boletin galego de

medicina legal e forense

ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES

Equipo de Redacción integrado por los miembros de la Asociación Galega de Médicos Forense, Rosa Sanchez, Julio Jimenez , José Ramon Gonzalez y Fernando Serrulla. Las comunicaciones con el Boletín se efectuarán a través del APARTADO DE CORREOS 129 de VERIN (Orense) C.P. 32600. El Boletín está financiado por la A.G.M.F

Número 2 Junio 1995

SUMARIO

1. EDITORIAL.

2.INFORMACION A ASOCIADOS A LA A.G.M.F.:

En éste número incluimos información aportada por la vocalía de Médicos Forenses de la CSIF relativo a los Complementos de Destino no pagados a los Interinos, a los cursos de capacitación y especialización y otras cuestiones de interés.

3.CURSOS Y CONGRESOS:

4.NOVEDADES DIARIOS OFICIALES:

5.COMENTARIOS DIVERSOS:

Inauguramos esta nueva sección en la vamos a incluir todas aquellas noticias de interés médico-forense que se oigan en los diversos mentideros del territorio nacional y que sean aportadas bien por el Equipo de Redacción ó por los lectores. Para éste número tenemos interesantes comentarios.

6.CARTAS AL EQUIPO DE REDACCION:

Además de las cartas recibidas hablaremos de Medidas Preventivas: el BOLETIN ha contactado con Epidemiólogos que nos informan de las medidas que podemos tomar en accidentes autópsicos.

7.COMUNICACIONES:

1.ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB: EPIDEMIOLOGIA Y MEDIDAS PREVENTIVAS. Maria Sande Meijide. Antonio Blanco Sampayo. Berta Uriel Latorre.

2.¿QUIEN DELIRA TRAS ESE YO QUE DELIRA?. (Interpretación libre de Foucault). Un caso de Folie à deux. Victor Verano Zapatel.

8.NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS.

El BOLETIN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE es una publicación de la ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES constituida en 1993 y cuya Junta Directiva está integrada por Dn Benito A.López-de Abajo Rodriguez como Presidente, Dña Beatriz Otero Abadín como Vicepresidenta, Dn José Luis Gómez Martinez como Secretario, Dn José Manuel Blanco Pampín como Tesorero, Dña Gloria Agudo Cuesta como Vocal de la provincia de Coruña, Dn Alberto Barreiro Fernandez como Vocal de la provincia de Pontevedra, Dn Arsenio Diaz Rodriguez como Vocal por la provincia de Lugo y Dn Fernando Serrulla Rech como Vocal por la provincia de Orense. La A.G.M.F. se halla registrada en el Registro Nacional de Asociaciones con el número: 118.666.

DEPOSITO LEGAL: OR-86/95

El presente número del BOLETIN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE es el NUMERO 2 y reúne información anterior al día 25 de mayo de 1995. El equipo de redacción está integrado por los médicos forenses: Rosa Sánchez, Julio Jimenez, José Ramón Gonzalez y Fernando Serrulla.

Las comunicaciones con el BOLETIN se efectuarán a través del APARTADO DE CORREOS 129. Código Postal 32600 VERIN

Seguimos en la brecha

El Equipo de Redacción agradece las felicitaciones recibidas por los miembros de la Asociación Galega de Médicos Forenses que han manifestado su satisfacción por el primer número del BOLETIN. Sin embargo lamentamos la nula participación de todos en éste segundo número.

No podemos dejar pasar la oportunidad sin hacer una breve reflexión en relación con la participación de los asociados en la AGMF. Es tristemente necesario recordar que LA ASOCIACION SOMOS TODOS y que por esto no es de recibo preguntar cosas como: ¿de qué hablais en las asambleas?, !a ver qué hacéis, con el curso de patología o psiquiatría!, !a ver cuando sale otro número del boletín!... Estas y otras frases parecidas siguen oyéndose de vez en cuando y generalmente son pronunciadas por personas que no asisten a las asambleas o que nunca han sido capaces de perder media hora de su tiempo para hacer algo por la asociación. Debe dejarse claro, que aunque todos paguemos nuestra cuota, no todos tienen derecho a criticar. Ni tan siquiera a hablar colocándose en una posición crítica como si la asociación no fuera con ellos. Lo malo de todo ésto es que las mejoras de la profesión médico forense pasan inevitablemente por la modificación de cierta actitud personal hacia la profesión, y éstos cambios no son ni rápidos ni fáciles.

Conviene ser conscientes que nos encontramos en un momento histórico de la Medicina Forense. Quizás desde las aportaciones de Pedro Mata no hubo nunca en la historia de España un cambio de estructuras tan importante en la Medicina Forense como el actual. Esta es la razón por la que los que perdemos tiempo por la asociación no nos enfadamos, aunque nos veamos en la obligación de dar un 'toque de atención' por el poco sentido de grupo que tienen algunos asociados.

En éste segundo número del BOLETIN nos centramos en algunos aspectos preventivos profesionales de la máxima vigencia y transcendencia: el riesgo profesional que suponen enfermedades graves como el SIDA, la Hepatitis B y C y la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Todos debemos revisar y someter a crítica científica nuestros procederes autópsicos y eliminar todas aquellas prácticas de riesgo elevado que por diversas razones se siguen realizando en muchas salas de autopsia. Debe recordarse una vez más la necesidad de vacunarse de la Hepatitis B que puede hacerse gratuitamente en los Servicios de Medicina Preventiva de los Hospitales de la red pública de salud. Esperamos que los informes que en éste número incluimos sean de utilidad y aclaren los aspectos poco conocidos de la profilaxis de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, ó al menos nos permitan ser más conscientes de los riesgos que corremos.

Para terminar incluimos una sección nueva que vamos a llamar COMENTARIOS DIVERSOS y en la que pretendemos introducir todas aquellas noticias, "macutazos" ó similares de los que se tengan noticia y que se relacionen con la medicina forense: en éste número debe resaltarse la noticia aparecida en prensa nacional que habla de lo "malos que somos los forenses españoles". Conocemos la tesis, pero nos sorprende que se haga más énfasis en las personas que desempeñan el trabajo médico forense que en las instituciones que las organizan, forman y dirigen. No os perdais el artículo que es verdaderamente jugoso.

Fernando Serrulla Rech

1.EL BOLETIN SE HA PUESTO EN CONTACTO CON LA CSIF-JUSTICIA EN RELACION CON LA COMUNICACION APARECIDA EN EL BOLETIN Nº1 SOBRE RECLAMACION DE COMPLEMENTOS DE DESTINO.

El BOLETIN se ha puesto en contacto con la Confederación de Sindicatos Independientes de Funcionarios (CSIF)-Sector Justicia de Cádiz y con su vocal de Médicos Forenses Dn MANUEL VELAZQUEZ MIRANDA. Este representante sindical y médico forense nos ha enviado la siguiente documentación:

A.SISTEMA DE RECLAMACION DE CANTIDADES NO COBRADAS POR COMPLEMENTOS DE DESTINO. Por su importancia reproducimos íntegramente el texto enviado:

"Se ha conseguido con estrecha colaboración de CSI-CSIF JUSTICIA SEVILLA, mediante sentencia de la Sala de Lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, el reconocimiento del abono del complemento de destino para los Médicos Forenses interinos a los que les fué retirado en 1992 sin explicación alguna, pudiendo, por consiguiente, reclamar las cantidades no cobradas en su momento.

Los interesados en la reclamación de cantidades adeudadas por esta cuestión, pueden ponerse en contacto con la vocalía de Médicos Forenses (Jesús Alberto Parejo Merino) de CSI-CSIF JUSTICIA SEVILLA en el local sindical.

El procedimiento para iniciar la tramitación de las reclamaciones se inicia con la presentación de un escrito de Reclamción administrativa a la Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia; si la respuesta de la Administración fuera negativa, se procedería a la presentación de Demanda Judicial Contencioso-Administrativa.

Para tal fin , los que deseen iniciar la reclamación deberán enviar por correo o fax a :

CSI-CSIF JUSTICIA SEVILLA
Vocalía de Médicos Forenses
Edificio Juzgados 3ª Planta.
Prado de San Sebastián, s/n
41004. Sevilla.
Teléfono: 95-4599622
Telefono y Fax: 95-4539990

la siguiente documantación:

-Certificado del Secretario de los Juzgados donde haya prestado sus servicios con las fechas de toma de posesión y cese.

-Fotocopia del DNI.

-Datos profesionales, personales, dirección y teléfono de contacto.

-Fotocopia de las nóminas en las que el complemento de destino no sea de igual cantidad.

Esta reclamación pueden realizarla todos los médicos que hayan ejercido sus funciones en algún Juzgado, sean ó no actualmente Titulares.

Sevilla a 3 de febrero de 1995."

B.CRITICA Y PROPUESTAS ALTERNATIVAS A LOS PROYECTOS DE REGLAMENTOS DEL CUERPO NACIONAL DE MEDICOS FORENSES Y DE LOS INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL EFECTUADAS POR LA VOCALIA DE FORENSES DE LA CSIF-JUSTICIA-CADIZ y DEL SECTOR NACIONAL JUSTICIA DE LA CSIF. Los interesados pueden contactar con el vocal nacional de Médicos Forenses, Manuel Velazquez Miranda en los siguientes teléfonos: 956-182398 y FAX:956-307832. El BOLETIN dispone de unos 20 folios relativos al tema estando a disposición de los asociados.

