

LA SANIDAD PENITENCIARIA EN IMÁGENES

El enclavamiento craneal, una forma de autolesión poco común

Peñafiel Rebutti A, Marco Mouriño A, Cardona Cabezón FJ,
Osanz Juan F, Arrtigot Cánovas MR, Tarrés Madero Y.

Servicios Sanitarios del Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona

Texto recibido: enero 2011

Texto aceptado: febrero 2011

PRESENTACIÓN

Se presenta un caso infrecuente de autolesión ocurrido en enero de 2011 en un paciente rumano, varón, de 28 años de edad, que vive en España desde hace 3 años e ingresó en el centro penitenciario de hombres de Barcelona (CPHB) en marzo de 2010 acusado de robo con violencia e intimidación. En el reconocimiento de ingreso, manifestó tener antecedentes penitenciarios en su país, refirió ser fumador de 20 cigarros/día y negó alergias medicamentosas, hábitos tóxicos o enfermedades previas. No obstante, semanas después se autodeclaró policonsumidor de sustancias ilegales.

Durante su permanencia en la prisión, se resaltan las siguientes incidencias sanitarias:

- En agosto de 2010, fue atendido por el Servicio de Urgencias del centro penitenciario por politraumatismo craneal, torácico y abdominal tras ser agredido por otros reclusos. El estudio radiológico y ecográfico practicado en el hospital Clínico de Barcelona (HosClin) descartó fracturas o lesiones en órganos internos.
- El 5 de enero de 2011, se realizó un estudio radiológico abdominal por sospecha de “body-packer” tras comunicación íntima “vis a vis”. El estudio confirmó la presencia de cuerpos extraños a nivel cólico. Trasladado al HosClin, el servicio de Cirugía extrajo 12 paquetes de sustancias que están siendo analizadas en el momento de redactar este texto.
- Tanto en el HosClin como en prisión, ha sido visitado por los servicios psiquiátricos de ambos centros, que coincidieron en las siguientes aprecia-

ciones: a) moderada colaboración del paciente; b) ausencia de sintomatología psicótica; y c) no rasgos de ideación autolítica.

- El día 11 de enero el paciente fue trasladado nuevamente al Servicio de UCIAS del HosClin por presentar enclavamiento de tornillo (penetración por contusión-compresión y enroscamiento posterior) en región frontal, sin pérdida del nivel de conciencia, sangrado ni sintomatología neurológica (Glasgow 15). El paciente refirió que la lesión era de carácter autolesivo y como forma de protesta “por la pérdida de 20 euros” que quería le restituyeran. El estudio radiológico practicado (figura 1 y 2) mostraba penetración con compromiso óseo de aproximadamente 1,5 cm y probable compromiso de masa encefálica. El paciente rechazó ser atendido en el HosClin y pidió el alta con carácter voluntario. Para la realización de las exploraciones complementarias se precisó, por consiguiente, una orden judicial. Se practicó TAC craneal que confirmó el enclavamiento y la afectación de masa, se realizó craneotomía con posterior ingreso en UCI, añadiéndose profilaxis antibiótica con meropenem y linezolid durante 48 horas, y se prescribió dexametasona y levetiracetam con el paciente sedado e intubado. Dada la ausencia de complicaciones (controles de PIC y TAC correctos) se procedió a su traslado a la Unidad Penitenciaria del Hospital Consorci de Terrassa, donde permaneció hasta 72 horas después.

A su retorno, el interno fue ingresado en el departamento de Enfermería de la prisión, se retiró los puntos de sutura de la herida y exigió se le retiraran también las grapas. Al no acceder a su petición, el mismo se autoextrajo las grapas 48 horas después (figura 3).



Figura 1.



Figura 2.

El cuadro fue orientado como el de un trastorno de la personalidad pendiente de filiación y para confirmarlo, además de la entrevista clínica, se procedió a la pasación del cuestionario PDQ-4+¹; cuestionario que ha sido estudiado y utilizado con anterioridad en población penitenciaria². Aunque el paciente rechazó inicialmente colaborar, posteriormente lo aceptó, y el cuestionario lo orientó como un trastorno de la personalidad de carácter paranoide, corroborado con la entrevista de significación clínica.



Figura 3.

COMENTARIO

Las conductas autolesivas, con fines suicidas^{3,4} o no⁵, son más frecuentes en población penitenciaria que en población no encarcelada⁶. La mayoría (más del 90% en jóvenes reclusos catalanes⁷) se deben a conductas querulantes con fines manipulativos o reivindicativos, y suelen ser de carácter leve. Otras, como la que presentamos, menos frecuentes y de morfología muy variada (ingesta de tóxicos, mutilaciones, precipitaciones, ahorcamiento, etc.) pueden ser graves, requerir ingreso hospitalario y generar incluso la muerte del paciente. Se ha sugerido que estas conductas violentas a menudo se deben a un trastorno por inadaptación a la prisión, que algunos autores han llamado *prisonización*. Esta inadaptación, que puede ocasionar verdaderos desórdenes de conducta⁸, es más frecuente, como ocurre también con otras alteraciones mentales^{9,10}, en pacientes con trastornos de la personalidad, los cuales muestran limitaciones para relacionarse, para actuar y para afrontar las dificultades. En estos casos, y con objeto de prevenir y actuar con mayores garantías de éxito, probablemente se precisen, como ya han citado algunos autores⁵, más investigaciones, que aporten datos sobre posibles factores de vulnerabilidad e indicadores de riesgo.

CORRESPONDENCIA

Dra. A. Peñafiel Rebutti
Servicios Sanitarios
Centre Penitenciari d'Homes
Entenza, 155. Barcelona 08029
piscislorena@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvo Piñero N, Caseras Vives X, Gutiérrez Pon- ce de León E, Torrubia Beltri R. Adaptación espa- ñola del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30: 7-13.
2. Davison S, Leese M, Taylor PJ. Examination or the screening properties of the personality diag- nostic questionnaire 4+ (PDQ-4+) in a prison po- pulation. *J Pers Disord* 2001; 15: 180-94.
3. Bedoya A, Martínez-Carpio PA, Humet V, Leal MJ, Lleopart N. Incidencia del suicidio en las pri- siones de Cataluña: análisis descriptivo y compa- rado. *Rev Esp Sanid Penit* 2009; 11: 37-41.
4. Pérez-Carcels MD, Íñigo C, Luna A, Osuna E. Mortality in maximum security psychiatric hos- pital patients. *Dorrensi Sci Int* 2001; 119: 279-283.
5. Mohino S, Ortega L, Planchart LM, Dolado J, Martí G, Cuquerella A. Diferencias clínicas y psi- cosociales entre jóvenes reclusos con episodios de autolesiones. *Rev Esp Sanid Penit* 2002; 4: 78-83.
6. Fagan TJ, Cox J, Helfand SJ, Aufderheide D. Self- injurious behavior in correctional settings. *J Correct Health Care*. 2010; 16: 48-66.
7. Memoria del Departamento de Justicia. Barcelo- na: Generalitat de Catalunya, 1999.
8. Arroyo JM, Ortega E. Los trastornos de perso- nalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Rev Esp Sanid Penit* 2009; 11: 11-5.
9. Rivlin A, Hawton K, Marzano L, Fazel S. Psy- chiatric disorders in male prisoners who made near-lethal suicide attempts: case-control study. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 313-9.
10. Black DW, Gunter T, Loveless P, Allen J, Sieleni B. Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *Ann Clin Psychiatry* 2010; 22(2): 113-20.