



## CARTAS AL DIRECTOR

# Dilema en la toma de decisiones: paciente con cáncer avanzado y esquizofrenia

Gabriela Picco<sup>1\*</sup>, Rocío Ríos Cabrera<sup>2</sup>, Isabel Erquiaga<sup>1</sup> y Wilfredo Bendezú Romero<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios. Pamplona, Navarra, España. <sup>2</sup>Equipo de Soporte Domiciliario, Hospital San Juan de Dios. Pamplona, Navarra, España. <sup>3</sup>Centro Salud Mental. Burlada, Pamplona, Navarra, España

Recibido el 25 de agosto de 2019

Aceptado el 10 de marzo de 2020

Picco G, Ríos Cabrera R, Erquiaga I, Bendezú Romero W. Dilema en la toma de decisiones: paciente con cáncer avanzado y esquizofrenia. *Med Paliat.* 2020;27(2):148-149.

Sr. Director:

La atención al final de la vida implica la presencia de situaciones clínicas complejas en las que entran en conflicto valores y perspectivas que deben ser analizadas para que la decisión final sea la mejor, tal como expresan González-Timoneda y cols. en vuestra publicación<sup>1</sup>.

Las decisiones son procesos en los cuales participan el equipo sanitario, pacientes, familiares, y a veces los comités de ética asistencial. Para elegir el camino que otorgue el mayor beneficio para el enfermo, el método es la deliberación, que se centra básicamente en el análisis de hechos, valores y deberes<sup>1-4</sup>.

La praxis psiquiátrica frecuentemente presenta dilemas éticos. Los pacientes con esquizofrenia pueden tener dificultades para decidir debido a la intensidad de la psicopatología y a la carencia de conciencia de enfermedad, como fue en este caso<sup>2</sup>.

La esquizofrenia resistente al tratamiento se presenta en aproximadamente un 30 % de los enfermos, y la clozapina continúa siendo el *gold standard* del tratamiento, pero a veces es dificultoso su uso por efectos adversos, como son las complicaciones cardíacas. Es el caso de la miocarditis y/o pericarditis que, aunque raras, revisten gravedad<sup>5</sup>.

Comentamos el caso de un varón de 58 años con esquizofrenia refractaria e intentos de suicidio repetidos diagnosticado de cáncer gástrico con metástasis pulmonares. Ingresó en cuidados paliativos para control sintomático. Recibía clozapina desde el año 2014 en dosis variables, entre 50 y 200 mg, asociado a benzodiazepinas con aceptable control. Al empeorar con alucinaciones y mayor depresión, su psiquiatra aumentó la clozapina a 300 mg/día. A los 10 días de dicho aumento, presentó taquicardia, disnea, dolor torácico y febrícula; electrocardiograma: taquicardia sinusal y supradesnivel del ST V1-V4; analítica: troponina I normal; ecocardiograma: derrame pericárdico moderado.

La actitud médica a seguir sugerida en las guías es suspender clozapina e iniciar AINE y colchicina/corticoides, dada la posibilidad de que la pericarditis se complique con taponamiento cardíaco<sup>5</sup>.

Existía en este enfermo el riesgo de que su esquizofrenia resistente empeorara al suspender clozapina, y por ello fue un dilema. El paciente no era competente para deliberar sobre riesgos ni beneficios y había delegado en un representante legal de su familia la toma de decisiones; dicho representante delegó la decisión en el equipo sanitario.

\*Autor para correspondencia:

Gabriela Picco

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios. C/Beloso Alto, 3; 31006, Pamplona, España

Correo electrónico: [gabpicco@hotmail.com](mailto:gabpicco@hotmail.com)

DOI: [10.20986/medpal.2020.1114/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1114/2019)

De manera multidisciplinar, y en consonancia con su familia, se concluyó que el bienestar mental del enfermo era prioritario, teniendo en cuenta su situación en final de vida. La severidad de su enfermedad mental podía agregar grave sufrimiento en el periodo en el que el confort y la minimización de dicho sufrimiento es un imperativo<sup>1,2,4,6</sup>.

No se suspendió la clozapina, aun conociendo el riesgo de que la pericarditis se complicara y se agregaron AINE/ corticoides. La clozapina ofrecía estabilidad psiquiátrica al enfermo y su pericarditis fue remitiendo, por lo cual continuó con este fármaco hasta el final de vida, falleciendo por complicaciones de su cáncer al mes de iniciado este debate y sin exacerbación de su esquizofrenia.

Otro caso de pericarditis por clozapina que generó un debate similar fue publicado recientemente por Johal y cols. en la revista *British Medical Journal*<sup>6</sup>, en el que por razones parecidas también se decidió continuar con clozapina pese a todo.

Cualquier decisión, especialmente en el final de la vida, precisa una ponderación continua y la reflexión bioética ayuda a la toma de decisiones. La decisión final tomada ha de demostrar que no hay acciones alternativas moralmente preferibles y que se han minimizado los efectos negativos.

Se trata, por tanto, de deliberar sobre los distintos cursos de acción, llegando al consenso de que la intervención es apropiada, buena y justa<sup>2,4,6</sup>.

## Bibliografía

1. González-Timoneda M, Nabal Vicuña M, González-Timoneda A. Cuestiones bioéticas en la práctica clínica asistencial: a propósito de un caso. *Med Paliat.* 2018;25:291-7.
2. Ramos Pozón S. Las voluntades anticipadas en salud mental: hechos y valores. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2015;8:244-5.
3. Lolas F. Ethics in psychiatry: A framework. *World Psychiatry.* 2006;5:185-7.
4. Gracia D, Rodríguez J (Direc.). Conflictos éticos en psiquiatría y psicoterapia. Fundación Ciencias de la Salud; 2014 [consultado el 1 de octubre de 2015]. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/conflictos\\_eticos\\_psiqutriapsicoterapia.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/conflictos_eticos_psiqutriapsicoterapia.pdf)
5. Markovic J, Momcilov-Popin T, Mitrovic D, Ivanovic-Kovacevic S, Sekuli S, Stojisic-Milosavljevic A. Clozapine-induced pericarditis. *Afr J Psychiatry (Johannesbg).* 2011;14:236-8.
6. Johal HK, Barrera A. Clozapine-induced pericarditis: an ethical dilemma. *BMJ Case Rep.* 2019;12:e229872.