

J. I. Quemada¹
M. L. de Francisco²
E. Echeburúa³
A. Bulbena⁴

Impacto de las secuelas psiquiátricas y neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos sobre la duración de los tiempos legales

¹Servicio de Daño Cerebral
Hospital Aita Menni (Bilbao)

³Facultad de Psicología
Universidad del País Vasco (San Sebastián)

²Instituto Vasco de Medicina Legal
Subdirección de Vizcaya

⁴Servicio de Psiquiatría
Hospital del Mar (Barcelona)

Introducción. En la peritación de los traumatismos craneoencefálicos (TCE), la determinación de las secuelas y de los tiempos legales (tiempo de hospitalización, de impedimento y de curación) son clave. Se analiza la relación de éstos con descriptores generales de los TCE y con las secuelas psíquicas.

Metodología. Estudio retrospectivo de 50 TCE. Se recogió información sociodemográfica, antecedentes, severidad y caracterización del traumatismo, neuroimagen, tratamientos, tiempos legales y secuelas. Las características de los 50 casos se describen utilizando estadística descriptiva, índices de correlación o chi cuadrado

Resultados. En 47 casos consta la escala de coma de Glasgow; sólo en 21 se dispone de la duración del coma o de la amnesia postraumática. En 48 casos consta la tomografía axial computarizada (TAC) temprana y en 46 hay neuroimagen después de los 3 meses. Se diagnosticó un trastorno orgánico de la personalidad en 26 casos y su presencia se correlaciona con tiempos de curación y de impedimento más dilatados. Los trastornos del ánimo ($n = 6$), los trastornos de ansiedad ($n = 5$) y los trastornos postconmocionales ($n = 5$) fueron menos frecuentes. La media del tiempo de hospitalización supera los dos meses. Tanto las medias del tiempo de impedimento como las de curación superan el año. Los tiempos de curación y de hospitalización son superiores si la lesión es izquierda.

Conclusiones. Aspectos a mejorar en la peritación de los TCE son la disponibilidad de información relativa a la duración de la amnesia postraumática y la duración del coma. La lesión cerebral izquierda y la presencia de trastorno orgánico de la personalidad predicen tiempos legales más dilatados. Su comprensión merece un estudio pormenorizado.

Palabras clave:

Tiempos legales. Peritación. Traumatismo craneoencefálico. Secuelas psiquiátricas. Secuelas neuropsicológicas

Actas Esp Psiquiatr 2010;38(2):101-107

Correspondencia:

Jose Ignacio Quemada
Servicio de Daño Cerebral
Hospital Aita Menni
C/ Egaña, 10
48010 Bilbao
Correo electrónico: q@aita-menni.org

Impact of psychiatric and neuropsychological consequences of traumatic brain injury on the duration of the legal periods

Introduction. In the forensic setting, diagnosis of sequels and determination of the legal periods are central to the assessment of traumatic brain injury (TBI). The analysis of the relationship between descriptors of TBI and legal periods is undertaken.

Method. Retrospective study of 50 TBI. Demographic information, severity and characteristics of the TBI, neuroimaging data, treatments, legal periods and sequels were gathered. Descriptive statistics and correlational analysis were performed.

Results. Glasgow Comma Scale was available in 47 cases but coma duration and posttraumatic amnesia only in 21. There was information on early TAC in 48 cases and follow-up neuroimaging (after three months) was available in 46. 26 patients received the diagnosis organic personality disorder and this correlated with longer legal periods. Affective disorder ($N=6$), anxiety disorder ($N=5$) and postconcussional syndrome ($N=5$) were less prevalent. Average "time in hospital" was longer than two months. "Healing time" and "disability time" were on average longer than a year. "Healing time" and "time in hospital" were longer with left sided lesions.

Conclusion. In the forensic assessment of TBI, availability of information regarding the duration of coma and posttraumatic amnesia should be improved. Left sided lesions and the presence of organic personality disorder predict longer legal periods. Understanding of these facts requires a more detailed analysis.

