

Bibliografía

1. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations; 2006.
2. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1. Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1. 2014.
3. Sociedad Española de Psiquiatría. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2020;13:177–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.10.005>.
4. Novella E. Introducción: Salud Mental y Ciudadanía. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2018;38:511–3, <http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200009>.
5. Gooding P., McSherry B., Roper C., Grey F. Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne; 2018.
6. Barbu C, Purgato M, Abdulmalik J, Caldas-de-Almeida JM, Eaton J, Gureje O, et al. Efficacy of interventions to

reduce coercive treatment in mental health services: Umbrella review of randomised evidence. Br J Psychiatry. 2020;1–11, <http://dx.doi.org/10.17605/OSF.IO/S76T3>.

Julián Gómez Peñalver*,
Carmen Fernández de Henestrosa Serra
y José Luis Ayuso-Mateos

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: julianasensio.gomez@salud.madrid.com
(J. Gómez Peñalver).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.02.001>

1888-9891/ © 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEP y SEPB.

¿Los pacientes psiquiátricos son más vulnerables ante la ley de la eutanasia española?



Psychiatric patients are more vulnerable to the Spanish euthanasia law?

Sr. Director:

La eutanasia activa y el suicidio asistido (EAS) son legales en Luxemburgo, Países Bajos, Colombia, Alemania, Nueva Zelanda, Bélgica, Canadá, Suiza y en algunos estados de los Estados Unidos y Australia¹. Con la ley aprobada el 17 de diciembre de 2020 por el congreso de los diputados (BOE-122/000020) España se suma a los países donde la EAS es legal. Las personas que pueden acogerse a dicha ley serían aquellas mayores de edad y en plena capacidad de obrar y decidir, que tendrían que tener un padecimiento grave, crónico e imposible de curar o una enfermedad grave e incurable causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables. Esta ley empodera a pacientes que pueden estar viviendo bajo circunstancias insoportables, dándoles la opción de morir. Sin embargo, también abre la puerta a que pacientes psiquiátricos con un trastorno mental (muchos de ellos considerados como crónicos, imposibilitantes y causantes de dolor psíquico) puedan solicitar EAS. Una reciente revisión sistemática ha constatado un aumento de los pacientes psiquiátricos que demandan EAS en los países donde está legalizada¹. Los autores encontraron que las características clínicas de los sujetos que solicitaron o fueron casos de EAS eran similares a las que tienen los pacientes psiquiátricos que realizan suicidio consumado: historia de intento previo, aislamiento, trastorno depresivo, trastorno de personalidad. Otra población vulnerable a la aplicación de esta ley es la población geriátrica. Existe un crecimiento en las demandas de EAS de pacientes con síndromes geriátricos en los países menos restrictivos con la ley². El problema es que estos síndromes suelen venir acompañados de pro-

blemas psiquiátricos y emocionales, así como de problemas cognitivos.

Esta ley invita a la reflexión en los 3 puntos reseñados anteriormente: 1) plena capacidad de obrar; 2) grave, crónico e incapacitante / incurable; y 3) causante de un dolor psíquico intolerable.

En primer lugar, la ley de la eutanasia requiere que el paciente tome la decisión de solicitar EAS de forma consciente, siendo capaz de entender las consecuencias de solicitar la EAS frente a las alternativas de tratamiento disponibles. La capacidad de toma de decisiones se relaciona con las habilidades de recoger el feedback relevante, de comprender las consecuencias de sus decisiones y de emitir y comunicar un veredicto en base al análisis de esa información³. Aunque padecer un trastorno mental no incapacita al paciente a la hora de tomar decisiones, sí que puede limitar su capacidad. De hecho, los déficits cognitivos en toma de decisiones son un rasgo de vulnerabilidad en los pacientes suicidas⁴. Los pacientes con estos déficits toman decisiones en base a las recompensas a corto plazo (p. ej., alivio del dolor) sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo (p. ej., muerte), dando lugar a tomar decisiones más arriesgadas. Estudios previos en Holanda han mostrado en más de la mitad de los casos de EAS que el médico evaluador emitió un juicio global acerca de la capacidad decisiva del paciente, sin basarse en pruebas cognitivas validadas⁵. Además, una gran cantidad de pacientes psiquiátricos retiran su solicitud de cometer EAS a medio camino¹. Este hecho muestra que el deseo de morir no es estable en el tiempo y se relaciona con variables estado que pueden ser tratadas. La ley tiene previsto estos posibles cambios ya que el paciente debe reiterar su deseo de solicitar EAS, impidiendo así conductas impulsivas. Sin embargo, con el fin de proteger a los pacientes psiquiátricos, sería recomendable establecer una evaluación estructurada y multidisciplinar de la capacidad de decidir y del riesgo de suicidio ante una solicitud de EAS, de forma que se evalúen las capacidades neurocognitivas del paciente y su estado psicológico general basándose en pruebas válidas y fiables,