C.DOCUMENTOS DE PRESENTACION DEL PLAN DE FORMACION DE MEDICOS FORENSES ELABORADO POR EL MINISTERIO DE JUSTICIA PARA 1995.

D.INFORME DEL DR MANUEL REPETTO SOBRE EL PROYECTO DE ESPECIALIZACION DE MEDICOS FORENSES.

E.INFORME DE CSI-CSIF JUSTICIA VALENCIA SOBRE LA CAPACITACION ESPECIFICA DE MEDICOS FORENSES Y DE LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA LEGAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALENCIA. Los interesados pueden contactar con CSIF-JUSTICIA-VALENCIA y su

vocal de Médicos Forenses Dn Juan Sanchis, en el T.96-352.49.48 (Fax). El BOLETIN dispone de unos 15 folios al respecto a disposición de los asociados.

2. SOLICITUDES PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA:

El Colegio de Médicos de Orense en su boletin informativo nº10 de febrero de 1995 recoge una propuesta de la Organización Médica Colegial para la ordenación del ejercicio profesional. En España se estima que existen unos 30.000 médicos que están ejerciendo como especialistas sin estar homologados a las titulaciones europeas. La propuesta de la OMC incluye que los Médicos Generales con 5 ó más años de experiencia profesional en Atención Primaria dispongan del correspondiente título de Especialista homologado a nivel Europeo. En el BOLETIN, entendemos que ésto es aplicable al ejercicio de la Medicina Forense en cuanto a la Especialidad de Medicina Legal y Forense.

Para ello la OMC está elaborando un censo de médicos no homologados para tramitar la negociación ante la Administración de la obtención de éstos títulos.

Los interesados pueden acudir a los Colegios Provinciales de Médicos donde les informarán más en detalle sobre la cuestión.

novedades diarios oficiales

1.MODIFICACION DE LA CUANTIA DEL SISTEMA DE VALORACION DE DAÑOS PERSONALES EN EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL.-El BOE nº19 del lunes 23 de enero de 1995 publica una RESOLUCION DEL MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA de 17 de enero de 1995, de la Dirección General de Seguros, por la que se da publicidad a las cuantías de las indemnizaciones por muerte, incapacidad permanente e incapacidad temporal que resultan de aplicar durante el año 1995, el sistema de valoración de daños personales en el seguro de Responsabilidad Civil ocasionada por medio de vehículos a motor publicado por Orden del Ministerio de Economía y Hacienda de 5 de marzo de 1991.

2.REGULACION TRANSITORIA DE LAS BOLSAS DE FUNCIONARIOS INTERINOS DE JUSTICIA: El BOE Nº38 del martes 14 de febrero de 1995 publica una ORDEN DEL MINISTERIO DE JUSTICIA E INTERIOR de 18 de enero de 1995, por la que se regula transitoriamente la selección, propuesta y nombramiento de funcionarios interinos para cubrir plazas vacantes de los Cuerpos de Médicos Forenses, Oficiales, Auxiliares y Agentes de la Administración de Justicia.

INTERESADOS SOLICITAR FOTOCOPIA AL BOLETIN.

1. **IX CONGRESO ESPAÑOL DE ANTROPOLOGIA BIOLOGICA:** Incluye una sección dedicada a la Antropología Forense. Para más información ponerse en contacto con el Comité organizador, en el Departamento de Ciencias Morfológicas c/ Domingo Miral s/n. 50009. ZARAGOZA. Se realizará en Zaragoza entre el 21 y 24 de setiembre de 1995.

2. **V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TOXICOMANIAS.**A celebrar en Santiago de Compostela los días 9. 10 y 11 de noviembre de 1995 . Secretaría Científica: Cátedra de Psiquiatría Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (Hospital General de Galicia), Galeras s/n, 15705. SANTIAGO, Telfs:981-586077 y 540000 (extensiones 40304-40413-40451).

3. **DEBATE SOBRE LAS LESIONES MUSCULO-ESQUELETICAS DE ORIGEN LABORAL. ¿UNA NUEVA EPIDEMIA DE LOS 90?.** Barcelona 20 de junio 1995. Información: Institut Municipal de la Salut. Pza.Lesseps,1. 08023. Barcelona. Telef. 93-415.00.66.

4. **MASTER EN BIOETICA Y DERECHO.** La Universidad de Barcelona y la Fundación Bosch i Gimpera han organizado éste año éste Master cuyo plazo finalizó en enero. Sin embargo lo ponemos en comunicación de nuestros lectores para los interesados el año 1996. Información: Estudios de Formación Continuada. Universidad de Barcelona/Fundació Bosch i Gimpera. Palau de les Heures. Llars Mundet. Paseo Vall d'Hebron, s/n 08035. Barcelona. Telef. 93-428.37.10.

5.**XXXVII CONGRESO INTERNACIONAL DE ALCOHOLISMO Y DROGODEPENDENCIA.** San Diego (EEUU), 20-25 de agosto 1995. Información e inscripciones: Viajes y Cultura. General Aranaz, 49. 28027 Madrid. Telef. 91-742.66.51.

6. **VII CONGRESO INTERNACIONAL DE TOXICOLOGIA.** Seattle (EEUU), del 2 al 7 de julio de 1995. Información e inscripciones: Viajes y Cultura. General Aranaz, 49 28027. Madrid. Teléfono 91-742.66.51

7. **CURSOS DE VERANO 1995 DE LA FUNDACION GENERAL DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE:** Dentro del programa presentado para éste año destacamos los siguientes cursos:

-"**En las fronteras del derecho: insumisión, eutanasia, extranjeros, manipulación genética y aborto**". Del 24 al 28 de Julio en El Escorial (Madrid).Director: Perfecto Andrés Ibañez (Magistrado Audiencia Provincial de Madrid).

-"**Exposición de trabajadores a pesticidas y evaluación de riesgos toxicológicos**". Del 17 al 21 de julio en el campus Almería-Ronda. Director: José Luis Martinez Vidal (Univ.Almería).

INFORMACION DE TODOS LOS CURSOS DE VERANO: Secretaría de los cursos de Verano: c/Donoso Cortés, 63. 28015 Madrid. Teléfonos: (91)- 544.81.06/ 543.40.42/ 543.40.69 y 544.63.93.

8. **CURSOS DE VERANO DE LA UNIVERSIDAD INTERNACIONAL MENENDEZ PELAYO. UNIVERSIDAD DE LA CORUÑA:** En el programa de 1995 destacamos el siguiente curso:

-"**Aspectos médicos, biológicos y sociales del envejecimiento**". Código 2020. La Coruña del 24 al 28 de julio. Directores: Santiago Grisolía y Javier Aranceta.

INFORMACION CURSOS: Secretaría de la UIMP. Palacio de Congresos. Glorieta de América s/n. 15004 La Coruña. Tfnos: 981-14.08.30 / 14.08.25.

9. **CURSOS EN VERANO DE LA SEDE IBEROAMERICANA LA RABIDA DE LA UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE ANDALUCIA:** El único curso que presenta interés en el ámbito de la Medicina Legal y Forense es el siguiente:

-"**Enfermedad y muerte en Andalucía e Iberoamérica (siglos XVI a XX)**". Dirigido por José

Hernandez Palomo y Manuel Sobrino Toro. CSIC-Sevilla (Escuela de Estudios Hispano-americanos)Universidad de Sevilla. PARTICIPAN: Casa de Velázquez (Madrid); International State University (Florida); Northern Arizona University; Queens University (Kingston, Ontario); Instituto Nacional de Antropología e Historia (México); Universität Bielefeld (Alemania); Ibero.Amerikanisches Institut (Berlín); Universidad de Wasser (Alemania); Universidad de Sevilla; Junta de Andalucía; CSIC-Sevilla; Universidad de Cádiz. FECHAS: Del 31 de julio al 4 de agosto.

INFORMACION: Teléfonos: 959-35.04.52 / 35.04.93 / 35.08.17 Universidad Internacional de Andalucía Sede Iberoamericana. La Rábida. 21819 La Rábida . Palos de la Frontera (Huelva).

boletin galego de medicina legal e forense

apdo.correos 129 C.P. 32600. Verín (Orense)

A propuesta de uno de los miembros del Equipo de Redacción inauguramos esta nueva sección COMENTARIOS DIVERSOS en la que se pretende incluir todas aquellas, noticias, novedades y otros 'comentarios' que tengan relación con la Medicina Legal y Forense y que conozcan nuestros lectores ó el Equipo de Redacción.