Key words:

Legal times. Survey. Traumatic brain injury. Psychiatric sequelae. Neuropsychological sequelae

INTRODUCCIÓN

Las consecuencias de los traumatismos craneoencefálicos (TCE) sobre la cognición, el control emocional y la conducta constituyen el grupo de secuelas con mayor impacto sobre la reintegración sociolaboral de las personas a largo plazo¹⁻³. Ello ha de ser tenido en cuenta en cualquier proceso peritador, y ha de verse reflejado en los diagnósticos y en la compensación del daño⁴⁻⁷. En la valoración forense de los traumatismos craneoencefálicos, las secuelas que afectan a la salud mental plantean dificultades de objetivación mucho más importantes que las secuelas neuromotoras o las sensoriales, lo que da lugar a controversias entre peritos y dificulta la labor del médico forense⁸⁻¹⁰. Es responsabilidad de este último la determinación de los llamados «tiempos legales»: tiempo de curación, tiempo de impedimento y tiempo de hospitalización. Estas tres variables, y la determinación de las secuelas, son partes esenciales de la base del cálculo de la indemnización¹¹⁻¹².

Los datos que a continuación se presentan fueron obtenidos en el contexto de una tesis doctoral realizada en la Clínica Médico-Forense de Bilbao¹³. La inquietud por protocolizar este tipo de valoraciones médico-legales está en el origen de esta investigación. La corrección de infravaloraciones del daño, la reducción de fraudes por exageración del mismo¹⁴ y la disminución de la litigiosidad, serían las consecuencias prácticas de la utilización de un protocolo de estas características. Otro de los objetivos de la tesis queda recogido en este artículo y hace referencia a la identificación de los factores que influyen en la determinación de los tiempos legales de aquellas personas con TCE en las que el menoscabo psíquico es central a su cuadro clínico. Este artículo se centra en la relación entre tiempos legales, descriptores generales de los TCE y secuelas psíquicas. Los datos relativos a la relación entre tiempos legales y variables neurológicas y neuroquirúrgicas serán objeto de una publicación distinta.

MÉTODOS

Para esta parte de la investigación se llevó a cabo el estudio retrospectivo de 50 expedientes de TCE valorados en la Clínica Médico-Forense de Bilbao a lo largo de un periodo de cinco años. En todos los casos existía denuncia interpuesta para esclarecer la existencia de la responsabilidad penal. Se incluyeron los casos de trauma craneal con evidencia de alteración del nivel de conciencia. Se excluyeron los casos con TCE previos.

Se completó una hoja de recogida de datos con información sociodemográfica, antecedentes médico-quirúrgicos, variables que describen la etiología y la severidad del traumatismo, neuroimagen (tomografía axial computarizada [TAC] y resonancia magnética [RM] craneal), características de la lesión cráneo-cerebral, tratamientos hospitalarios

y de rehabilitación ambulatoria, tiempos legales y secuelas. En este último apartado se incluían la epilepsia postraumática, los déficit motores, sensitivos y sensoriales, y los diversos déficit neuropsicológicos y diagnósticos neuropsiquiátricos (CIE 10)¹⁵. Las categorías de déficit neuropsicológico que se utilizaron fueron orientación, atención, memoria, lenguaje, razonamiento, funciones ejecutivas, inteligencia y conducta. Se tuvieron en cuenta datos derivados de test neuropsicológicos estandarizados y descripciones cualitativas de déficit. Toda esta información se obtenía del conjunto de informes médicos de tratamientos hospitalarios, de rehabilitación y de los informes peritadores disponibles en los expedientes. También estaba a disposición de la investigación la historia clínica y los seguimientos del médico forense responsable del caso, que es quien determina los tiempos legales y emite el informe final de sanidad.

Las características de los 50 casos se describen utilizando estadística descriptiva. Para el estudio de la asociación entre los tiempos legales y el resto de las variables se utilizaron índices de correlación o chi cuadrado si se trataba de variables categoriales. Los análisis se realizaron con el programa STATA.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

De los 50 casos, 34 son varones y 16 mujeres. En relación con la circunstancia causal del TCE, 44 son consecuencia de un accidente de tráfico: 13 atropellos, 9 accidentes de moto y el resto ocupantes de vehículos. Sólo se contabilizaron 2 accidentes laborales, 1 agresión y 3 accidentes casuales.

