en el 47,5%, euforia en un 57,2%, apatía en un 66,9, desinhibición en un 52,4% y conducta motora sin finalidad en un 42% respectivamente.

Durante el periodo de tiempo establecido de 10 meses se logró manejar dichos trastornos conductuales con una dosis de quetiapina, durante lo cual el 41,7% presento buena respuesta a dicha medicación, el 44,6% presento respuesta parcial, y el 13,5% mala respuesta al tratamiento con este antipsicótico atípico.

El tratamiento monoterápico y terapia combinada con QTP es tan eficaz y segura en el tratamiento de los trastornos conductuales en los pacientes que reciben atención paliativa, mejorando así la calidad de vida, cuyo tratamiento requiere terapia farmacológica e intervención psiquiátrica con un adecuado control de los síntomas físicos y conductuales.

Es de esta manera que se ha logrado dar el cumplimiento de los objetivos propuestos, tales como determinar la utilidad farmacológica de la quetiapina en los trastornos conductuales de pacientes que reciben Cuidados Paliativos, establecer las características de los pacientes con trastornos conductuales que reciben atención paliativa, determinar el beneficio de la quetiapina en pacientes con trastornos conductuales y determinar las comorbilidades y polifarmacia como factores influyentes de trastornos conductuales.

Para de esta manera se hizo un análisis integral sobre la utilidad de la quetiapina en los trastornos conductuales de los pacientes que reciben atención paliativa en el Instituto Oncológico Nacional SOLCA - Guayaquil.

## **8.- RECOMENDACIONES**

A continuación, se desarrollan las recomendaciones obtenidas a partir del trabajo de investigación realizado:

- a) El Instituto Oncológico Nacional SOLCA - Guayaquil, recibe la mayoría de pacientes con enfermedades neoplásicas ya sea en estadios agudos, avanzados o para cuidados paliativos; estas condiciones producen un mayor deterioro físico como mental y afectivo, por lo que se considera importante el diagnóstico de trastornos conductuales durante su atención en la consulta externa o en la hospitalización paliativa, sobre todo los de mayor prevalencia como la depresión, ansiedad, delirium.
- b) El personal médico de Cuidados Paliativos no psiquiátrico ni psicológico, debe identificar los trastornos psiquiátricos más frecuentes, para disminuir el malestar emocional del paciente y permitir una adecuada evolución y adherencia al tratamiento oncológico.
- c) Una vez identificado los trastornos, se debe realizar un seguimiento continuo por parte del servicio de Cuidados Paliativos y Psiquiatría y poder prescribir la medicación necesaria que mantenga controlados dichos síntomas.
- d) Replicar este tipo de estudio en otros Hospitales o Instituciones oncológicas con la finalidad de aportar con información y para efectos de comparación.





**2) Sexo:**

1. Masculino
2. Femenino

**3) Edad:**

1. 18-64 años
2. >65 años

**4) ¿A qué órgano o sistema de su organismo afectó el cáncer?**

1. Mama
2. Tiroides
3. Estomago
4. Colorrectal
5. Neoplasias hematológicas
6. Aparato reproductor
7. Neoplasia cerebral
8. Pulmón
9. Otros

**5) Antecedentes patológicos psiquiátricos:**

1. Si
2. No

**6) PPS (palliative performance scale)**

1. 80-100%
2. 40-70%
3. <30%

**7) Comorbilidades o condicion preexistente**

1. Constipacion
2. Insuf. Renal
3. Hipocalcemia
4. Insuf. Hepática
5. Hiperamonemia
6. Hiponatremia
7. Hiperglucemia
8. Hipernatremia
9. Hipoglucemia

10. Hipercalcemia
11. Metastasis Cerebrales
12. ACV

**8) Antecedentes farmacológicos:**

1. Ansiolíticos
2. Corticoides
3. Antipsicóticos
4. Relajantes musculares
5. Antidepresivos
6. Opioides
7. Antibióticos
8. Anticonvulsivante.

**9) Antecedentes farmacológicos (Polifarmacia)**

1. <5 farmacos
2. 6-9 farmacos
3. >10 farmacos

**10).- Dosis de quetiapina que esta recibiendo el paciente**

4. 25mg
5. 50mg
6. 100mg

**11) Por medio de la estrategia GRADE, se realiza una pregunta dirigida al medico que atiende al paciente con trastorno conductual ¿cómo fue la respuesta terapéutica hacia la quetiapina?,**