todo ello con un seguimiento y una reevaluación pasado un tiempo.

En cuanto a los términos crónico e incurable, en la propia definición de dolor psicológico se incluyen los sentimientos de desesperanza, impotencia e irreversibilidad del dolor, con una duración prolongada en el tiempo⁶. En un estudio reciente Lengvenyte et al.⁷ analizaron las historias clínicas de 66 pacientes que solicitaron EAS en Países Bajos utilizando el método de abstracción de datos en busca de 9 dimensiones de dolor psicológico. Este estudio mostró que el 100% de los pacientes sentían dolor psicológico irreversible. Sin embargo, uno de los resultados más llamativos fue que los pacientes que habían rechazado el tratamiento mostraban un mayor número de dimensiones de dolor psicológico. En este sentido, fármacos como la buprenorfina o la psicoterapia han mostrado tener eficacia en la reducción del dolor psicológico⁸. Consecuentemente, si hay tratamientos eficaces para disminuir el dolor psicológico se pone en duda la irreversibilidad de dicho dolor. Además, actualmente conceptos como la depresión resistente al tratamiento son duramente criticados, ya que no existe un consenso claro entre profesionales sobre cuándo un determinado caso se considera intratable. Así, antes de aprobar la solicitud de EAS de un paciente, es lógico que se considere la combinación de psicoterapia y tratamientos con propiedades analgésicas como una solución para el dolor tanto físico como psicológico además de los tratamientos recomendados para los trastornos mentales.

Por último, supone que como condición para aprobar una petición de EAS la enfermedad o sus limitaciones asociadas deben originar sufrimiento psicológico o físico constante e insoportable. Sin embargo, el dolor psicológico intenso es una característica presente en casi todos los trastornos psiquiátricos y se ha convertido en una variable transdiagnóstica en psiquiatría⁶. Del mismo modo, se ha considerado el suicidio «clásico» como una forma de escapar de un dolor psicológico insoportable. De hecho, un dolor psicológico elevado es capaz de predecir futuros intentos de suicidio en pacientes depresivos⁹. Además, el dolor psicológico y el dolor físico comparten estructuras biológicas comunes, y el aumento de uno de ellos puede aumentar el otro¹⁰. Este círculo vicioso se ha relacionado con un aumento de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con dolor crónico.

No se trata de psiquiatrizar a los pacientes que solicitan EAS ni de dejar en manos de los psiquiatras la decisión sobre quién puede beneficiarse de esta ley (de hecho abogamos por un equipo multidisciplinar), sino más bien de proteger a los pacientes psiquiátricos con riesgo de suicidio, ya que se les podrían dar los medios necesarios para consumarlo, algo que choca frontalmente con los esfuerzos de prevención del suicidio recomendados a nivel mundial desde hace décadas. Ahora bien, la deficiencia de psiquiatras y psicólogos en el sistema público de salud español conlleva a limitaciones en el acceso al tratamiento en salud mental. La cuestión, por tanto, no es si el dolor psicológico es irreversible, sino más bien, si el sistema de salud es capaz de ofrecer medios suficientes para tratar este dolor psicológico dando todas las opciones de tratamiento posibles al paciente. En cuestión de costes y beneficios es más barato prescribir EAS que dotar al sistema de salud

de mayor número de profesionales y costear las consultas y la psicoterapia adecuadas, sobre todo cuando hablamos de pacientes geriátricos y psiquiátricos que «gastan más que aportan». Este tipo de pensamientos y una ley laxa nos podrían llevar a una «pendiente resbaladiza» en la cual se prescribiese EAS sistemáticamente por falta de medios con la excusa de que el dolor del paciente es irreversible².