En la tabla 1 se detallan los datos relativos a la gravedad de los TCE de acuerdo a las 3 variables más universalmente aceptadas para su tipificación: escala de coma de Glasgow (ECG), duración del coma y duración de la amnesia postraumática. Es llamativo el alto porcentaje de casos (58%) en los que no constan datos de las dos últimas variables. De acuerdo a los datos de la ECG, más de la mitad de la muestra (28) sufrieron un TCE severo. En 48 casos se cuenta con neuroimagen (TAC o RM) temprana (antes de las 48 horas) y en 46 casos se cuenta también con neuroimagen después de los tres meses.

En la tabla 2 se da cuenta de las características de las lesiones cerebrales: fracturas craneales, hemorragias y lateralidad de la lesión. Predominan los TCE cerrados (41), la ausencia de fracturas craneales (29) y las hemorragias meníngeas (34 entre epidurales, subdurales y subaracnoides) sobre las parenquimatosas. La lateralidad de la lesión se reparte de forma equilibrada (18 derecho y 17 izquierdo), con 11 casos en los que el daño cerebral es bilateral o difuso.

Tabla 1		Gravedad del TCE	
		N	%
Escala de coma de Glasgow	Leve: 12-15 puntos	8	16
	Moderado: 9-12	11	22
	Severo ≤ 8	28	56
	No Consta	3	6
Duración del coma	0 días	8	16
	1-7 días	3	6
	8-14 días		36
	15-21 días	4	8
	22-30 días	3	6
	No consta	29	58
	Duración de la amnesia postraumática	< 8 días	8
8-28 días		4	8
29-60 días		4	8
Más de 60 días		5	10
No consta		29	58
n = 50			

Tabla 2		Descripción de lesiones en los TCE	
		N	%
Heridas en el cuero cabelludo		9	18
Fracturas craneales	Ausencia de fracturas	29	58
	De bóveda craneal	8	16
	De base craneal	9	18
	Deprimidas	4	8
Hemorragia intracraneal	Epidural	5	10
	Subdural	18	36
	Subaracnoidea	11	22
	Parenquimatosa	11	22
	Ausencia de hemorragias	5	10
Daño cerebral	No objetivado	4	8
	Predominio derecho	18	36
	Predominio izquierdo	17	34
	Bilateral o difuso	11	22
n = 50			

Secuelas psiquiátricas y neuropsicológicas

En las figuras 1 y 2 se muestra la distribución de diagnósticos psiquiátricos y la presencia de los grandes tipos de déficit neuropsicológico (a las funciones cognitivas clásicas, incluida el lenguaje, se le suma la categoría «cambio de conducta»).

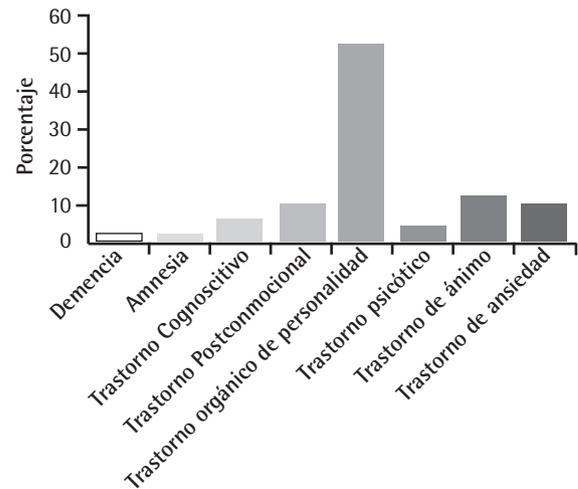


Figura 1 | Secuelas neuropsiquiátricas.

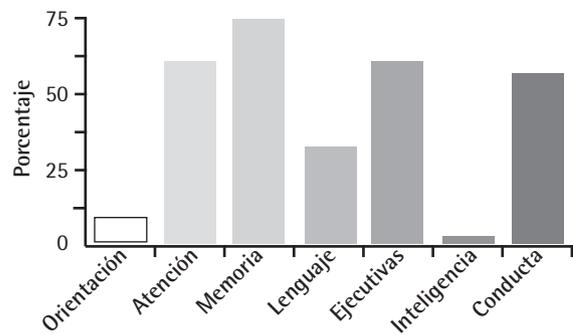


Figura 2 | Secuelas neuropsicológicas.

