



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTAS AL DIRECTOR

Valoración del daño corporal en el trastorno orgánico de la personalidad



Evaluation of body injury in organic personality disorder

Sr. Director:

Leída la reciente carta al director de Xifró et al.¹ sobre la valoración psiquiátrica postraumática, no podemos sino sumarnos a tan acertadas apreciaciones y comentarios sobre las limitaciones en el apartado de psiquiatría del nuevo baremo de la Ley 35/2015², y subrayar las dificultades respecto a la terminología que utiliza, la cual no es concordante con la expuesta en las clasificaciones oficiales de trastornos mentales. Existen aspectos concretos, no señalados por los autores mencionados, respecto al capítulo sobre trastornos cognitivos y daño neuropsicológico, que entendemos deben ser igualmente destacados y de relevancia para los profesionales de la salud mental y la psiquiatría.

El trastorno orgánico de la personalidad se agrupa ahora con el síndrome frontal y la alteración de funciones cerebrales superiores integradas en el apartado de secuelas neurológicas (tabla 1). Ello, entendemos que muestra una mayor coherencia epistemológica y obliga a la perspectiva integral e interdisciplinar del lesionado. En el contexto del baremo previo³, el evaluador con frecuencia se enfrentaba a la contradicción existente entre unas normas de aplicación que prohibían la duplicidad y la división de un cuadro concreto de afectación neurocognitiva entre el apartado de síndromes neurológicos de origen central y el de síndromes psiquiátricos⁴. En relación con esto, en el baremo actual podemos destacar la específica referencia a la amnesia como no valorable de forma independiente, sino únicamente como parte de un trastorno cognitivo más global, lo que de nuevo resulta más coherente, aunque curioso por su presentación en la tabla².

Respecto al conjunto de trastorno orgánico de la personalidad, síndrome frontal y alteración de funciones cerebrales superiores integradas, el baremo actual mantiene para este conjunto de secuelas una puntuación dividida en rangos (leve, moderado, grave y muy grave), y una secuela denominada «Síndrome Postconmocional/Trastorno cognoscitivo

leve» que remite a criterios CIE-10⁵ y DSM-5⁶ y supone una afectación inferior al resto. El baremo establece los déficits que comprende cada rango de forma conjunta para todas las secuelas que engloba. Esto difiere de lo establecido por los 2 manuales diagnósticos principales (CIE y DSM), no únicamente por el término escogido, sino también en la caracterización del cuadro. Así, la CIE-10⁵ (cuya nueva versión está prevista para el 2018 y utiliza el término «secondary personality change»⁷) manifiesta que dicho trastorno se caracteriza por una alteración significativa de las formas habituales del comportamiento premórbido, con afectación profunda de emociones, necesidades e impulsos, pudiendo afectar procesos cognitivos, y exige para su diagnóstico al menos 2 de 6 rasgos descritos. El DSM-5⁶ recoge el «cambio de personalidad debido a otra afección médica», que supone una alteración persistente de la personalidad que constituye un cambio respecto al anterior patrón característico de la personalidad del individuo y que produce una alteración en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento. Además, recomienda establecer el tipo de característica predominante (labilidad afectiva, desinhibición, agresividad, apatía, ideas paranoides, etc.). Así, ninguna de las 2 clasificaciones nos guiará para establecer la graduación reconocida por baremo.

Este hecho se mantiene desde el anterior baremo con una valoración mediante gradientes de puntuación. Entendemos la importancia de tener una variabilidad en la puntuación debido a la necesaria individualización de la valoración; sin embargo, subrayamos la dificultad de enmarcar la desadaptación en las esferas vitales que suponen las secuelas neuropsicológicas dentro de los gradientes propuestos en el baremo conforme a las indicaciones que facilita. Un margen amplio puede suponer perder objetividad y aumentar las divergencias entre profesionales ante una misma evaluación, ya que el evaluador graduará dicha secuela en función de su experiencia, con importantes discrepancias en la puntuación. Sin embargo, consideramos que no resulta ajustado el intento del nuevo baremo de limitar la variabilidad interevaluadores mediante la inclusión de ítems comunes que deberían resultar definitorios del grado pero que, en ocasiones, resultan simplemente ejemplificadores. Así, un lesionado puede no cumplir todos los ítems para alguno de los grados y que la clínica revista una gravedad máxima por la intensidad y las características disruptivas del cuadro. Los trastornos de conducta graves que pueden incluso precisar