Financiación

AA-C declara una subvención proporcionada por la Generalitat Valenciana (APOSTD/2020/104).

Conflicto de intereses

Lucas Giner declara haber recibido pagos como asesor por Janssen, como conferenciante por Janssen, Exeltis y Angelini, recibido pago a través de inscripciones a cursos y congresos Janssen, Exeltis, Adamed, Angelini y Otsuka-Lundbeck en los últimos 5 años.

Philippe Courtet declara haber recibido honorarios o becas de investigación o de conferencias educativas de Otsuka, Lundbeck, Exeltis, Pfizer y Janssen

Estas declaraciones no plantean conflicto de intereses con lo expuesto.

Bibliografía

- Calati R, Olié E, Dassa D, Gramaglia C, Guillaume S, Madeddu F, et al. Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. *J Psychiatr Res.* 2021;135:153–73, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.006>.
- Meier DE. The treatment of patients with unbearable suffering—The slippery slope is real. *JAMA Intern Med.* 2020; <http://dx.doi.org/10.1093/jamainternmed.2020.6884>.
- Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med.* 1988;319:1635–8, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM19881223192504>.
- Alacreu-Crespo A, Guillaume S, Sénèque M, Olié E, Courtet P. Cognitive modelling to assess decision-making impairments in patients with current depression and with/without suicide history. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2020;36:50–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.04.006>.
- Doernberg SN, Peteet JR, Kim SYH. Capacity evaluations of psychiatric patients requesting assisted death in the Netherlands. *Psychosomatics.* 2016;57:556–65, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2016.06.005>.
- Fava GA, Tomba E, Brakemeier EL, Carrozzino D, Cosci F, Eöry A, et al. Mental pain as a transdiagnostic patient-reported outcome measure. *Psychother Psychosom.* 2019;88:341–9, <http://dx.doi.org/10.1159/000504024>.
- Lengvenyte A, Strumila R, Courtet P, Kim SYH, Olié E. "Nothing hurts less than being dead": Psychological pain in case descriptions of psychiatric euthanasia and assisted suicide from the Netherlands. *Can J Psychiatry.* 2020;65:612–20, <http://dx.doi.org/10.1177/0706743720931237>.
- Courtet P, Olié E, Giner L. Eutanasia suicidio asistido e implicaciones preventivas. En: Giner J, Medina A, Giner L, editores. *Encuentros de psiquiatría vol. 9 de la antropología a la investigación. Pozuelo de Alarcón: ADAMED; 2019. p. 29–38.*
- Alacreu-Crespo A, Cazals A, Courtet P, Olié E. Brief assessment of psychological pain to predict suicidal events at one year

in depressed patients. *Psychother Psychosom.* 2020;89:320–3, <http://dx.doi.org/10.1159/000506957>.

10. Rizvi SJ, Iskrac A, Calati R, Courtet P. Psychological and physical pain as predictors of suicide risk: Evidence from clinical and neuroimaging findings. *Curr Opin Psychiatry.* 2017;30:159–67, <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000314>.

Adrián Alacreu-Crespo^{a,b,c,*}, Lucas Giner^{c,d}
y Philippe Courtet^{a,b}

^a PSNREC, Univ Montpellier, INSERM, CHU de Montpellier, Montpellier, Francia

^b Department of Emergency Psychiatry and Acute Care, Lapeyronie Hospital, CHU Montpellier, Montpellier, Francia

^c Laboratory of Social Cognitive Neuroscience, Psychobiology-IDOCAL, Faculty of Psychology, University of Valencia, Valencia, España

^d Departamento de Psiquiatría, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adrian.alacreu@uv.es
(A. Alacreu-Crespo).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.01.003>

1888-9891/ © 2021 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Intoxicación por litio: la amenaza SILENTiosa



Lithium toxicity: The SILENT threat

Sr. Director:

El litio es un fármaco utilizado en medicina fundamentalmente en Psiquiatría como tratamiento del trastorno bipolar y en menor medida en Neurología (preventivo de la cefalea en racimos y del síndrome de Kleine-Levin). El tratamiento con litio puede dar lugar a neurotoxicidad tanto aguda como crónica¹. El síndrome de neurotoxicidad irreversible causada por litio (SILENT) hace referencia a las secuelas neurológicas persistentes tras la intoxicación por litio. Describimos un caso de SILENT secundario a un golpe de calor.