En 49 casos se disponía de un diagnóstico psiquiátrico, lo que da una idea de la alta prevalencia de este tipo de complicaciones en los TCE severos. En más de la mitad de los casos (n = 26) se diagnosticó un trastorno orgánico de la personalidad. A mucha distancia le siguen los trastornos del ánimo (n = 6), los trastornos de ansiedad (n = 5) y los trastornos postconmocionales (n = 5). Los trastornos psicóticos son muy poco frecuentes (n = 2) y el diagnóstico de demencia (n = 1) parece estar desapareciendo en la medida en que el trastorno cognitivo va quedando descrito mediante valoraciones neuropsicológicas.

Las secuelas neuropsicológicas son extraordinariamente frecuentes. En este estudio se ha recogido tanto la información derivada de test cuantitativos como la descripción cualitativa del funcionamiento cognitivo obtenida mediante entrevista clínica. A pesar de la dificultad en delimitar subtipos de disfunción cognitiva, llama la atención la alta prevalencia de alteraciones de memoria (n = 37), de atención (n = 30) y de funciones ejecutivas (n = 30).

Tiempos legales (días)				
Tiempos de	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Hospitalización	64,38	74,71	0	331
Impeditivo	397,00	173,66	48	807
Curación	436,00	157,85	157	807

Tiempos legales

En la tabla 3 se recogen las medias y las medidas de dispersión de los tres tiempos legales. La media del tiempo de hospitalización supera los dos meses; aquellos casos con hospitalizaciones superiores a tres meses se corresponden con tratamientos en unidades especializadas en rehabilitación del daño cerebral. Tanto las medias del tiempo de impedimento como la de curación superan el año, siendo la dispersión muy acusada, con 9 casos superando, por ejemplo, los 600 días de tiempo de curación.

La correlación entre tiempo de impedimento y tiempo de curación es alta (0,75; $p = 0,0001$; $n = 50$); los valores coinciden en 37 casos, en los 13 restantes el tiempo de impedimento es menor. La relación entre tiempo de hospitalización y tiempo de impedimento es menos significativa (0,37; $p = 0,007$; $n = 50$) y no alcanza valores significativos la relación de tiempo de hospitalización y tiempo de curación (0,27; $p = 0,057$; $n = 50$).

Relación de la duración de los tiempos legales con la severidad del traumatismo craneoencefálico, la localización de la lesión y con variables psiquiátricas y neuropsicológicas

Aunque la correlación entre los tres tiempos legales y la duración del coma es claramente significativa, su valor está

cuestionado por una $n = 13$. Para el estudio de la correlación entre tiempos legales y la escala de coma de Glasgow se contaba con una $n = 47$. Sólo se alcanza significación estadística en el caso del tiempo de hospitalización y la escala de coma de Glasgow ($-0,35$; $p = 0,0158$). Los tiempos de curación y los tiempos de hospitalización guardan una correlación significativa con la localización de la lesión. En ambos casos las duraciones son superiores para las lesiones en hemisferio izquierdo (tabla 4).

Dada la distribución de los diagnósticos psiquiátricos (con una preponderancia del trastorno orgánico de la personalidad), se concentran los análisis en el estudio de la relación entre tiempos legales y la presencia o ausencia del citado cambio de personalidad (tabla 5). Para el resto de los diagnósticos las «n» son muy bajas. El diagnóstico de cambio de personalidad se correlaciona con tiempos de curación y de impedimento significativamente más dilatados. Los tiempos de hospitalización apuntan en el mismo sentido sin alcanzar significación estadística. En el caso de los trastornos de ánimo su presencia también se relaciona con tiempos legales más dilatados, mientras que en los trastornos postconmocionales la relación es inversa; la presencia del diagnóstico se relaciona con tiempos legales más breves, aunque, como en el caso de los trastornos del ánimo, no se alcancen valores estadísticamente significativos.