Para éste segundo número del BOLETIN tenemos los siguientes:

APARECE UNA FUTURA Y NUEVA REGULACION DE LAS GUARDIAS EN LOS JUZGADOS:

A propósito de la última reforma de la LOPJ (L.O. 16/1994, de 8 de noviembre), que se refiere a la creación de los Institutos de Medicina Legal, en su artículo 21°, y que tras su publicación ha venido suscitando diversas reuniones, coloquios, propuestas, etc..., nos llama la atención un informe a modo de Circular que se ha recibido en el Juzgado Decano de Orense, y suponemos que en todos los Juzgados Decanos, remitido por la Comisión de Estudios e Informes del C.G.P.J., y que lleva por título: "Reglamento sobre aspectos accesorios de la actuaciones judiciales", que incluye el "Borrador de Reglamento del Servicio de Guardia".

El mencionado informe consta de dos capítulos y en el artículo 7 del primer capítulo se recogen los siguientes puntos:

ARTICULO 7:

2.Igualmente los Juzgados en funciones de Guardia habrán de estar asistidos por los funcionarios que corresponda del Cuerpo de Médicos Forenses a fin de asegurar la prestación del necesario asesoramiento técnico en las materias objeto de su especialidad profesional.

3.Unos y otros funcionarios habrán de incorporarse al servicio de Guardia en similares condiciones de permanencia y disponibilidad que los integrantes de las plantillas de los Juzgados correspondientes. Para la efectividad de cuanto antecede, el Ministerio de Justicia e Interior y la Fiscalía General del Estado, en el ámbito de sus respectivas atribuciones, adoptarán las disposiciones conducentes a la adecuada incorporación a los servicios de guardia de miembros del Ministerio Fiscal y del Cuerpo de Médicos Forenses.

4.El desarrollo del servicio de Guardia se entenderá con el funcionario del Ministerio Fiscal y con el Médico Forense que figuren para las correspondientes fechas en el calendario que confeccione para cada localidad el Fiscal Jefe del TSJ y el Ministerio de Justicia e Interior respectivamente.

ARTICULO 8:

1.Antes de comenzar el año natural, cada Junta de Jueces aprobará y el Juez Decano publicará el calendario anual del servicio de guardia, que no se alterará, salvo que varíe el número de Juzgados de Instrucción llamados a prestarlo sin perjuicio de la aplicación del régimen ordinario de sustituciones en los casos en que proceda.

...

El mencionado documento recoge en su última página una Disposición Derogatoria (quedan derogadas todas aquellas disposiciones de igual ó inferior rango que se opongan a lo dispuesto en el presente reglamento) y una Disposición Final (el presente reglamento entrará en vigor el día primero de septiembre de 1995)

En el Equipo de Redacción nos preguntamos que, ¿Qué pasa?, ¿En qué dirección caminamos?, ¿Qué ocurre entonces con las atribuciones del Director de los IML?, ¿vamos a ser más in- ó más dependientes?. Desde aquí os informamos y esperamos vuestras opiniones e informaciones al respecto. El debate queda abierto.

El BOLETIN dispone de una copia del documento a disposición de todos los asociados.

LOS FORENSES PIDEN UN DEBATE ETICO SOBRE LOS BANCOS DE DATOS DEL ADN DE DELINCUENTES. *(Publicado en La Voz de Galicia del día 28 de abril de 1995)*

"Madrid. M.G.M.

Expertos en Medicina Legal, que asisten a un simposium internacional en Madrid, consideran necesario un debate ético sobre la creación de bancos de datos con el ADN de los delincuentes y en principio son partidarios de que sólo se registren los datos de aquellos que atentan contra la libertad sexual.

Con motivo de este simposium sobre las perspectivas de la Medicina Legal, organizado por la Fundación Ramón Areces, especialistas de varios paises europeos analizan desde el pasado miércoles y hasta hoy el impacto de las nuevas tecnologías.

El coordinador del simposium, Angel Carracedo, catedrático de Medicina Legal, señala que los bancos de datos con ADN de delincuentes podrían chocar con el derecho a la libertad e intimidad personal, por lo que insistió en restringir ésa información sólo a implicados en delitos sexuales.

Necesidad de cambios

Los médicos forenses y catedráticos de ésta disciplina sanitaria reclaman una nueva estructura legal en España y la creación de Institutos de Medicina Legal semejantes a los que existen en otros paises europeos.

El presidente de la Academia Internacional de Medicina Legal, Bernd Brinkmann, confirmó que los forenses españoles cometen numerosos errores por falta de medios técnicos, y puso como ejemplo las segundas autopsias efectuadas a turistas alemanes muertos en suelo español.

Estos errores, como una inadecuada disección del cuello y corazón en alguno de los cadáveres, deben ser corregidos para conseguir un mismo nivel técnico en toda la UE.

La opinión de Luis Concheiro

Los forenses españoles se mostraron de acuerdo con las palabras de Brinkmann y Luis Concheiro, del Instituto de Medicina Legal de Santiago de Compostela, dijo que podemos caer en "un divorcio" entre la medicina legal académica y la judicial.

Muchas áreas médico-legales han sufrido en los últimos años una auténtica revolución con nuevas técnicas como la tanatoquimia, para conocer la causa específica de una muerte, la toxicología y sobre todo los avances en Genética Forense.

La actual estructura de la Medicina Legal es para los forenses arcaica y está anclada en un sistema que era eficaz a principios de siglo. En España hay casi 600 médicos forenses que trabajan aislados, sin medios, sin especialización y con técnicas lentas".

APARECE LA "ACCION SOCIAL PARA FUNCIONARIOS 1995" DEL MINISTERIO DE JUSTICIA: Se otorgan cantidades de dinero diversas a médicos forenses (titulares e interinos) para ocio-vacaciones, ayuda a minusválidos, ayuda por hijos, ayuda estudios funcionarios, ayuda libros funcionarios y otras ayudas excepcionales.-

La Comisión de Acción Social de la Administración de Justicia distribuirá en 1995 más de 500 millones de pesetas para los funcionarios de ésta administración en seis programas distintos en función de una serie de condiciones generales y específicas que se detallan en un escrito que ha aparecido en algunos Juzgados en los primeros días del mes de mayo. Las características más importantes de éstos programas se incluyen a continuación. Hemos obviado los programas que en la fecha de edición de éste BOLETIN haya prescrito el plazo para solicitarlas:

PROGRAMA	CUANTIA	PLAZO
AYUDA ESTUDIOS	máximo 35.000	1-9-95 al 5-10-95
AYUDA LIBROS HIJOS	15.000/hijo	1-9-95 al 5-10-95

Los interesados en todos los detalles y que no encuentren la documentación en los Juzgados pueden solicitar copia de toda ésta información al BOLETIN.

1.CONDUCTA A SEGUIR ANTE UN ACCIDENTE QUE SUPONGA UN PINCHAZO O CORTE CON INSTRUMENTOS CONTAMINADOS CON SANGRE O SUERO O CONTACTO DE PIEL NO INTEGRA CONJUNTIVAS O MUCOSAS CON SANGRE O SUERO. Recomendaciones del Servicio de Higiene y Medicina Preventiva del Complejo Hospitalario Cristal Piñor de Orense:

El BOLETIN ha establecido contacto con los Servicios de Medicina Preventiva del Hospital Nª Sª del Cristal de Orense quienes han establecido las líneas generales (protocolo) de actuación ante accidentes de éste tipo. El EQUPO DE REDACCION, en base a éstos protocolos ha elaborado uno propio que sirva a los Médicos Forenses, y que es el que a continuación os exponemos:

Normas generales.-

1.Todo Médico Forense que sufra un accidente de éste tipo debe en primer lugar tomar la precaución durante la autopsia de enviar sangre al INT para que se practiquen las investigaciones relativas al VHB,VIH y VHC fundamentalmente. Debe hacerse constar en el oficio de remisión de muestras.

2.Tras la autopsia debe acudirse a un Servicio Asistencial a fin de actualizar la vacunación antitetánica. Es conveniente que el médico forense se asegure que el médico que lo atiende extienda un Parte al Juzgado a fin de incoar Diligencias Previas con el objeto de que exista una comprobación documental del accidente sufrido.

3.Debe solicitarse la DETERMINACION URGENTE en la persona expuesta del estado serológico frente a los virus de la hepatitis B y C y VIH.

4.A los doce meses debe repetirse la serología en la persona expuesta.

Los puntos 3 y 4 son atendidos adecuadamente en los Servicios de Medicina Preventiva de los Hospitales de cada capital de provincia u Hospitales donde exista éste servicio.

5.Debe además seguirse el siguiente PROTOCOLO:

a)FUENTE CONOCIDA HBsAg POSITIVO O DE ALTO RIESGO DE INFECCION:

-Si el médico forense se encuentra vacunado frente al VHB, no hacer nada más.

-Si no está vacunado o no ha respondido a la vacunación se administrarán 5 cc de Gammaglobulina específica antihepatitis B.

b)SI LA FUENTE DE EXPOSICION TIENE SEROLOGIA DESCONOCIDA:

-Si el médico forense se encuentra vacunado frente al VHB, no hacer nada más.