Tabla 1 Extracto de la tabla 2.A.1. Baremo médico, clasificación y valoración de las secuelas

Síndrome frontal/trastorno orgánico de la personalidad/alteración de funciones cerebrales superiores integradas	
<p>Leve. El síndrome comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Trastornos de la memoria que dificultan la consolidación de lo aprendido b) Mínima labilidad emocional (episodios aislados de irritabilidad ante frustraciones, de disminución de ánimo o de apatía). Leves alteraciones del sueño c) Alteraciones cognitivas transitorias. No se detectan prácticamente alteraciones del lenguaje. Es capaz de mantener su situación laboral d) Reducción de la actividad social manteniendo relaciones sociales significativas e) Autonomía completa para el cuidado personal 	13-20 puntos
<p>Moderado. El síndrome comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Trastornos de la memoria que producen limitaciones del aprendizaje y dificultades de evocación b) Sintomatología emocional moderada: episodios de irritabilidad habituales ante situaciones de estrés o afecto aplanado con llanto fácil o apatía casi diaria. Episodios ocasionales de euforia o de expresiones inadecuadas de júbilo con descontrol de impulsos. Alteraciones del sueño habituales que inciden en la actividad diaria del paciente c) Alteraciones cognitivas objetivadas por terceros en los entornos del paciente: alteraciones de la memoria y la concentración. Ideas autorreferenciales o suspicacias ocasionales. Dificultad moderada para llevar a cabo la actividad laboral. Se detectan alteraciones del lenguaje durante el discurso: presencia de lenguaje circunstancial d) Reducción ostensible de la actividad social con desaparición paulatina de las relaciones interpersonales e) Precisa supervisión de alguna de las actividades de la vida diaria 	21-50 puntos
<p>Grave. El síndrome comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Trastornos graves de la memoria de fijación y evocación. Desorientación temporoespacial b) No es capaz de llevar a cabo una actividad útil en la mayoría de las funciones sociales e interpersonales; presenta trastornos graves del comportamiento y/o cuadros depresivos significativos. Actúa de forma inapropiada y puede dañar a otros o a sí mismo c) Deterioro cognitivo importante en todos los entornos del paciente. Ideas autorreferenciales o suspicacias frecuentes. Es incapaz de mantener un empleo y no mantiene relaciones sociales. Alteraciones graves del lenguaje; es irrelevante, incoherente o ilógico d) No se relaciona interpersonalmente e) Restricción en el hogar o en un centro con supervisión continuada 	51-75 puntos
<p>Muy grave. El síndrome comprende:</p> <p>Amnesia anterógrada y retrógrada impidiendo cualquier nueva adquisición de información. Incluye amnesia de fijación, confabulaciones y paramnesias. Falsos reconocimientos. Desorientación temporoespacial. Dependencia absoluta de otra persona para todas las actividades de la vida diaria. No es capaz de cuidar de sí mismo</p>	76-90 puntos

institucionalización, sin afectación de memoria, orientación, lenguaje y sin sintomatología psicótica, deben poder valorarse de por sí como un cuadro grave o muy grave. Quizás resultaría más adecuado basar los grados simplemente en el nivel de afectación funcional que pueda existir (algo que ya apuntan algunos de los ítems que sí consideramos definitivos de grado –limitaciones en actividades de la vida diaria, esfera laboral o social–), lo cual puede apoyarse en la actualidad con escalas específicas que establecen una gradación continua (por ejemplo, la EEAG⁶).

Por lo tanto, consideramos que una lesión que puede resultar tan desadaptativa como muestran ambas clasificaciones oficiales y de tan complicada baremación, debería tratarse en el baremo sin una graduación tan marcada de puntuación. Proponemos interpretar el baremo actual de manera no restrictiva, considerando que la intensidad de cualquiera de los ítems descritos es suficiente para atribuir un grado concreto de afectación, sin necesidad de cumplir todos los ítems descritos para el síndrome en un grado

concreto, atendiendo fundamentalmente a la afectación funcional que supongan.

