



Figura 2 Resonancia magnética de alta resolución a nivel del ángulo pontocerebeloso. A) Imagen con secuencia 3D-FIESTA (three-dimensional fast imaging using steady-state acquisition): se observa contacto vascular (flecha larga) con el nervio facial derecho (flecha corta). B, C) Angiografía por resonancia magnética 3D-TOF (three-dimensional time-of-flight): se observa un bucle vascular de la arteria cerebelosa anteroinferior derecha (flecha) en el interior del conducto auditivo interno.

hona et al. combinaron todas estas hipótesis proponiendo que los fenómenos de hiperexcitabilidad central, junto con la activación de reflejos trigeminofaciales por la llegada de estímulos nociceptivos al núcleo caudal del trigémino y la posible compresión del facial por la dilatación de los vasos situados en contacto con el nervio, podrían provocar episodios de EHF en pacientes predispuestos durante sus crisis de migraña¹.

Consideramos que el EHF desencadenado por migraña podría llegar a incluirse dentro de las complicaciones de la migraña, en analogía con las crisis epilépticas desencadenadas por migraña⁴. En su patogenia podrían implicarse tanto mecanismos centrales como mecanismos periféricos.

Bibliografía

1. Barahona-Hernando R, Cuadrado ML, García-Ptacek S, Marcos-de-Vega A, Jorquera M, Guerrero A, et al. Migraine-triggered hemifacial spasm: three new cases. *Cephalalgia*. 2012;32:346–9.
2. Husid MS. Migraine accompanied by hemifacial spasm: a case report. *Headache*. 2005;45:249–50.

3. Cuadrado ML, Fernández-de-las-Peñas C, Santiago S, Vela L, Pérez-Conde C, Pareja JA. Hemifacial spasm induced by trigeminal stimuli and coupled with ipsilateral migraine: a spasmodic migraine. *Cephalalgia*. 2006;26:1150–2.
4. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24(Suppl. 1):9–160.

C. Valencia^{a,*}, M.L. Cuadrado^a, R. Barahona-Hernando^a, C.M. Ordás^a, M. González-Hidalgo^b, M. Jorquera^c y J. Porta-Etessam^a

^a Servicio de Neurología, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense, Madrid, España

^b Servicio de Neurofisiología, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense, Madrid, España

^c Diagnóstico por Imagen, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristinavalencias@gmail.com (C. Valencia).

doi:10.1016/j.nrl.2012.06.005

Respeto a la autonomía del paciente con demencia y la necesidad de colaboración interdisciplinar

Respect for dementia patients' autonomy and the need for interdisciplinary cooperation

Sr. Editor:

Hemos leído con atención la interesante revisión de Álvaro sobre la competencia en demencia publicada en *NEUROLOGÍA*¹, que se inicia con una aproximación a la filosofía y la legislación sobre el consentimiento informado (CI), en la que se alerta sobre el riesgo de que este supla aspectos fundamen-

tales de la interacción médico-paciente y se entienda como un simple elemento «legal».

La obligatoriedad del CI del paciente como norma general ha sido valorada como una posible interferencia en la rutina clínica desde sus inicios hasta la actualidad, habiéndose destacado, por ejemplo, las dificultades que representa para la investigación en sujetos con demencia^{2,3}. Sin embargo, Lidz, Appelbaum y Meisel ya señalaban en 1988 que el problema podía no ser la doctrina, sino la manera en que habitualmente se implementa². Los cambios sociales preceden a los legislativos y desde los años noventa disponemos de leyes en comunidades autónomas como Canarias (11/1994), Andalucía (2/1998) y Cataluña (21/2000) que contemplan el consentimiento informado, culminando en la promulgación de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del

paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁴. Todas ellas persiguen dar respuesta a una problemática existente en la sociedad y así lo especifican en su exposición de motivos.

Cabe subrayar que la necesidad de establecer un marco normativo en las relaciones clínico-asistenciales persiste. Aspectos concretos de indudable interés en el campo de las demencias, como el uso de sujeciones físicas y farmacológicas, presentan aún a día de hoy una importante heterogeneidad, tanto en su prevalencia como en su procedimiento de aplicación⁵. La inquietud de la sociedad y los profesionales al respecto queda patente en la celebración de jornadas y elaboración de documentos de revisión y consenso por instituciones como el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB)⁵ y continúa impulsando el desarrollo de legislación en nuestro entorno, como el Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, para el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra⁶. Esfuerzos legislativos como este, si bien pueden suponer un esfuerzo específico para los profesionales y aplicarse desde la perspectiva de la medicina defensiva en determinados casos, es de esperar que supongan modificaciones en la práctica clínica que redunden en beneficios para la seguridad del paciente y el respeto a sus derechos.