-Si no está vacunado ó no ha respondido a la vacunación, se administrarán 5 cc de Gammaglobulina específica antihepatitis B.

c)SI LA FUENTE DE EXPOSICION ES HEPATITIS C POSITIVA:

-Administrar en todos los casos 5 cc de Gammaglobulina inespecífica.

d)SI LA FUENTE DE EXPOSICION ES VIH POSITIVA DOCUMENTADA:

Hay que tener en cuenta dos situaciones distintas:

-Que se trate de un pinchazo claro: En éste caso los Servicios de Medicina Preventiva ofrecen una pauta de tratamiento con AZT. Conviene señalar que la eficacia del AZT es empírica (difícil de probar) aunque no es la única arma existente. Además es conveniente conocer que el AZT tiene efectos secundarios leves en las pautas de dosificación que se recomiendan (nauseas, alteraciones hematológicas reversibles,etc) y está contraindicado en el embarazo.

-Si se trata de un pinchazo dudoso ó una salpicadura no se recomienda hacer nada más.

Profilaxis frente al VIRUS DE LA HEPATITIS B.-

Nos podemos encontrar con tres situaciones distintas:

a)QUE LA FUENTE DE EXPOSICION SEA CONOCIDA CON HBsAg POSITIVO (O CON ALTO RIESGO DE INFECCION: En este caso debemos tener en cuenta:

1.Que si la persona expuesta NO ESTA VACUNADA debe administrarse una primera dosis de vacuna HB, más una dosis de HB Ig y más tarde completar la vacunación.

2.Si la persona expuesta está vacunada pero con PAUTA INCOMPLETA debe administrarse una dosis de HB Ig y completar la vacunación.

3.En el caso de que nos encontremos en situación de estar VACUNADO con RESPUESTA POSTVACUNAL ADECUADA, no hay que hacer nada. Si hace más de 5 años de la última dosis, hay que administrar una dosis de recuerdo.

4.Si está VACUNADO, pero la RESPUESTA POSTVACUNAL FUE INADECUADA, administrar una dosis de refuerzo de vacuna HB y una dosis de HB Ig. Si se diera el caso de encontrarnos ante una persona expuesta que ya recibió 4 ó más dosis hay que administrar una dosis de HB Ig y otra más un mes después.

5.Si estamos ante una persona expuesta CON RESPUESTA POSTVACUNAL NO COMPROBADA hay que realizar primero una determinación de AcHBs y administrar una dosis de HB Ig. Si se obtienen niveles inadecuados de ACHBs hay que administrar además una dosis de HB Ig un mes después junto con una 4ª dosis de vacuna HB. A los 6 meses determinar niveles de Ac HBs.

b)QUE LA FUENTE DE EXPOSICION SEA CONOCIDA HBsAg NEGATIVO:

1.Si NO ESTA VACUNADA administrar una primera dosis de vacuna HB y completar vacunación.

2.Si está vacunado pero con PAUTA INCOMPLETA, completar vacunación.

3.Si está vacunado con RESPUESTA POSTVACUNAL CONOCIDA (adecuada ó inadecuada), no hacer nada.

4.Si está vacunada pero la RESPUESTA POSTVACUNAL NO ESTA COMPROBADA, hacer determinación de ACHBs y seguir el protocolo de vacuna HB.

c)QUE LA FUENTE DE EXPOSICION SEA DESCONOCIDA O INACCESIBLE DE VALORACION DE INFECTIVIDAD:

1.Si la persona expuesta NO ESTA VACUNADA, administrar una primera dosis de vacuna HB más una dosis de HB Ig y completar la vacunación.

2.Si está vacunado pero con PAUTA INCOMPLETA, completar vacunación.

3.Si está vacunado y con RESPUESTA POSTVACUNAL CONOCIDA (adecuada ó inadecuada) actuar como si la fuente de exposición fuera conocida HBsAg positivo.

4.Si la persona expuesta estuviera vacunada con RESPUESTA POSTVACUNAL NO COMPROBADA efectuar determinación de ACHBs y seguir protocolo de vacuna HB.

Profilaxis frente al virus de la Hepatitis C.-

a)SI LA FUENTE DE EXPOSICION ES VIRUS HEPATITIS C POSITIVO (Anticuerpos):

1.Y la persona expuesta también es VHC+, no hacer nada.

2.Si la persona expuesta es VHC negativo, administrar una dosis de gammaglobulina inespecífica intramuscular profunda (Globuman Berna 800 mg) Al mes se pondrá una segunda dosis.

b)SI LA FUENTE DE EXPOSICION ES VHC NEGATIVO:

No hacer nada.

c)SI LA FUENTE DE EXPOSICION ES VHC DESCONOCIDO:

No hacer nada.

Profilaxis frente al VIH.-

Unicamente en el caso de que la FUENTE DE EXPOSICION FUERA POSITIVA Y LA PERSONA EXPUESTA FUERA NEGATIVA al VIH, siempre y cuando el pinchazo sea claro, ha de ofrecerse una pauta de AZT e incluir el caso en el C.N.S.V.(Majadahonda).

Para el resto de situaciones posibles, no hacer nada.

2.DESINFECTANTE ADECUADO PARA EL MATERIAL DE AUTOPSIAS:

El Servicio de Medicina Preventiva del Hospital antes mencionado recomienda utilizar el GLUTARALDEHIDO en los casos en los que el material no pueda ser esterilizado en autoclave (médicos forenses rurales).

Se recomienda sumergir el material durante 10 minutos en una solucion 1/16 de INSTRUNET ESPORICIDA. Se consigue una esterilización química con una solucion 1/16 durante 6 horas. El Glutaraldehido es IRRITANTE y necesita aclarado con agua. Además es CORROSIVO y puede deteriorar el filo del material cortante, por lo que la recomendación es aplicarlo 10 minutos. Es bactericida y virucida.

3.SE RECUERDA A TODOS LOS MEDICOS FORENSES LA CONVENIENCIA DE SOMETERSE A LA VACUNACION DE HEPATITIS B.

Todos los médicos forenses de Galicia pueden acudir a los Servicios de Medicina Preventiva dependientes del Servicio Galego de Saúde y se les administrará gratuitamente la vacuna. Además no duele y si no lloras te dan un caramelo.

4. SOLICITUD DE TEMAS DE LA OPOSICION:

Agradecería que el que dispusiera de los siguientes temas hechos (preferiblemente mecanografiados) me los enviara a los JUZGADOS DE INSTRUCCION DE VERIN (ORENSE) (A la atención del Médico Forense).

DERECHO MEDICO:

Tema 20.- El consentimiento ante las intervenciones quirurgicas y otros actos profesionales médicos. Legislación española. El problema del consentimiento en las actuaciones del Médico Forense. Doctrina Jurisprudencial.

MEDICINA FORENSE DEL TRABAJO:

Tema 12.-Valoración del daño corporal. Los distintos componentes del mismo. Recomendaciones del Consejo de Europa relativas a la valoración integral del daño corporal.

Tema 13.- El informe pericial médico relativo a la valoración del daño corporal. Partes de que consta, fundamentos y distintos procedimientos técnicos empleados.

TOXICOLOGIA:

Tema 10.-Métodos de extracción de tóxicos orgánicos fijos. Métodos de Stass-Otto, de Ogier, de Florence y de electrodialísis. Los modernos métodos de extracción

5. CORREO RECIBIDO POR EL BOLETIN:

1. Únicamente hemos recibido una carta contestando a la encuesta que incluiamos en el número 1 del BOLETIN, por lo que consideramos estadísticamente lo siguiente:

-Al 100% de los encuestados le ha parecido el BOLETIN nº1 como 'muy bueno'.

-Al 100% de los encuestados le parece que la sección más interesante son 'la totalidad'.

-El 100% de los encuestados no consideran oportuno realizar ninguna crítica.

2. Hemos recibido también la noticia de que en Andalucía, la asociación de médicos forenses tiene intención de editar un boletín como el nuestro. Nos felicitan por el primer número y nos piden información propia de la edición.

ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB: EPIDEMIOLOGIA Y MEDIDAS PREVENTIVAS.

MARIA SANDE MEIJIDE
ANTONIO BLANCO SAMPAYO
BERTA URIEL LATORRE [1]

RESUMEN: La ECJ es una rara enfermedad degenerativa subaguda del cerebro que cursa con demencia de curso clínico rápidamente progresivo y fatal. Causada, como otras encefalopatías espongiformes, por agentes no convecionales similares a virus denominados priones, también se detectan agregaciones familiares y en determinados grupos étnicos que aportan un componente genético. La presentación de la enfermedad es mundial (tasa de incidencia de 0,5 a 1 caso por millón de personas y año). La transmisión de la enfermedad es poco conocida, aunque hay casos de transmisión iatrógena (receptores de hormona de crecimiento derivada de cadáveres, colocación de electrodos contaminados en intervenciones neuroquirúrgicas, transplantes de córnea, injertos de duramadre y pericardio). Aunque se han descrito casos en profesionales sanitarios, el riesgo ocupacional de éste colectivo se considera pequeño. El agente de la ECJ es resistente a los procedimientos rutinarios de desinfección y esterilización. El agente químico más efectivo encontrado parece ser el hidróxido sódico. Los métodos de esterilización más eficaces son por medio de vapor. Se establecieron una serie de medidas preventivas que se refieren a la no donación de órganos o tejidos por parte de pacientes con la enfermedad de ECJ, la cremación de los cadáveres de éstos pacientes y las precauciones que se deben tomar en zonas donde se manejan tejidos con potencial altamente infeccioso como el sistema nervioso central, es decir, quirófanos, laboratorios de anatomía patológica y salas de autopsia.