Bibliografía

- Xifró A, Bertomeu A, Idiáquez I, Puig L. La psiquiatría y el nuevo baremo de tráfico. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2016; <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.07.003>. En prensa.
- Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 228, de 23 de septiembre de 2015, pp. 84473-84979.
- Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 265, de 5 de noviembre de 2003, pp. 39190-39220.
- García-Nart M, Fernández-Rodríguez E. Clasificación de las secuelas neurológicas y psiquiátricas en el nuevo baremo. *Rev Esp Med Legal*. 2015;41:144–8.

5. Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 1995.
6. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
7. ICD-11 Beta Draft (Mortality and Morbidity Statistics) [página en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [actualizado 19 Sep 2016; consultado 19 Sep 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd11>

Gabriel Martí-Agustí^a, Esperanza L. Gómez-Durán^{b,c,d,*}, Jordi Vilardell-Molas^{e,f}, Gabriel Martí-Amengual^a, Carles Martin-Fumadó^{b,g} y Josep Arimany-Manso^{a,b}

^a Unidad de Medicina Legal, Laboral y Toxicología, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Responsabilidad Profesional, Área de Praxis, Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, Barcelona, España

^c Departamento de Medicina, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

^d Hospital Duran i Reynals, Hestia Grup, Barcelona, España

^e Departament de Psicologia, Universitat de Vic, Vic, Barcelona, España

^f Instituto de Seguridad Pública de Catalunya, Barcelona, España

^g Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Departamento de Justicia, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

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

1888-9891/

© 2016 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.10.002>

Asistolia tras terapia electroconvulsiva



Asistole after electroconvulsive therapy

Sr. Director:

La terapia electroconvulsiva (TEC), continúa siendo, hoy en día, uno de los principales tratamientos utilizados en psiquiatría para la depresión profunda¹. Presentamos el caso clínico de una mujer de 66 años, diagnosticada de síndrome depresivo severo, con sintomatología psicótica, que ha sido tratada con TEC desde el año 2004, con buena respuesta y sin presentar alteraciones hemodinámicas durante el tratamiento, sin otros antecedentes de interés. La terapia consiste en provocar una ligera convulsión, en este caso unilateral derecho de pulsos breves de 900 mA a 70 Hz en 1 ms, con sedación utilizando atropina 0,5 mg, propofol 90-100 mg y succinilcolina 50 mg, previa colocación de protección dental. El día que desarrolló asistolia, acudió con una frecuencia cardíaca de 120 lpm, por lo que no se administró atropina, pero sí propofol y succinilcolina en las mismas dosis que en terapias anteriores. Tras administrar la descarga habitual, se objetivó asistolia de 5 s de duración con recuperación del ritmo espontáneamente (figs. 1 y 2).

Discusión

La mortalidad post-TEC es baja, supone un 0,002%, aunque varía según las series entre 1:10.000 y 1: 50.000. Las principales complicaciones son las cardiológicas, principalmente las arritmias². La asistolia post-TEC, conocido como frecuencia cardíaca < 12 lpm durante al menos 5 s, es una complicación poco frecuente, pero que puede ser fatal³. El

mecanismo de producción se cree que es debido a una descarga parasimpática, por estímulo central que actúa sobre los receptores muscarínicos del nodo sinoauricular vía nervio vago tras aplicar el estímulo al paciente². La respuesta cardiovascular durante el TEC tiene 2 fases: la primera ocurre

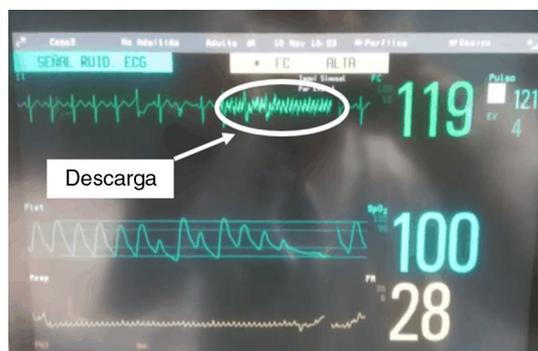


Figura 1 Descarga TEC.



Figura 2 Asistolia.