En la relación entre tiempos legales y secuelas neuropsicológicas (tabla 6) destaca la correlación entre duración del tiempo de impedimento y cuatro de las variables neuropsicológicas: alteraciones de la atención, de la memoria, de las funciones ejecutivas y de la conducta. También el tiempo de hospitalización se correlaciona significativamente con las alteraciones de la memoria y de las funciones ejecutivas.

DISCUSIÓN

La tipificación de un TCE incluye siempre una evaluación de su gravedad y una descripción de las lesiones cerebrales y craneales^{16,17}. Para valorar la gravedad, tres son

Relación de tiempos legales con localización del daño cerebral										
Daño cerebral	Tiempos de									
	n	Hospitalización (días)			Impeditivo (días)			Curación (días)		
		Media	Desviación típica	p	Media	Desviación típica	p	Media	Desviación típica	p
No	4	18,75	19,50							
Derecho	18	71,39	79,99		344,78	158,16		367,83	147,03	
Difuso	11	45,09	24,94	0,000	405,00	122,23	0,273	422,73	129,76	0,016
Izquierdo	17	80,17	93,49		441,59	218,65		519,23	163,93	

Tabla 5 Relación entre tiempos legales y secuelas neuropsiquiátricas

Secuelas neuropsiquiátricas	n	Tiempos de								
		Hospitalización (días)			Impedimento (días)			Curación (días)		
		50	Media	Desviación típica	p	Media	Desviación típica	p	Media	Desviación típica
Trastorno postconmocional	No 45	69,73	76,76	0,13	403,40	173,37	0,470	441,16	159,92	0,490
	Sí 5	16,20	18,96		343,40	186,47		389,60	144,70	
Cambio de personalidad postraumático	No 24	47,96	58,45	0,14	315,92	151,44	0,001	382,00	148,92	0,018
	Sí 26	79,54	85,46		472,62	160,48		485,85	151,83	
Trastorno del estado de ánimo	No 44	62,38	67,23	0,61	380,61	161,25	0,060	424,48	145,95	0,160
	Sí 6	79,00	124,68		520,50	226,39		520,50	226,39	
Trastorno de ansiedad	No 45	68,38	77,53	0,26	396,11	182,03	0,870	434,67	164,30	0,860
	Sí 5	28,40	21,80		409,00	69,13		448,00	89,96	

Tabla 6 Relación entre tiempos legales y secuelas neuropsicológicas

Secuelas neuropsicológicas	n	Tiempos de								
		Hospitalización (días)			Impedimento (días)			Curación (días)		
		50	Media	Desviación típica	p	Media	Desviación típica	p	Media	Desviación típica
Alteración de la atención	No 20	46,75	64,83	0,170	318,60	165,13	0,007	397,90	157,48	0,170
	Sí 30	76,13	79,62		449,93	161,10		461,40	155,51	
Alteración de la memoria	No 13	29,00	46,29	0,040	286,00	158,75	0,005	398,23	154,04	0,320
	Sí 37	76,81	79,21		436,54	163,07		449,27	159,09	
Alteración pensamiento y funciones ejecutivas	No 20	30,70	38,61	0,008	329,50	156,62	0,020	407,55	152,59	0,300
	Sí 30	86,83	84,57		442,67	172,00		454,97	160,98	
Alteración de la conducta	No 21	57,38	77,41	0,540	321,52	141,80	0,008	384,86	139,66	0,054
	Sí 28	70,82	74,67		451,75	179,18		473,17	165,11	
Alteración del lenguaje	No 34	50,76	67,29	0,060	362,50	162,75	0,036	419,26	147,39	0,280
	Sí 16	93,31	83,44		471,56	177,81		471,56	177,81	