1. INTRODUCCION

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es una causa poco frecuente de demencia que forma parte junto con el Kuru y la enfermedad de Gerstmann-Sträusser-Scheincker, de un grupo de enfermedades degenerativas subagudas no inflamatorias del cerebro causadas por agentes no convencionales, similares a virus, denominados priones, caracterizadas por periodos de incubación muy largos y por la ausencia de respuesta inmunitaria demostrable.

2.DESCRIPCION

El periodo de incubación de la enfermedad se desconoce pero oscila entre 15 meses a posiblemente más de 20 años en los casos de transmisión iatrogénica.

[1] Médicos Especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario Cristal-Piñor (Orense).

De comienzo insidioso, la sintomatología más común incluye confusión, demencia progresiva, ataxia cerebelar y sacudidas mioclónicas, además de signos neurológicos multifocales dependiendo del área cerebral afectada y de la evolución de la enfermedad.

La mayoría de los casos se presentan entre 50 y 75 años, aunque se han presentado casos en niños y en personas de hasta 80 años de edad.

El curso clínico es rápidamente progresivo y fatal. El 80% de los individuos mueren en el año que sigue al diagnóstico. La duración promedio de la enfermedad es de 7 a 8 meses; aproximadamente en el 5-10% de los casos la enfermedad dura dos ó más años.

Los estudios del líquido cefalorraquídeo habituales son normales, con excepción de una ligera elevación de proteinas. No hay respuesta inmune celular ó humoral a la enfermedad. No aparece fiebre. El TAC y la RMN pueden mostrar signos inespecíficos como atrofia cortical. El electroencefalograma puede ser útil para hacer el diagnóstico, mostrando descargas periódicas de alto voltaje y cambios progresivos a lo largo de la enfermedad.

El diagnóstico definitivo antemortem requiere biopsia cerebral, sin embargo ésta puede fallar si el tejido biopsiado no se encuentra afectado por la enfermedad. Otra forma de conseguir un diagnóstico definitivo es mediante la transmisión de la enfermedad a animales a partir de muestras de biopsia. Anatomopatológicamente cerebro y cerebelo son las áreas de afectación predominante. El examen microscópico muestra un estado esponjoso generalizado, pérdida de células nerviosas y gliosis intensa. Aparece una fina vacuolización en axones, dendritas y fibras gliales. No hay reacción inflamatoria.

Los estudios ultraestructurales del cerebro demuestran fibrillas anómalas, de composición no aclarada, y de aspecto similar a las que se observan en el scrapie (enfermedad neurológica de las ovejas). Se han observado igualmente en el cerebro de pacientes con ECJ proteinas resistentes a las proteasas (PrPECJ) que reaccionan con anticuerpos activos frente a las proteinas PrP del scrapie, y que al agregarse forman placas tipo amiloideas.

3. EPIDEMIOLOGIA

3.1.-AGENTE CAUSAL

La enfermedad fue identificada simultáneamente por Creutzfeld y Jakob a principios de los años 20. La naturaleza infecciosa de la misma fue confirmada 40 años después por Gibbs y colaboradores al conseguir transmitir la enfermedad a chimpancés que se alimentaron de órganos procedentes de animales infectados. La enfermedad de Creutzfeld-Jakob es similar a otras enfermedades humanas causadas por agentes no convencionales similares a virus y que producen una vacuolización en el neuropilo y por ello se denominan encefalopatías virales espongiformes subagudas. Por tratarse de enfermedades con largo periodo de incubación y que cursan con una

infección sin respuesta inflamatoria detectable o de inmunidad celular, sus agentes causales, no totalmente precisados, se han denominado **agentes no convencionales de infecciones lentas**. Comparte igualmente características con la "scrapie", una enfermedad neurológica de las ovejas, con la enfermedad crónica degenerativa en alces y ciervos, con la encefalopatía transmisible de los visones y con la encefalopatía espongiforme bovina de las vacas.

En un 5-10% de los casos de ECJ se dan agregaciones familiares, probablemente genéticamente determinadas, con un patrón de herencia dominante. Investigaciones recientes sugieren mutaciones en un gen específico denominado PRP (gen productor de la prion protein); estas mutaciones son diferentes en los distintos grupos o agregaciones de la enfermedad (ej: en el grupo étnico de judios libios se detectaron mutaciones puntuales en el codon 200).

La proteina PrP (prion protein) ha sido implicada en la patogénesis (acúmulos de dicha proteina como componente de la sustancia amiloide) y transmisión de la ECJ, scrapie y otras enfermedades relacionadas, pero la relación entre el agente infeccioso y la proteina PrP permanece sin dilucidar. No se sabe si representan una forma de agente infeccioso o bien productos patológicos modificados.

Esta situación ha llevado a hablar de un origen doble de la enfermedad infeccioso y genético.

3.2.-DISTRIBUCION GEOGRAFICA

La enfermedad de Creutzfeld-Jakob tiene una presentación mundial (se ha observado en más de 50 paises del mundo), con una tasa de incidencia de 0.5-1 caso por millón de personas y año.

Se han identificado clusters (agrupamientos) de la enfermedad en determinados grupos étnicos con alta incidencia local de mutaciones en el gen precursor PRP (prion protein): judios libios en Israel, habitantes rurales de Checoslovaquia e inmigrantes norteafricanos en Francia.

Diferentes paises han establecido registros de la enfermedad, tanto de incidencia como de mortalidad, detectándose en el mundo un patrón de frecuencia y distribución constante, con una incidencia estable.

Actualmente se están llevando a cabo programas de vigilancia de la ECJ en 5 paises de la CEE (Reino Unido, Francia, Alemania, Holanda e Italia) en el marco de una Acción concertada de coordinación de los programas nacionales de vigilancia, en la que se incluirá España en breve. El objetivo de éstos programas es conocer la situación existente dada la preocupación por el potencial, aunque remoto, riesgo de transmisión de las encefalopatías espongiformes de los animales (ej: la denominada "enfermedad de las vacas locas") a la población humana.

Se exponen a continuación (TABLA 1) datos procedentes de éstos paises europeos:

TABLA 1: **Número de casos de ECJ en paises de la CEE en 1993.**

	FRANCIA	ALEMANIA	ITALIA	HOLANDA	REINO UNIDO
ECJ definitiva	6	6	11	2	24
Probable ECJ	22	13	20	8	8
TOTAL	28	19	31	10	33

En España, según los datos del Centro Nacional de Epidemiología, la tasa de mortalidad por millón de habitantes entre 1981-1989 oscila entre 0.01 en 1981 y 0.75 en 1989.

En Galicia durante el periodo 1987-1993 se registraron 6 fallecimientos por esta causa (Registro de Mortalidad, Consellería de Sanidade-Xunta de Galicia) cuyas características demográficas se describen en el siguiente cuadro (TABLA 2).

TABLA 2. **Mortalidad por la ECJ en Galicia (1987-93)**

AÑO	EDAD	SEXO	AYUNTAMIENTO
1989	76 84	mujer mujer	Ferrol Santiago
1991	48	varon	Santiago
1992	76 57	varon mujer	Lugo Coruña
1993	69	varon	Santiago

3.3.-POSIBLES FACTORES DE RIESGO

En diferentes estudios se han intentado buscar diferentes factores de riesgo: sexo, nivel socioeconómico, hábitos dietéticos, consumo de carne de determinados animales, traumatismos, cirugía de cabeza ó cuello, exámenes oftálmicos con tonómetro, contacto con animales salvajes, historia de herpes zoster, demencia en familiares, enfermedad psiquiátrica previa, etc. Sin embargo no se han encontrado asociaciones concluyentes ni consistentes y la relación permanece sin confirmar.

Añadido a posibles factores ambientales parece existir una susceptibilidad genética o tendencia familiar apoyada por las agregaciones familiares ya mencionadas en un 5-10% de los casos.

3.4.-TRANSMISIÓN

Se conoce poco acerca del modo de transmisión natural de la enfermedad. Las evidencias epidemiológicas prácticamente excluyen la transmisión de persona a persona de modo vertical u horizontal, excepto en raros casos iatrogénicos. Los casos de origen iatrogénico presentaron los siguientes mecanismos de transmisión:

-Colocación de electrodos profundos durante intervenciones neuroquirúrgicas procedentes de pacientes con la enfermedad y que habían sido desinfectados de modo convencional.

-Receptores de hormona de crecimiento extraída de glándula pituitaria de cadáveres. Hasta 1992 se han registrado 23 pacientes que contrajeron la enfermedad por ésta vía. También se ha descrito la enfermedad en dos pacientes receptores de gonadotropina derivada de hipófisis humana.

-Transplante de tejidos procedentes de donantes con enfermedad desconocida, entre los que se incluyen córnea, injertos de duramadre y de pericardio. En 1988 se comunicó el primer caso de transmisión a través de un injerto de duramadre procedente de cadáver; en España se notificaron a los CDC (Centros de Control de Enfermedades, Atlanta-EEUU) 4 casos de transmisión por ésta vía que ocurrieron en pacientes intervenidos neuroquirúrgicamente y que recibieron un injerto de duramadre procedente de cadáver en el periodo 1983-1984 en un hospital de Murcia.