Varón de 42 años con antecedentes de trastorno bipolar tipo 1, enolismo crónico, meningitis en la infancia, epilepsia y discapacidad intelectual leve. Seguía tratamiento con carbonato de litio 400-200-400 mg, ácido valproico 500-500-500 mg, olanzapina 10-10-10 mg y clonazepam 1-1-1 mg. La última litemia (12 días antes del ingreso) estaba en rango terapéutico (0,9 mEq/L). El paciente fue encontrado en vía pública en verano de 2018 por deterioro del nivel de consciencia (Glasgow Coma Scale 6), hipertermia (40 °C) e hipotensión (70/40 mmHg), requiriendo intubación. Análiticamente destacaba una hiponatremia grave (120 mEq/L) sin rhabdmiolisis (CK 317 U/L), permitiendo excluir razonablemente el síndrome neuroléptico maligno y sospechando un golpe de calor. El resto de la analítica, punción lumbar y tóxicos en orina fueron normales. Los niveles de valproato eran normales, pero no se solicitó la litemia. La tomografía axial computarizada (TAC) craneal mostró una hidrocefalia triventricular ya conocida. Tras 24 horas la natremia era de 134 mEq/L. Al cuarto día se extubó al paciente, evidenciándose unos movimientos coreoatetósicos generalizados continuos, disartria escandida, nistagmo horizonte-rotatorio amplio inagotable y tetraparesia espástica. Se suspendió el litio y se inició levodopa/carbidopa, con leve mejoría clínica. Días después se pudo objetivar un claro síndrome cerebeloso bilateral, con dismetría apendicular y ataxia truncal. Se realizaron dos resonancias magnéticas nucleares (RMN) cerebrales, la primera a los nueve días del ingreso y la segunda a los 24 (fig. 1A), ambas sin evidenciar cam-

bios compatibles con mielinólisis. Tras un mes de ingreso el paciente mantenía un trastorno cerebeloso apendicular y axial grave con movimientos coreoatetósicos, tetraparesia leve y piramidalismo. Una RMN tras ocho meses (fig. 1B) no evidenció alteraciones diferentes a la hidrocefalia conocida. Dada la semiología neurológica, la persistencia de secuelas tras más de dos meses de la supresión del litio y la neuroimagen normal, el paciente fue diagnosticado finalmente de SILENT.

El SILENT engloba aquellas secuelas neurológicas resultantes de la intoxicación aguda por carbonato de litio, y menos frecuente por su uso crónico, que persisten tras dos meses del cese del tratamiento^{1,2}. A pesar de que el litio todavía es ampliamente utilizado hoy en día, el SILENT es una entidad infrecuente^{1,3,4}. Su fisiopatología

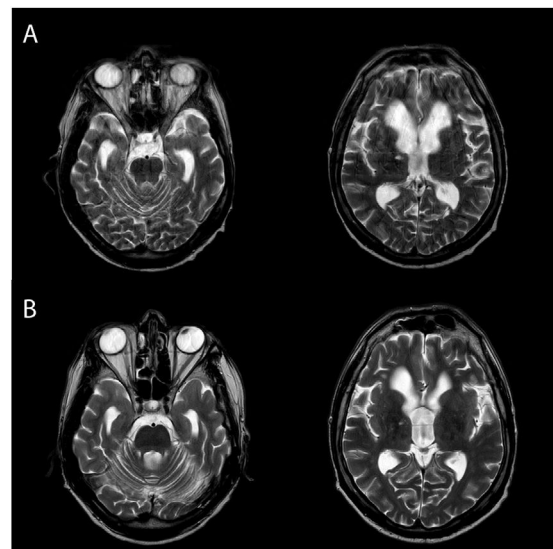


Figura 1 Evolución de RMN cerebral.

Pie de imagen: RMN cerebral en secuencia T2, cortes transversales a nivel de protuberancia (A1 y B1) y ganglios de la base (A2 y B2), de nuestro paciente. Las imágenes A) corresponden a la RMN realizada durante el ingreso, a los 24 días del inicio de la clínica, y las imágenes B) a la realizada a los 8 meses. En ambas se objetiva una hidrocefalia triventricular sin que se evidencien las lesiones desmielinizantes características de la mielinólisis osmótica ni en protuberancia ni en ganglios de la base.