las variables repetidamente citadas en la bibliografía: la escala de coma de Glasgow¹⁸, la duración del coma¹⁹ y la duración de la amnesia postraumática²⁰⁻²². La descripción de las lesiones se realiza habitualmente mediante técnicas de neuroimagen: la TAC y la RM son las más extendidas. Un aspecto preliminar de este estudio era comprobar la disponibilidad de datos en los expedientes, que permitieran cualificar con precisión el tipo de TCE que se estaba valorando. Mientras que la ECG constaba en 47 de los casos, la duración del coma y de la amnesia postraumática sólo en 21. En el caso de la descripción de lesiones mediante neuroimagen, 48 contaban con TAC antes de las 48 horas y 46 con RM después de los 3 meses. Los datos reflejan una fortaleza del sistema sanitario —la amplia disponibilidad y utilización de las técnicas de neuroimagen—, pero también una debilidad —la escasa atención prestada a la documen-

tación de variables que han de ser evaluadas mediante observación directa de las personas, días o semanas después de que sufren el TCE—. La actuación sanitaria en la fase aguda está muy protocolizada y el personal que traslada al herido en la ambulancia comienza una evaluación de la ECG que luego se repite a su llegada al centro hospitalario. La duración del coma, que es un hecho muy evidente, y la duración de la amnesia postraumática, que en la mayoría de los casos también resulta fácil de determinar, no cuentan con el mismo consenso evaluador y de registro que la ECG. Este es un aspecto mejorable que ha sido puesto de manifiesto por los datos recogidos en este estudio. En el caso de la amnesia o confusión postraumática, la sospecha es que en muchas ocasiones su propia existencia puede ser ignorada, lo que tiene implicaciones en las decisiones que se toman: alta del paciente, tratamiento de la agitación

como problema permanente, ausencia de explicaciones a la familia de la previsible evolución.

Atendiendo a las medias, los tiempos legales pueden ordenarse de menor a mayor: tiempo de hospitalización, tiempo de impedimento y tiempo de curación. El segundo hace referencia al tiempo que necesita la persona para reincorporarse a sus actividades laborales previas. En ocasiones, algún aspecto de la salud que no interfiere con el rendimiento está todavía pendiente de resolución, y eso es lo que justifica que en 13 casos el tiempo de curación haya sido superior al de impedimento; en el resto de casos ambos tiempos coinciden. La correlación entre estas dos últimas variables es muy alta, lo que apunta a una estrecha relación entre impedimento y curación. El tiempo de hospitalización sólo guarda una correlación significativa con el tiempo de impedimento. Cuanto más se dilatan los tiempos legales, el tiempo de hospitalización predice menos. La progresiva generalización de la atención rehabilitadora en Unidades de Daño Cerebral puede modificar estos tiempos de hospitalización y cambiar los criterios para la continuación del tratamiento en régimen de hospitalización. Siendo ésta una variable relevante en el proceso indemnizatorio, habrá de tenerse en cuenta que vamos a vivir en un escenario sanitario con tiempos de hospitalización de dos tipos: ingreso en unidades de atención a paciente crítico, y estancia en unidades dedicadas a la rehabilitación multidisciplinar.

Los diagnósticos psiquiátricos describen una problemática clínica claramente diferente a la que se plantea en la práctica de la psiquiatría general²³. Cuantitativamente, las psicosis son casi inexistentes; las alteraciones de la personalidad con sus correspondientes cambios de conducta afectan a más de la mitad de los pacientes²⁴ y los trastornos afectivos y de ansiedad ocupan una posición intermedia²⁵. Emerge una categoría nueva, que es el trastorno postconmocional²⁶. La relación entre trastorno postconmocional y tiempos legales señala cómo la presencia de ese diagnóstico se relaciona con tiempos legales mucho más cortos. Lo contrario ocurre con la presencia del trastorno orgánico de la personalidad; los tiempos de curación y de impedimento del grupo con trastorno orgánico de la personalidad son significativamente más dilatados que los del grupo sin trastorno de la personalidad. El trastorno postconmocional es el diagnóstico psiquiátrico que se relaciona con menor gravedad y con una más rápida recuperación y estabilización. El trastorno de la personalidad, por el contrario, predice tiempos de hospitalización, de impedimento y de curación más largos que el grupo de pacientes sin ese diagnóstico.