El riesgo ocupacional para los trabajadores sanitarios se considera pequeño. Se han descrito casos en distintos profesionales sanitarios: un neurocirujano, 3 casos en técnicos patólogos, un cirujano ortopédico, un caso en un patólogo, un dentista, varios en enfermeras. Sin embargo la asociación entre la ECJ y el trabajo como sanitario debe ser analizada con precaución. Por un lado parece no detectarse un exceso de casos entre este grupo y por otro, debido a las características epidemiológicas de la enfermedad: su rareza, el prolongado periodo de incubación y la imposibilidad de obtener una historia detallada de cada caso.

No obstante, el hecho de que la ECJ haya sido transmitida a ratones a través de la inyección de sangre humana contaminada y orina habla de un posible riesgo ocupacional.

En relación con lo anterior, señalar que el agente de ECJ se encuentra altamente concentrado en el cerebro y sistema nervioso central. Estos tejidos, incluido tejido óptico y líquido cefalorraquídeo son altamente infecciosos. Se ha señalado igualmente que tejidos linfoides y otros órganos probablemente sean infecciosos incluso antes de que se manifieste la enfermedad. El sudor, la saliva, otras secreciones externas y deposiciones sin embargo, no han demostrado su infecciosidad.

Los casos humanos constituyen el único reservorio conocido de la enfermedad, aunque se ha postulado que diferentes animales en que se ha aislado el agente o a los que se ha transmitido experimentalmente la enfermedad pudieran actuar como reservorio. Sin embargo no hay datos de enfermedad en el hombre transmitida desde los animales.

4.-MEDIDAS PREVENTIVAS

4.1.-INACTIVACION DEL AGENTE

El agente infeccioso de la ECJ es resistente a los procedimientos rutinarios de desinfección, esterilización y limpieza empleados en los centros sanitarios (resiste al calor, formaldehido, glutaraldehido, radiación ionizante, congelado, desecado y detergentes orgánicos).

Para analizar la efectividad de los distintos procedimientos físicos y químicos empleados en la destrucción del agente de la ECJ, dada la no disponibilidad del agente, se utiliza como prototipo el prion del scrapie, causante de una encefalopatía espongiforme en las ovejas. Aunque no se conocen diferencias en la susceptibilidad entre ambos agentes, dicha sustitución supone una limitación en los estudios.

Los agentes químicos analizados mostraron una eficacia diversa. La mayoría de ellos sólo fueron parcialmente efectivos. El agente químico más efectivo encontrado hasta ahora parece ser el **hidróxido sódico.** A concentración de 1.0 Eq/L durante 60 minutos resultó ser efectivo en un estudio llevado a cabo en el año 86, aunque posteriores estudios hallaron sólo una efectividad parcial, incluso empleado a concentración de 2.0 Eq/L durante 120 minutos. La lejía (hipoclorito sódico) al 2.5% durante 60 minutos es sólo parcialmente efectivo y el hidróxido sódico es menos corrosivo que ésta. El formaldehido y glutaraldehido empleados durante semanas resultaron el primero inefectivo y el segundo parcialmente efectivo. Hay que señalar que la fijación convencional con formaldehido no descontamina los tejidos.

Los métodos más eficaces de esterilización hasta ahora son:

-Esterilización por vapor, con un esterilizador con prevacío. Tratamiento a 134° durante 18'.

-Esterilización por vapor, mediante sistema de gravedad estándar. Tratamiento a 132° durante 60 minutos. Después de una hora de exposición a hidróxido sódico, la esterilización por éste método pero a temperatura de 121° durante 30-60 minutos resultó ser efectiva.

La esterilización de tejidos fijados con formaldehido supone una dificultad adicional pues el proceso de esterilización más severo, el autoclave con prevacío a 134° durante 18 minutos, no redujo significativamente la infectividad del tejido fijado en un estudio y el calor seco a 360° durante una hora sólo fue parcialmente efectivo.

4.2.-PREVENCIÓN

Diferentes organismos han elaborado una serie de recomendaciones para prevenir la transmisión de la enfermedad en el ámbito sanitario, con la puntualización de que son susceptibles de modificación en cuanto se disponga de mayor información sobre la enfermedad.

Se recogen a continuación las recomendaciones propuestas por Steelman en la revista American Journal of Infection Control (1994):

Las medidas propuestas han de ser adoptadas en unión a las precauciones universales

observadas para prevenir la transmisión de otras enfermedades infecciosas y se centran en una serie de apartados:

-Donación de tejidos:

-Los pacientes con ECJ no deben donar órganos, tejidos, componentes de la sangre o fuentes de tejidos o productos biológicos, tales como duramadre, hormonas e interferón.

-Los receptores de hormonas derivadas de la hipófisis tampoco deben ser donantes. Los servicios de transfusión deberían incluir éste factor en los exámenes previos a la donación.

-Precauciones generales:

-Etiquetado de los tejidos o muestras enviados al laboratorio de anatomía patológica claramente como procedentes de un paciente con la ECJ.

-El hidróxido sódico debido a su alto pH es una sustancia peligrosa, requiriendo neutralización previa a su eliminación. Utilización de guantes desechables para cualquier contacto con materiales contaminados, seguido de un aclarado con hidróxido sódico (1Eq/L) durante varios minutos.

-Aconsejar a la familia de los pacientes con ECJ el uso de la cremación.

-Quirófanos, laboratorio de anatomía patológica y salas de autopsia:

Se focalizan las medidas en éstas zonas por ser áreas donde se manejan tejidos altamente infecciosos (cerebro, sistema nervioso central, tejido óptico, líquido cefalorraquídeo).

-Restringir la circulación a las personas necesarias solamente.

-Retirar de la sala todo el equipo e instrumental innecesario.

-No utilizar instrumental que requiera esterilización por óxido de etileno.

-El material utilizado debe ser desechable siempre que sea posible.

-Llevar ropa protectora: gorro, mascarilla, gafas protectoras, batas, guantes y cubrezapatos.

-El personal del equipo durante la operación ó autopsia debe llevar doble guante.

-Uso de sierras manuales, no mecánicas, en la craneotomía debido al desconocimiento de la infectividad de la aerosolización de sangre y fluidos corporales.

-Recoger todos los líquidos para descontaminación.

-Limpiar el cadaver con hidróxido sódico (1Eq/L).

-Desinfectar todas las superficies con hidróxido sódico (1 Eq/L), después limpiarlas de modo rutinario.

-Los tejidos deben ser procesados frescos, no fijados con formol.

-Tratamiento postexposición:

-Lavar la piel con hidróxido sódico (1Eq/L) durante varios minutos, después aclarar a fondo con agua.

-Declarar la exposición a través de los canales de rutina.

-Descontaminación:

-Pasar un paño al instrumental antes de la esterilización; no lavarlo.

-Esterilización por vapor, con prevacío durante 18 minutos a 134°.

-Esterilización por vapor, gravedad estándar, durante 60 minutos a 132°.

-Incineración de todos los desechos, objetos punzantes y restos de tejidos.

-Cuando estas medidas no son posibles, sumergir durante una hora en hidróxido sódico (1Eq/L), seguido de esterilización mediante vapor, gravedad estándar, durante 1 hora a 121°.

-Cuando el equipo ha entrado en contacto directo con elementos contaminados y no son posibles las medidas anteriores, se debe sumergir el material durante una hora en hidróxido sódico (1 Eq/L).

-Recoger e incinerar los líquidos de desecho, incluida el agua de lavado.

Como conclusión remarcar que la ECJ continúa siendo un enigma en muchos aspectos, y que el estudio de la enfermedad es dificil debido a sus características epidemiológicas; en todo caso, es una patología que abre múltiples líneas de investigación en el campo de la medicina clínica, medicina preventiva, microbiología, biología molecular, genética, etc y que su conocimiento probablemente implique una mayor profundización en la patogénesis de otras enfermedades.

BIBLIOGRAFIA

-Harrison. Principios de Medicina Interna. 12ª Edición. Vol II; págs: 2358-2363.

-Benenson A. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. OPS. 15ª Edición; págs: 118-121.

-Kahana E., Alter M., Braham J., Sofer D.. Creutzfeldt-Jakob disease: focus among Libyan Jews in Israel. Science 1974: 183:90-91.

-Harries-Jones R., Knight R., Wil R.G., Cousens S., Smith P.G. Mathews W.B. Creutzfeldt-Jakob disease in England and Wales, 1980-1984: a case-control study of potential risk factors. J. Neurol. Neurosurg Psych. 1988; 51:1113-1119.

-Masters C.L., Harris J.O., Gaydusek D.C.,Gibbs C.J. Jr.,Bernoulli C.,Asher D.M. Creutzfeldt-Jakob disease: patterns of worldwide ocurrence and the significance of familiar and esporadics clustering. Ann Neurol 1979; 5:177-8.

-Brown P., Gajdusek D.C., Gibbs C.J., Asher D.M. Potential epidemic of Creutzfeldt-Jakob disease from human growth hormone theraphy. N Engl J Med 1985; 313: 728-31.