1. Buena respuesta
2. Respuesta parcial
3. Sin respuesta

## REFERENCIAS

- Acevedo-González JC, Salamanca-Terera ML (2020). Semiología de las alucinaciones en tumores del sistema nervioso central. Univ. Med. 61(4). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-4.semi>
- Alvarado I, Rosario I, García N. (2017). El trastorno antisocial de la personalidad en personas institucionalizadas en Puerto Rico: Estudio de casos. Rev Puertorriqueña Psicol [Internet]. <http://www.redalyc.org/html/2332/233237909005/>
- Astudillo W, Mendinueta C.(2008) Tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos, Pag 115. Universidad de Navarra, Ediciones Universidad de Navarra. EUNSA.Edición: 4ª, España ISBN: 84-313-1966-6
- Berganza C, Villaseñor S. (2008). Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Asociación Psiquiátrica de América Latina. 158-159. [https://www.gladet.org.mx/publicaciones/guia\\_latinoamericano\\_do\\_diagnostico\\_psiquiatrico.pdf](https://www.gladet.org.mx/publicaciones/guia_latinoamericano_do_diagnostico_psiquiatrico.pdf)\_ISBN 970-93769-8-5.
- Chen D, Yin Z, Fang B(2018). Measurements and status of sleep quality in patients with cancers. Support Care Cancer. 26(2):405-414. doi: 10.1007/s00520-017-3927-x. Epub 2017 Oct 23. PMID: 29058128.
- Chiara Di Pace, Silvia Paletta, Alessandra Reggior (2017) La quetiapina tiene eficacia antidepressiva. Sociedad Iberoamericana de Información científica. <https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/147187>
- Crempien C, Parra C, Grez B, Valdés F. (2017). Características sociodemográficas y clínicas de pacientes diagnosticados con depresión en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de Santiago, Chile. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 55(1):26-35. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272017000100004>
- Cross, A. J., Widzowski, D., Maciag, C., Zacco, A., Hudzik, T., Liu, J., Nyberg, S., & Wood, M. W. (2016). Quetiapine and its metabolite norquetiapine: translation from in vitro pharmacology to in vivo efficacy in rodent models. British journal of pharmacology, 173(1), 155–166. <https://doi.org/10.1111/bph.13346>

- Cruzado Lizardo, Custodio Nilton et al (2021). Frontotemporal dementia - behavioral variant as a differential diagnosis of primary psychiatric disorders. *Rev Neuropsiquiatr.* 84( 3 ): 183-204. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972021000300183&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972021000300183&lng=es). <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4035>.
- Díaz D. (2017) Psychopathological assessment of a ward of oncologic patients at Hospital Jimenez Díaz, Madrid (UHJD) [Internet]. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/679045>
- Esbec E, Echeburúa E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Esp Psiquiatr.* 2015;43(5):177–86. <https://medes.com/publication/102211>
- Flores-Rojas LE, González-Zúñiga Hernández LA. (2019). Efectos secundarios metabólicos de los antipsicóticos de segunda generación. *Med Int Méx.* 35(5), 721-731. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i5.2658>
- Fonseca E, Inchausti F, Ortuño J, Gutiérrez C, Gooding D, Paino M. (2014) Avances en la evaluación de los síntomas negativos en el síndrome psicótico. *Papeles Psicólogo* [Internet]. <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=77834057005>
- Fuentes et al (2017). Delirium en el paciente oncológico, *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 855-865. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.009>.
- Gallo, A., Lapointe, S., Stip, E., Potvin, S. y Rompré, P.-P. (2010). La quetiapina bloquea la mejora de la recompensa de la estimulación cerebral inducida por la cocaína. *Investigación del cerebro conductual*, 208 (1), 163-168. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2009.11.029>
- García H, Hurtado L.(2015) Guía de Práctica Clínica para el Trastorno de Ansiedad generalizada basada en el modelo de atención por pasos en atención primaria y salud mental. *Serv Andal Salud.* [https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2456/3/TranstornoAnsiedad\\_GuiaResumida\\_2015.pdf](https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2456/3/TranstornoAnsiedad_GuiaResumida_2015.pdf)
- Gasull V. (2013). Los trastornos de ansiedad. *Organ Médica Col Esp.* <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/illness-anxiety-disorder/diagnosis-treatment/drc-20373787>