En relación a los trastornos cognitivos o secuelas neuropsicológicas, la distribución de diagnósticos psiquiátricos puede dar la falsa impresión de que son poco prevalentes: demencia, 1 caso; amnesia, 1 caso; trastorno cognoscitivo, 5 casos. Cuando se consulta la tabla de secuelas neuropsicológicas, se constata la altísima prevalencia de estos pro-

blemas²⁷⁻²⁹ y se plantea la pregunta de por qué no quedan estos hechos reflejados en los diagnósticos psiquiátricos. La respuesta tiene que ver, en nuestra opinión, con los algoritmos de diagnóstico en los que los psiquiatras han sido entrenados, con una alta sensibilidad para la detección de alteraciones de la percepción (alucinaciones), del contenido y curso del pensamiento y de los síntomas afectivos, y una más baja sensibilidad para los diversos tipos de disfunción cognitiva. En este último terreno, lo importante para un psiquiatra ha sido la diferenciación entre demencia, cuadro confusional y trastorno afectivo. De la misma manera, los síntomas y signos paradigma de los grandes trastornos psiquiátricos han tenido prioridad diagnóstica y han relegado el estudio de otros síntomas comórbidos. Así, la presencia de un marcado y permanente cambio de conducta conlleva un diagnóstico de trastorno orgánico de la personalidad, sin que el deterioro cognitivo reciba mayor atención diagnóstica.

Un hallazgo inesperado y que resulta de gran interés es la relación entre lateralidad y tiempos legales. El grupo de personas con daño bilateral o difuso presenta una media de días de hospitalización muy inferior a los otros dos grupos. Es posible que la inclusión en el primer grupo de algunos daños axonales difusos relativamente leves haya contribuido a bajar la media. Sin embargo, cuando se analizan los tiempos de impedimento y curación, el grupo de pacientes con lesión izquierda mantiene y aumenta su posición como subgrupo con tiempos legales más dilatados; los pacientes con lesiones derechas muestran los tiempos legales más cortos; y los que tienen daño bilateral o difuso ocupan una posición intermedia. Estas diferencias son estadísticamente significativas para el tiempo de hospitalización y para el tiempo de curación. Dicho de otra manera, la lesión en hemisferio dominante predice tiempos legales más largos. Mientras que quizás los problemas de lenguaje, praxias y gnosias pueden ayudar a explicar los tiempos de impedimento y curación más prolongados, los tiempos de hospitalización debieran de verse menos afectados por estos problemas, a no ser que varios de los casos tratados en unidades de rehabilitación prolongaran sus ingresos sobre la base de la necesidad de rehabilitación del lenguaje. Dado que en estos casos rara vez se habla de curación o *restitutio ad integrum*, ha de concluirse que las secuelas de los pacientes con lesión de hemisferio no dominante se estabilizan más rápido, o los terapeutas se quedan sin horizonte rehabilitador más rápidamente que en el caso de las lesiones izquierdas.

CONCLUSIONES

En la valoración médico-forense de los TCE se dispone habitualmente de datos de la ECG en las primeras 48 horas y de información relativa a neuroimagen temprana y de seguimiento. Se echa en falta información relativa a la duración de la amnesia postraumática y la duración del coma.

Todos los casos salvo uno recibieron algún diagnóstico psiquiátrico, siendo el trastorno orgánico de la personalidad diagnosticado en más de la mitad de los casos. Al menos 30 de los 50 casos presentaron también alteraciones de atención, memoria y funciones ejecutivas.

La media de los tiempos de hospitalización supera los dos meses; la de los tiempos de impedimento y de curación supera el año y en 9 casos se superan los 600 días.

La lesión del hemisferio izquierdo y la presencia de trastorno orgánico de la personalidad correlaciona con tiempos legales más dilatados. Con otras palabras, la presencia de trastorno de la comunicación y de las alteraciones de la conducta predicen tiempos de curación e impedimento más largos.