-Esmonde T.F.G. et al. Creutzfeldt-Jakob disease and blood transfusion. Lancet 1993; 341:205-207.

-Brown P., Cathala F., Raubertas R.F., Gaydusek D.C., Castaigne P., The epidemiology of Creutzfeldt-Jakob disease: conclusion of a 15-year investigation in France and review of the world literature. Neurology 1987; 37:895-904.

-Creutzfeldt-Jakob disease in patients who received a cadaveric dura mater grat-Spain, 1985-1992. MMWR (Morbility and Mortality Weekely Report) 1993 Jul 23; 42(28): 560-3.

-Brown P., Preece M.A., Will R.G. Friendly fire in medicine: hormones, homografts and Creutzfeldt-Jakob disease. Lancet 1992; 340: 24-27.

-Berger J.R., David N.J. Creutzfeldt-Jakob disease in a physician: a review of the disorder in health care workers. Neurology 1993; 43: 205-206.

-McGreevy Steelman V et al. Creutzfeldt-Jakob disease: Recommendations for infection control. Am J Infect Control. 1994; 22: 312-8.

-Taylor D.M. Inactivation of the unconventional agents of scrapie, bovine spongiform encephalopathy and Creutzfeldt-Jakob disease. Journal of Hospital Infection 1991; 18: 141-146

¿QUIEN DELIRA TRAS ESE YO QUE DELIRA?

(Interpretación libre de Foucault)

Un caso de Folie à deux

RESUMEN. El autor presenta un caso de un Transtorno Delirante compartido (Folie à deux) realizando un repaso bibliográfico y profundizando en el diagnóstico

VICTOR VERANO ZAPATEL.

Médico Forense Interino Juzgados de Miranda de Ebro y Briviesca (Burgos).

Comienza el caso con una denuncia ante la Policía en el que una mujer, H, de 41 años de edad, manifiesta que su hija, M, de 5, muestra desde hace tres meses un estado de nerviosismo con agresividad hacia ella; estado que ya presentó hace dos años y despareció sin más consecuencias. Refiere que precisamente desde hace tres meses su hija recibe en el colegio la visita de dos hombres que ejercen sobre ella extrañas influencias haciéndose pasar, uno de ellos, por su padre; dichos hombres serían parapsicólogos y miembros de una secta. Afirmaba haber sido alertada de éstas visitas por la profesora de la niña y la Asociación de Padres de Alumnos. Entrevistadas éstas personas por la Policía negaron todo lo anterior por lo que desde Comisaría se dió cuenta al Juzgado.

Por las mismas fechas se recibió denuncia en el Juzgado en la que un matrimonio, MA y C, referían llevar dos años recibiendo llamadas telefónicas amenazantes a todas horas y según decían, éstas llamadas tendrían relación con una reunión que hacía dos años se vieron obligados a mantener con otro matrimonio en el bar del Camping en el que ambas parejas poseían una caravana donde pasaban sus vacaciones y fines de semana. Según MA y C "sus interlocutores" y promotores de la reunión eran H y E, su marido, de 40 años de edad.

¿Los hechos ó el juego del perseguido-perseguidor?:

H y E habían sido padres de M tras doce años de tentativas, dado que E era estéril, a través de un programa de inseminación artificial con semen de donante anónimo. Referían que ésta decisión les resultó sumamente dolorosa por su condición de católicos, que les generó grandes dudas de conciencia que solventaron, por fin, por sus intensos deseos de paternidad.

Tres años después surgen los primeros problemas por las crisis de M que generaron desconcierto en sus padres, pero que olvidaron hasta su reaparición tres meses antes de nuestra intervención. Como novedad en estos nuevos episodios, M hablaba con voz de hombre desplegando una fuerza inusitada para su edad.

Atribuyen dichos sucesos a una serie de rumores que corren por la ciudad y que, entre otros contenidos ofensivos, propagan que la niña no es suya; estos rumores se producen desde hace dos años y de todo lo hasta ahora narrado ofrecen la siguiente explicación: El equipo que realizó la inseminación artificial se habría vendido al donante de semen, un hombre rico y elegante, parapsicólogo y jefe de una secta. Este hombre en unión del ginecólogo, encargado de identificar a la niña, era quien acudía al colegio con intención de recuperar a su hija. Estas visitas serían el origen de la crisis de M.

El matrimonio formado por MA y C, cómplices de los anteriores, habrían propagado los rumores ejerciendo además labores de vigilancia, tanto en la ciudad como en el camping; para ello se basaban en que MA y un hermano de H habrían grabado el parto en video (parece ser que tanto el proceso de inseminación como el parto fueron grabados por el equipo médico con fines científico-divulgativos).

Por todo ello, presas del pánico y la angustia por la posibilidad de perder a su hija, organizaron una reunión con el fin de solucionar sus problemas; a ella acudieron C y el "jefe de la secta" (se trataba en realidad de MA), quien ejerció poderes sobre ellos, que H explica como visiones del resto de asistentes con caras y voces de cocodrilos y lagartos, notando que sus pensamientos eran influidos por telepatía e hipnosis; notablemente alterados, abandonaron el lugar. MA y C por su parte, relataban una reunión que les fué solicitada por motivos de administración del camping encontrándose con la situación descrita, que lógicamente no supieron resolver a gusto de H y E; aunque ante la insistencia de éstos, se vieron obligados a realizar una visita al hermano de H que aseguró no saber nada del parto, ni del video y negó conocer a MA.

Como dato curioso MA y H habían bailado en una ocasión en las fiestas de un pueblo vecino, pero veinte años atrás sin que hubieran tenido más contacto directo.

Exploración:

Mediante entrevistas por separado, además del relato por parte de ambos de lo que antecede se obtiene lo siguiente:

H, de 41 años, sus labores, estudios primarios; no refiere antecedentes patológicos de interés, consciente, orientada, colaboradora y abordable, no detectamos transtornos de memoria y atención. Espontáneamente se lanza a un relato torrencial con abundante gesticulación e inflexiones de voz y otras reacciones coherentes con el relato; subjetivamente impresiona de histrionismo. Su lenguaje es correcto, concreto, sin pérdida de asociaciones; no refiere otros temas delirantes, ni refiere transtornos de la sensopercepción, salvo los que ocurrieron exclusivamente en presencia de sus "perseguidores". Se muestra firmemente convencida de su relato aumentando su expresividad emocional al tratar de confrontarlo con otras posibles interpretaciones.

Refiere insomnio de conciliación que aumenta sus temores, en particular si su esposo trabaja de noche.

E, 40 años, soldador en una empresa en la que comenzó de aprendiz; estudios primarios,

refiere meningitis en su infancia, que al parecer curó sin secuelas y esterilidad de la que no conoce la causa, como únicos antecedentes.

De su exploración se desprende, si cabe, una mayor normalidad ya que, salvo el relato referido, no ha sufrido los fenómenos perceptivos de H por ser -manifiesta- más fuerte y despreocupado. No obstante se muestra evasivo y reticente y tras mantenerse firme en su convicción, termina, tras un periodo de mutismo, por aceptar que él generalmente se encuentra trabajando y la mayoría de los datos le han sido aportados por su esposa y amiga: le cuesta dudar de ella y está seguro de que el hombre rico suplantó la personalidad de MA además de haber percibido los rumores en su empresa.

Niegan ambos consumo de drogas y alcohol y otros antecedentes psiquiátricos conocidos, resaltando estar más unidos que nunca ante éstas dificultades que han alterado la tranquilidad familiar.

M no pudo ser explorada dado su mutismo inicial transformado en intenso llanto posterior.

Información adicional:

Tratando de reunir antecedentes fiables para completar la historia clínica, enfocar el tratamiento de ambos y enfocar además la situación de M, por si fuera necesaria por el Juez la adopción de medidas tendentes a modificar la patria potestad y la guarda y custodia de la niña, logramos los siguientes datos: la familia de H se negó a colaborar puesto que desde el episodio del video no mantenían relaciones; la familia de E no acudió a las citaciones aunque sí posteriormente, como luego veremos; del ambiente vecinal y laboral se obtuvo la informaión de que eran considerados individuos muy normales: reservados pero buenos vecinos, con escasas relaciones y volcados en su hija; H fue descrita como muy nerviosa pero buena chica y E era considerado como buen operario sin conflictos laborales ni con los compañeros aunque mantenía escasas relaciones con ellos, pues no le gustaba alternar y mostrándose reservado.

Resolución:

Convencidos de estar ante un transtorno delirante compartido (Folie à deux) y de que H era el miembro más gravemente enfermo y por tanto el inductor, se informó al Juez de la necesidad de un ingreso hospitalario, probablemente forzoso. Nuestra pareja no entendía cómo "otros" eran los culpables y ellos los considerados enfermos, por lo que comenzaron sus resistencias e inconvenientes; en particular, E ya que H aceptó de manera relativamente rápida nuestro argumento de que sin entrar a discutir la situación su sufrimiento podría ser aliviado. Finalmente E aceptó ingresar, voluntariamente, a su esposa negándose a ser tratado él (recordemos que era más fuerte y despreocupado) y a ser considerado como un enfermo.

