

RESPUESTA A FRANCISCO DELFÍN DELGADO**REPLY TO FRANCISCO DELFÍN DELGADO**

Navarro Escayola E¹
Muñoz-Quirós Caballero²
Cardona Valencia, B³

¹ Médico Forense. Laboratorio de Toxicología.

² Médico Forense. Servicio de Patología.

³ Médico Forense. Laboratorio de Histopatología.
Instituto de Medicina Legal de Alicante, España.

Correspondencia: enavarro@infomed.es

Señores Editores:

En primer lugar, queremos agradecer el interés que ha mostrado el Dr Delgado por nuestro artículo “*Valoración médico forense de muerte en custodia por Delirium agitado. A propósito de un caso*”.

También queremos responder a las cuestiones planteadas en su escrito sobre nuestra contribución.

Con referencia al mecanismo fisiopatológico que produjo la muerte en el caso que presentamos, debemos hacer las siguientes puntualizaciones.

El paciente fue acompañado por la policía al centro hospitalario porque presentaba un cuadro de gran agitación y agresividad. Por todo ello fue necesario el empleo de contención mecánica por parte del personal sanitario. El paciente repentinamente sufrió una parada cardiorespiratoria.

Como se demostró posteriormente por los análisis toxicológicos practicados, el paciente había consumido sustancias psicoactivas -como cocaína- cuando se produjo el cuadro.

El estado hiperadrenérgico causado por una parte, por el forcejeo por la agitación que presentaba el sujeto y por otra, por los efectos de drogas estimulantes (cocaína), dio lugar a una estimulación del sistema simpático y fue responsable de la parada cardiorespiratoria.

El equipo médico aplicó RCP (Reanimación Cardio Pulmonar) avanzada de forma infructuosa pero el paciente respondió a la cardioversión, y sobrevivió durante 24 horas.

Durante ese tiempo se produjo un cuadro de isquemia miocárdica que produjo un fallo ventricular izquierdo como se pudo comprobar en el estudio bioquímico (aumento importante de troponina I), así como en el estudio macroscópico e histopatológico del corazón (signos de isquemia aguda en miocardio, hemorragia a nivel de músculo papilar de ventrículo izquierdo, hemorragia en velo posterior de válvula mitral).

Tras haber superado la parada cardiorespiratoria, falleció finalmente 24 hras más tarde por shock cardiogénico producido por fallo miocárdico agudo.

Asimismo queremos puntualizar que aunque no se produzca la muerte de forma inmediata, no se puede excluir el diagnóstico de delirium agitado (1,2,3). Pollanen y colaboradores en un trabajo realizado de 21 casos de muerte por delirium agitado, en 19 casos (90%), la muerte se produjo en el momento de la contención y no hubo respuesta a las maniobras de RCP. En 2 casos (10%), respondieron a las maniobras de RCP y permanecieron en coma en el hospital varios días antes de producirse el fallecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

Martin Cazorla F, Santos Amaya IM, López GarcíaM. Agitación psicomotriz e implicaciones médico forenses. Cuad Med Forense 2011; 17(3):111-117

Martin Cazorla F, Santos Amaya IM, Rubio Lamia L. Historia del síndrome de delirium agitado. Revista de la Escuela Medicina legal 2009; 11: 11-21

Pollanen MS, Chiasson DA, Cairns JT, Young JG. Unexpected death related to restraint for excited delirium: a retrospective study of deaths in police custody and in the community. CMAJ 1998; 158(12): 1603-1607.