BIBLIOGRAFÍA

- Wood RL. Understanding neurobehavioural disability. In Wood and McMillan T (Eds.). *Neurobehavioural disability and social handicap following traumatic brain injury*. Hove: Psychology Press, 2001: 3-27.
- Tate RL, Broe G.A. Psychosocial adjustment after traumatic brain injury: What are the important variables? *Psychol Med* 1999;29:713-25.
- Lezak MD. Relationship between personality disorders, social disturbances and physical disability following brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 1981;2:57-69.
- Borobia C. Valoración del Daño Corporal: Legislación, metodología y prueba pericial médica. Barcelona: Elsevier-Masson, 2006.
- Aso J. Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la Ley 34/03. Barcelona: Elsevier-Masson, 2006.
- Pérez Pineda B, García Blázquez M. Valoración y diagnóstico de las secuelas en los traumatismos craneoencefálicos. Manual de valoración y baremación del daño corporal. Granada: Comares, 2000.
- Victoria Government Gazette. Clinical Guidelines to the Rating of Psychiatric Impairment. Melbourne, 1998.
- Portero G, Garamendi, PM. Reflexiones sobre la Ley 34/2003. Valoración de la tabla psiquiátrica. *Cuad Med Forense* 2004;37.
- Quemada JI, Hormaechea JA, Muñoz Céspedes JM. La peritación psiquiátrica y neuropsicológica del daño cerebral traumático y la Ley 30/95. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31:353-60.
- Quemada JI, Muñoz Céspedes JM, Sánchez Cubillo I. Criterios de objetivación de secuelas psíquicas. En VI Jornadas sobre Valoración de daño corporal. *F Mapfre Med* 2005;237-47.
- Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación, 30/1995, de 8 de noviembre de 1995. BOE núm. 268, de 9 de noviembre de 1995.
- Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados. BOE núm. 265, de 5 de noviembre de 2003.
- Francisco Maiz M L. Aportaciones a la evaluación clínico-forense de secuelas neuropsiquiátricas y neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. Tesis doctoral. UPV-EHU, 2007.
- Muñoz Céspedes JM, Paúl-Lapedriza N. La detección de los posibles casos de simulación después de un traumatismo craneoencefálico. *Rev Neurol* 2001;32:773-8.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Méditor, 1994.
- Aso Escario J. Traumatismos craneales. Aspectos médico-legales y secuelas. Barcelona: Masson, 1999.
- Moreno P. Epidemiología, clasificación y pronóstico de los traumatismos craneoencefálicos. *Infors Psiquiátricas* 1999;158:287-302.
- Jennett B, Bond M. Assessment of outcome after severe brain damage. A practical scale. *Lancet* 1971;1(7905):480-4.
- Levin HS, Hamilton W, Grossman R. Outcome after head injury. *Arch Neurol* 1994;51:661-70.
- Russell WR, Smith A. Posttraumatic amnesia in closed head injury. *Arch Neurol* 1961;5:16-29.
- Katz DI, Alexander MP. Predicting course of recovery and outcome for patients admitted to rehabilitation. *Arch Neurol* 1994;51:661-70.
- Muñoz Céspedes JM, Paúl-Lapedriza N, Pelegrín-Valero C, Tirapu-Ustarroz J. Factores pronóstico en los traumatismos craneoencefálicos. *Rev Neurol* 2001;32:351-64.
- Pelegrín C, Muñoz Céspedes JM, Quemada JI. Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático: Aspectos clínicos y terapéuticos. Barcelona: Prous Science, 1997.
- Quemada JI, Sánchez Cubillo I, Muñoz Céspedes JM. El Trastorno Orgánico de la Personalidad: análisis conceptual y estrategias para la investigación. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35:115-21.
- Fordyce DJ, Roueche JR, Prigatano GP. Enhanced reactions in chronic head trauma patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1989;46:620-4.
- Pelegrín Valero C, Gómez Hernández R, Muñoz Céspedes JM, Fernández Guinea S, Tirapu Ustarroz J. Consideraciones nosológicas del cambio de personalidad postraumático. *Rev Neurol* 2001;32:681-7.
- Junqué C. Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Rev Neuropsicología* 1999;28:423-30.
- Vakil E. The effect of moderate to severe traumatic brain injury on different aspects of memory: a selective review. *J Clin Exp Neuropsychol* 2005;27:977-1021.
- Ríos M, Periañez JA, Muñoz-Céspedes JM. Attentional control and slowness information processing after severe traumatic brain injury. *Brain Inj* 2004;18:257-72.