Sin olvidar la complejidad terminológica y conceptual de la palabra «competencia»⁷, el concepto de capacidad es una pieza clave en el ejercicio actual de la medicina. La necesidad de formación en la evaluación de la capacidad para todos los profesionales que trabajen con pacientes de edad avanzada ha sido repetidamente subrayada a nivel internacional⁸. Por ello, nos gustaría resaltar la contribución del artículo de Álvaro a la difusión de información de relevancia en la materia y a la homogeneización y estructuración de las exploraciones relacionadas con las competencias en demencia, especialmente en relación con la creciente importancia que se otorga a las evaluaciones actuariales⁹, en línea con el documento Sitges¹⁰.

La capacidad, tal y como se señala en el artículo de Álvaro, implica las funciones psíquicas superiores en su conjunto y su evaluación resulta en extremo compleja¹, más aún si nos centramos en la capacidad jurídica (también abordada por la revisión). El legislador ha establecido la obligatoriedad de acordar el dictamen médico previo a la decisión sobre la incapacitación (artículo 759 de la Ley de Enjuiciamiento Civil¹¹). En línea con los beneficios del abordaje multidisciplinar descritos en la literatura¹², nos mostramos a favor de la incuestionable importancia de los especialistas en neurología en los casos de demencias¹, así como la de otros profesionales, como psiquiatras o psicólogos. La práctica del médico forense, al que la ley otorga la función de asistencia técnica a juzgados, tribunales, fiscalías y oficinas del Registro Civil¹³, deberá tener en consideración la información de todos estos profesionales, así como toda aquella a la que por su cargo tenga acceso y la que obtenga de su exploración directa del presunto incapaz en su labor de asistir al juez.

En línea con la multiplicidad de informaciones que debe valorarse, Moyer y Marson (2009)⁸ califican la evaluación de la capacidad como un área emergente en la práctica y la investigación, y concluyen que resultan necesarios estudios sobre la relación entre los modelos clínicos y legales de capacidad y la relación entre evaluación clínica y deci-

siones jurídicas. El objetivo de la valoración es ajustarse a las necesidades individuales del sujeto, identificando su necesidad de protección y manteniendo sus derechos en las áreas preservadas. En el contexto actual, tendente a evitar la incapacitación total, limitando la protección a las áreas con necesidades, resulta obligada una intensa colaboración interdisciplinaria entre profesionales clínicos y del ámbito judicial, los generadores de políticas sociales y legisladores para abordar con éxito el binomio autonomía/protección. En esta línea de actuación, las iniciativas de colaboración están proliferando gratamente en nuestro entorno. Así, el documento Sitges¹⁰ ha resultado el punto de partida para el Observatorio sobre la Salud cognitiva, Autonomía y Competencia (OBSCAC), fruto de la colaboración entre la Sociedad Española de Neurología, el Consejo General del Poder Judicial, el COMB, la Fundación ACE del Institut Català de Neurociències Aplicades y la Obra Social de Catalunya Caixa¹⁴.

El abordaje de esta materia en la revista NEUROLOGÍA refleja el interés actual de los profesionales de esta especialidad por proporcionar una atención integral y de calidad a los pacientes que asisten y contribuye a los esfuerzos actuales de difusión de la cultura del respeto de los derechos de los pacientes.

Bibliografía

1. Álvaro LC. Competencia: conceptos generales y aplicación en la demencia. *Neurología*. 2012;27:290–300.
2. Lidz CW, Appelbaum PS, Meisel A. Two models of implementing informed consent. *Arch Intern Med*. 1988;148:1385–9.
3. Galeotti F, Vanacore N, Gainotti S, Izzicupo F, Menniti-Ippolito F, Petrini C, et al. How legislation on decisional capacity can negatively affect the feasibility of clinical trials in patients with dementia. *Drugs Aging*. [consultado 10/8/2012]. doi: 10.2165/11630810-000000000-00000.
4. González Hernández ME, Castellano Arroyo M. El consentimiento en las actuaciones médicas en las comunidades autónomas españolas: regulación actual. *Rev Esp Med Legal*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.remml.2012.03.001>.
5. Arimany Manso, Padrós Selma J, Gómez-Durán EL, Menchón JM, Gasol J, Juan Castán L, et al. Quaderns de la bona praxi: Aspectes ètics i medicolegals de les contencions. En prensa.
6. Teijeira Álvarez R, Caballín Yáñez JM. Sujeciones físicas y farmacológicas: una ley pionera. *Rev Esp Med Legal*. 2012;38:3–4.
7. Simón-Lorda PS. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2008;102:325–48.
8. Moyer J, Marson DC. Assessment of decision-making capacity in older adults: an emerging area of practice and research. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007;62:3–11.
9. Hardman D. The nature and analysis of judgement. En: McAleer A, editor. *Judgment and decision making: psychological perspectives*. Chichester: British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd; 2009. p. 8–17.
10. Boada M, Robles A, editores. Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Barcelona: Editorial Glosa SL; 2009.
11. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, 8 de enero de 2000, núm. 7, p. 575–728.
12. Grand JH, Caspar S, Macdonald SW. Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *J Multidiscip Healthc*. 2011;4:125–47.

13. Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal. Boletín Oficial del Estado, 9 de marzo de 1996, núm. 60, p. 9633–6.
14. Sociedad Española de Neurología. La SEN participará en el Observatorio sobre Salud, Autonomía, Competencia y Derechos Humanos [consultado 12 Jun 2012]. Disponible en: <http://www.sen.es/noticias/78-noticias-sen/158-la-sen-participara-en-el-observatorio-sobre-salud-autonomia-competencia-y-derechos-humanos>.

E.L. Gómez-Durán^{a,b,*}, C. Martín-Fumadó^c, E. Barbería-Marcalain^{c,d}, D. Clos Masó^a y J. Arimany-Manso^a

^a *Servei de Responsabilitat Professional, Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB), Barcelona, España*

^b *Fundació Sociosanitària de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España*

^c *Institut Medicina Legal de Catalunya (IMLC), Barcelona, España*

^d *Unitat d'Anatomia Humana i Embriologia, Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elgomezduran@comb.cat (E.L. Gómez-Durán).

doi:10.1016/j.nrl.2012.06.012

Competencia en demencia: tarea de todos por completar

Competence in dementia: the unfinished task before us

Sr. Editor:

Me satisface enormemente que nuestra revisión sobre competencia en demencia¹ despierte interés y comentarios como el que antecede². Al reconocerse en él la trascendencia del asunto y llamar a la colaboración, no solo médica y neurológica, sino interdisciplinar, se resaltan precisamente aspectos fundamentales que intentamos transmitir en nuestro trabajo. En concreto, el papel de la neurología, al lado de otras especialidades, y también la necesidad de profundizar en el reconocimiento de la competencia en situaciones específicas.

La demencia impone limitaciones funcionales, que son precisamente las que la definen, y limita la comprensión de decisiones con sus consecuencias, entre ellas las diagnósticas y terapéuticas. Es aquí donde nos corresponde establecer niveles de competencia y perfilar protocolos y normas de consenso: deberían incluir situaciones clínicas tan comunes y delicadas como la contención física o química, o la capacidad para entender las ventajas y los riesgos de la participación en ensayos clínicos, situaciones estas muy oportunamente mencionadas en el comentario previo².

La incapacitación es una figura legal que se contempla como un instrumento de protección al enfermo, aunque las consecuencias que derivan de la pérdida de autonomía nos lleven a huir de ella. Corresponde a la Justicia, y no a las especialidades médicas, el establecerla. No obstante, el peritaje, basado en evaluación de expertos, es un elemento crucial de la misma. De aquí que sean adecuadas las llamadas a la colaboración interdisciplinar, que incluyan a expertos clínicos y a juristas de diversos campos. Sería muy deseable establecer campos de discusión específicos y priorizarlos para progresar algo más allá de documentos tan válidos como el de Sitges y otros, reconocidos por el

autor de la carta². En esta tarea hay que tener además muy presente que la demencia es un proceso evolutivo, con necesidades específicas dependiendo de fases y situaciones que discurren en períodos muy amplios, que pueden ser superiores a una década si el diagnóstico es lo suficientemente precoz. Si no se definen el momento, la situación y el nivel concreto de competencia de la misma, la aplicabilidad práctica será muy limitada.

Si en la búsqueda de consensos precisamos un diagnóstico preciso del momento evolutivo y la situación, a los que la colaboración pluridisciplinar tanto puede aportar con consenso y con investigación³, en escenarios de la vida diaria que no sean clínicos queda aún más por hacer: sirvan como ejemplos la capacidad para votar en distintas fases de demencia en unas poblaciones cada vez más seniles, o la validez de decisiones económicas de riesgo. De modo que el tema posee implicaciones sociológicas evidentes, que debemos reconocer. Es muy posible que una sociedad informada y asesorada también tenga que opinar y decidir⁴.

El interés compartido en materia tan compleja e impactante es un avance que nos va a beneficiar a todos, expertos clínicos y juristas, pero especialmente a los enfermos con demencia y sus familias. Agradezco a NEUROLOGÍA que sirva de vehículo para ello.

Bibliografía

1. Álvaro LC. Competencia: conceptos generales y aplicación en la demencia. *Neurología*. 2012;17:290–300.
2. Respeto a la autonomía del paciente y necesidad de colaboración pluridisciplinar. *Neurología* 2012;17.
3. Hurst S. Clinical research on conditions affecting cognitive capacity. En: Illes J, Sahakian BJ, editores. *The Oxford handbook of neuroethics*. Oxford University Press: Oxford; 2011. p. 513–28.
4. Hughes JC. Future scoping: ethical issues in aging and dementia. En: Illes J, Sahakian BJ, editores. *The Oxford handbook of neuroethics*. Oxford University Press: Oxford; 2011. p. 611–9.

L.C. Álvaro González

Servicio de Neurología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Departamento de Neurociencias Universidad del País Vasco, Euskal Herriko Unibertsitatea / Universidad del País Vasco, Bilbao, España

Correo electrónico: luisarlosalvaro@yahoo.es

doi:10.1016/j.nrl.2012.07.003

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.012>