- Hartung T, Brähler E, Faller H, Härter M, Hinz A, Johansen C, et al (2017). The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *Eur J Cancer Oxf Engl.* 72(1), 46-53.
- J. Gómez Peñalver, Eduardo García-Camba.(2017) Revisión del diagnóstico y actualización en el manejo del delirium, Hospital Universitario de La Princesa, *Psicosom. Psiquiatr.* (1)2:42-52. ISSN 2565-0564. [https://psicosomaticapsiquiatria.com/wp-content/uploads/2017/09/psicosom\\_psiquiatr\\_201712\\_42\\_52.pdf](https://psicosomaticapsiquiatria.com/wp-content/uploads/2017/09/psicosom_psiquiatr_201712_42_52.pdf)
- Jiménez M, Gallardo G, Villaseñor T, González A.(2017) La apatía en el contexto clínico. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet].* 42(2). <http://www.redalyc.org/html/806/80629187008/>
- Khaledi-Paveh B, Maazinezhad S, Rezaie L, Khazaie H. (2021) Treatment of chronic insomnia with atypical antipsychotics: results from a follow-up study. *Sleep Sci.* 14(1):27-32. doi: 10.5935/1984-0063.20190149. PMID: 34104334; PMCID: PMC8157779.
- León-Regal M, González-Otero L, León-Valdés A, de-Armas-García J, Urquiza-Hurtado A, Rodríguez-Caña G (2014) Bases neurobiológicas de la adicción al alcohol. *Revista Finlay [revista en Internet].* 4(1). <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/253>
- Lopez D et al. 2021. Complicaciones neurológicas del paciente con cáncer, *Psicooncología.* 8(1)53-64 ISSN: 1696-7240. DOI: 10.5209/rev\_PSIC.2011.v8.n1.5
- López de la Parra María del Pilar Marjan, Mendieta Cabrera Danelia et al (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud Ment [Internet].* 37(6 ): 509-516. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000600009&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600009&lng=es).
- Maneeton N, Maneeton B, Woottitluk P, Likhitsathian S, Suttajit S, Boonyanaruthee V, Srisurapanont M.(2016) Quetiapine monotherapy in acute treatment of generalized anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug Des Devel Ther.*10:259-276 <https://doi.org/10.2147/DDDT.S89485>
- Medina M, Sarti E. Real T (2015). La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Los determinantes sociales de la salud y de la salud mental, Academia Nacional de Medicina. Documento de postura 1(84), 59-60.

- Meldrum H. (2016). Comunicarse con pacientes que experimentan angustia mental. Presentación oral en: Cumbre de navegación de asesores de enfermería de oncología. *Enfermería universitaria*, 12(3), 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
- Mendoza S, Márquez O, Guadarrama R, Ramos L. (2013) Medición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos. *Salud Ment.* 36(6):493–503. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n6/v36n6a7.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2014). Cuidados paliativos Guía de Práctica Clínica. <http://salud.gob.ec>
- Moreno J. (2016). Síndrome metabólico en pacientes tratados con antipsicóticos del albergue para desamparados divina misericordia de la ciudad de Machala [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Loja] <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/16591>
- Musa, G., Henríquez, F., Muñoz-Neira, C., Delgado, C., Lillo, P., & Slachevsky, A. (2017). Utility of the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) in the assessment of a sample of patients with Alzheimer's disease in Chile. *Dementia & neuropsychologia*, 11(2), 129–136. <https://doi.org/10.1590/1980-57642016dn11-020005>
- National Cancer Institute (2017). Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedadsufrimiento-pro-pdq>
- National Cancer Institute (2017). Factores de riesgo del cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo>
- National Cancer Institute. (2017). Qué es el cáncer? [Internet]. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- National Cancer Institute. (2017). Tensión postraumática relacionada con el cáncer [Internet]. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/supervivencia/nueva-normalidad/ptsd-pro-pdq>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Cuidados paliativos. [Comentario en foro en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Panamericana de la salud (2019). Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras. [Comentario en foro en línea].

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Enfermedades%20no%20transmisibles%20%20hechos%20y%20cifras.pdf>

Ortega R, André M. (2017). Impactos del modelo integrativo de regulación emocional grupal en usuarios con trastorno de ansiedad generalizada. *Enseñ E Investig En Psicol.* 21(1). <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=29248180002>

Pino D. (2017) Prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados y su relación con los aspectos socio-demográficos y clínicos de la enfermedad, en el Hospital Oncológico de « SOLCA» núcleo Quito-Ecuador, [Tesis de posgrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador] <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5350>

Pousa Rodríguez Verónica, Miguez Amboage Ana et al (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *rev.colomb.cancerol.* 19(3) 166-172. <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2015.04.005>.

Rodriguez et al, (2008). Ansiedad, Depresión Y Salud. *Suma Psicológica.* Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia 15(1), 43-73.

Rojas O, Fuentes C, Robert P. (2017). Psicooncología en el hospital general. Alcances en depresión y cáncer. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 28(3):450-9. DOI: 10.1016/j.rmclc.2017.05.017.

Román Nuria, Valle Maria, (2021)- Depresión resistente y cuidados paliativos oncológicos: a propósito de un caso clínico. *Psiquiatría.com.* <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=depression-resistente-y-cuidados-paliativos-oncologicos-a-proposito-de-un-caso-clinico>

Ronny Muñoz M, Marta Quiroga (2012). Tratamiento de otros síntomas en cuidados paliativos. Unidad de Cuidados Integrales Oncológicos, Santiago, Chile. <https://xdoc.mx/documents/tratamiento-de-otros-sintomas-en-cuidados-5f0b7be22b437>

Rovera C, Di Pace C, Paletta S, Reggiori A, Ciappolino V, Mauri MC, Altamura AC. (2018). Antidepressants efficacy of the antipsychotic quetiapine. *Trabajos Distinguidos Psiquiatría* 3(5):4-10. [https://www.siicsalud.com/pdf/td\\_psiquiatria\\_3\\_5\\_o0518.pdf](https://www.siicsalud.com/pdf/td_psiquiatria_3_5_o0518.pdf)



- Rus M, Lemos S. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. Cuad Med Psicosomática. 111:89–93. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906966>
- Silverstone PH, Lalies MD, Hudson AL. (2012) Quetiapine and buspirone both elevate cortical levels of noradrenaline and dopamine in vivo, but do not have synergistic effects. Front Psychiatry 3:82. DOI=10.3389/fpsyt.2012.00082
- SNS (2019). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, ministerio de sanidad, política social e igualdad, España, Pag 287. [http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo\\_306.pdf](http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_306.pdf)
- Suyo V, Isabel M. (2015) Tratamiento de la agorafobia con realidad virtual. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2117>
- Tahir TA, Eeles E, Karapareddy V et al (2010). . A randomized controlled trial of quetiapine versus placebo in the treatment of delirium. J Psychosom Res. 69(5):485-90. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.05.006.



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **BAQUE HIDALGO JENIFFER ELIZABETH**, con C.C: # 0917216343 autor/a del trabajo de titulación: **“QUETIAPINA” UTILIDAD EN TRASTORNOS CONDUCTUALES EN PACIENTES QUE RECIBEN CUIDADOS PALIATIVOS**, previo a la obtención del título de **ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 16 de mayo del 2022

f. 

Nombre: **BAQUE HIDALGO JENIFFER ELIZABETH**

C.C: **1312868035**

**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	"Quetiapina" Utilidad en trastornos conductuales en pacientes que reciben Cuidados Paliativos		
<b>AUTOR(ES)</b>	MD. Jeniffer Elizabeth Baque Hidalgo		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado/Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Cuidados Paliativos		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Cuidados Paliativos		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	16 de mayo del 2022	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	39
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Cuidados Paliativos		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Cuidados paliativos, cáncer, trastornos conductuales, quetiapina, delirium, ansiedad.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>	<p>Antecedentes: Las enfermedades neoplásicas se han convertido en una patología común en la actualidad, y sus implicaciones desarrollan trastornos físicos, psiquiátricos, conductuales y sociales que afectan a pacientes y familiares. El tratamiento monoterápico y terapia combinada con Quetiapina (QTP) es eficaz y seguro en los pacientes que reciben atención paliativa, mejorando su calidad de vida.</p> <p>Objetivo: Determinar la utilidad farmacológica de la QTP en los trastornos conductuales de pacientes que reciben Cuidados Paliativos.</p> <p>Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal realizado en el Instituto Oncológico Nacional Solca-Guayaquil, en la consulta externa de Cuidados Paliativos, Psiquiatría y Hospitalización Paliativa, se empleó la estadística descriptiva analizando las variables de edad, sexo, durante octubre del 2020 hasta julio del 2021. Se utilizó el sistema GRADE con el propósito de optimizar la calidad de la evidencia.</p> <p>Resultados: La asociación entre la variable dependiente de trastornos conductuales con la utilidad de la QTP hay un valor de p de 0,03 con un OR de 4,737 y un intervalo de confianza que va 1,555 hasta 14,429, el cual no pasa la unidad por lo tanto es significativo.</p> <p>Conclusiones: La QTP demostró ser beneficiosa al ser valorada por medio de la estrategia GRADE, utilizando la siguiente pregunta realizada por el medico dirigida al paciente o familiar: al recibir una dosis de QTP estandarizada según el tipo de trastorno, ¿cómo es la respuesta terapéutica: buena, parcial o mala?, el 41,7% presento buena respuesta, el 44,6% respuesta parcial, y el 13,5% mala respuesta.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593980143397	<b>E-mail:</b> jeniffer.baque@cu.ucsg.edu.ec	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre: Antonio Aguilar</b>		
	<b>Teléfono:</b> +593998452054		
	<b>E-mail:</b> posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			