Días después de éste ingreso irrumpieron en nuestra consulta dos ancianos, padres de E, que nos amenazaban de muerte acusándonos de ser aliados de la secta contra los pobres y haber

encerrado a su nuera.

Al parecer H mejora rápidamene y es dada de alta hospitalaria con sujeción a revisiones periódicas.

Transcurrido un año desde nuestra intrvención inicial acude a la consulta E quien totalmente desencajado y amenazante nos hace responsables si se agrava la depresión que padece su esposa y que viene siendo tratada por un psiquiatra privado. Puestos es contacto con éste especialista, confirma la realidad del síndrome depresivo y asegura su total desconocimiento de lo aquí referido.

Así las cosas y transcurrido un año desde los hechos nos planteamos que quizá no fueran como parecían: existía la posibilidad de una folie à quatre; la actitud global de E terminó por desconcertarnos, el cuadro depresivo que no ofrecía dudas a un especialista junto a la ocultación de éste episodio daba lugar a varias preguntas y al reconocimiento de algunos errores en nuestro planteamiento inicial... todo ello cuando los pacientes no nos eran accesibles y aún nos era más difícil reunir aquellos antecedentes de los que carecíamos para tratar de establecer sus personalidades previas, evolución psicopatológica y biográfica, etc. Por ello este trabajo: para mediante éstas y otras preguntas y algunas, pocas, certezas realizar un repaso bibliográfico sobre éste transtorno.

1)Conocemos el delirio y al menos, en parte, su duración (¿dos años?). Se trata de un delirio único y biográficamente comprensible, dotado de cierta verosimilitud; es un delirio sistemático que polariza la vida psíquica con conservación del resto del psiquismo y pautas sociales. Por último podemos considerarlo fruto de un desarrollo puesto que sus orígenes conocidos y la temática delirante parecen estar relacionados (aunque desconocemos las personalidades previas sobre las que asienta). A.Bulbena, citando a Mc.Kinon y Michels, 1973, señala como factores de tensión que pueden precipitar el delirio: a) La pérdida real, imaginaria ó temida de objetos de afecto: ¿su hija?, y lo relaciona con fracasos de adaptación que generan pérdidas de autoestima: ¿culpabilidad religiosa, culpas ó complejos de infertilidad? y b) Situaciones que obligan al sujeto a someterse pasivamente a un asalto real ó imaginario: ¿intervención de inseminación?, ¿grabación en video?. Cameron 1966, citado por el mismo autor establece factores similares entre otros.

De otro lado, tratándose de una pequeña ciudad, podría haber transcendido la infertilidad de la pareja y por consiguiente ciertos rumores que habrían sido posteriormente exagerados por los pacientes, cumpliéndose así el principio de que los delirios paranoides toman su origen en acontecimientos de la propia biografía del delirante.

Siguiendo a H.Ey podemos contemplar éste delirio como expresión de la retracción-expansión del yo delirante ya que coexisten sentimientos de persecución y amenaza junto a sentimientos de ser centro de interés (conspiración organizada, personajes influyentes, etc).

2)Conocemos que el delirio es compartido por ambos miembros de la pareja y creemos que cumple las condiciones de definición de Helene Deutsch y A.Gralnick: transferencia de ideas y/o conductas delirantes de una persona psíquicamente enferma a otra psíquicamente sana, ambas íntimamente relacionadas, que acepta el sistema delirante y lo incorpora a su propia conciencia.

Resultan igualmente pertinentes las conclusiones de Lasege y Falret, 1877, sobre las condiciones en que la folie à deux se producen: el individuo inducido NO es psíquicamente sano; el inductor, individuo activo, más inteligente y dominante impone progresivamente su delirio al otro que a su vez actúa, introduciendo factores psíquicos propios, sobre el delirio para hacerlo de alguna manera más presentable; ambos individuos deben vivir juntos mucho tiempo compartiendo el modo de existencia y los mismos intereses, sentimientos, terrores y esperanzas, aislados de influencias externas; por último el delirio debe presentar un aspecto verosímil que descanse sobre hechos acaecidos en el pasado o sobre temores y esperanzas concebidas para el porvenir.

Estas condiciones que encontramos en el presente caso, no evitan sin embargo las siguientes preguntas: ¿cual es la dirección del delirio", ¿quién es el inductor y quién es el inducido?: pese a nuestra certeza inicial sobre H, la presencia del mismo delirio en sus padres (Folie à quatre), la toma (¿mantenimiento?) de posición de E un año después, bien podrían sugerir lo contrario, así como la existencia de una predisposición familiar y una personalidad predispuesta en E, aunque como sabemos este tipo de delirios son contagiosos y pueden propagarse en cualquier dirección.

El inductor es descrito como realmente fácil de diagnosticar (sólo, entregado a sus instintos, tiene el deseo, el gusto, de exponer las ideas que le obsesionan; Crespo y Onrubia); el inducido (cómplice involuntario e inconsciente) con sus convicciones semimotivadas, menos inquebrantables, resulta más complicado. A simple vista esto señalaría a H, sin embargo sabemos que mejoró rápidamente y aunque su delirio era menos verosímil en conjunto, la verosimilitud es condición imprescindible para la transferencia del delirio ("lo torna comunicable", Crespo y Onrubia).

En el caso de matrimonios la patología es descrita (A.Gralnick) como más frecuente en mujeres, más pasivas culturalmente y por tanto más sugestionables y permeables a la identificación de doble sentido que se da en el matrimonio y que facilita la transferencia de ideas delirantes: H nos impresionó de histriónica y era descrita como nerviosa ¿sugiere esto dependencia, pasividad y vulnerabilidad psíquica de la vertiente neurótica?: un año después había cambiado de patología, mientras que E se mantenía en una posición similar.

A la vista de las preguntas anteriores no nos resulta posible establecer de manera indubitada el subtipo de Folie à deux: impuesta (de enfermo a sano), simultánea (dos individuos predispuestos con desarrollo simultáneo), comunicada (similar a la impuesta pero con autonomía posterior del inducido) ó inducida (cambio del delirio en un psicótico por influencia de otro psicótico), aunque practicamente descartamos las dos últimas, dada la mejoría de H tras la separación y tratamiento y porque dudamos de que dos psicóticos previos hubieran sido admitidos en un programa de inseminación.

3)Considerar a E como inductor, y a la vista de su mayor normalidad, nos da pié a revisar dos nuevos aspectos: que se trate de la ocultación de [illegible] delirio ("como un silencio nacido del temor o del pudor, origen último de todas las máscaras" F.Colina) ó que se trate de una psicosis actuante ó centrífuga (Arieti), en la que un individuo logre alterar el medio circundante según sus excéntricos deseos y creencias sin desarrollar él síntomas visibles.

4)Quedan, por último, dos aspectos que queremos analizar: en cuanto a la depresión que

padecía H podemos atenernos al concepto incluido en la CIE 10 respecto al Transtorno por ideas delirantes: **pueden presentarse síntomas depresivos de manera intermitente o un cuadro depresivo completo, siempre y cuando las ideas delirantes no coincidan con las alteraciones del estado de ánimo.**

Además no todos los autores aceptan como parte del tratamiento de los miembros de la pareja la separación y se describen cuadros depresivos tras la misma, que supone privar al inducido del marco de referencia que para él supone el delirio y el inductor (Ascher); Crespo y Onrubia señalan esta separación como fuente de intensa angustia en ocasiones.

Analizaremos, para terminar, las experiencias de telepatía, visiones, etc...referidas por H: su simple descripción puede sugerir el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, cuadro citado como más frecuente en ésta patología, en especial referido al inductor con menor homogeneidad clínica de los inducidos (A.Bulbena y otros), sin embargo éstos fenómenos no son constantes y ocurren solamente en presencia de los "otros" (aunque pudiera haber ocultación, no parece el caso de H). La existencia ó no de alucinaciones y fenómenos de automatismo mental ha sido clásicamente objeto de discusión; recordemos que no era admitido por Kraepelin, pero sí por Bleuler; no obstante son admitidas en el DSM-III-R siempre que no sean predominantes; similar concepto mantiene la CIE 10.

Ey las describe como interpretaciones delirantes en el trabajo de elaboración del delirio, falseando percepciones pasadas por el prisma del delirio y serían, pues, necesarias dentro del trabajo de interpretación que el delirante realiza.

Cabe aún otro punto de vista, por la situación de temor y angustia en que ocurren y porque no surgen en el vacío en el espacio exterior, ni en la mente del paciente sino sobre objetos reales que aparecen deformados; cabe diagnóstico diferencial con las ilusiones patológicas catatímicas descritas como visiones de caras terroríficas y figuras extravagantes en un marco de intensa angustia y agitación y en íntima dependencia del estado emocional (C.Gasto); son características de histéricos graves y se prestan a confusión con las percepciones delirantes de los esquizofrénicos. De aceptarse éste criterio, podrían ser entendidas como la parte que el inducido introduce en el delirio que le es transferido.

La edad de comienzo, la claridad del sensorio, la buena adaptación al medio, la ausencia de síntomas disociativos y de transtornos senso-perceptivos prominentes junto con la congruencia afectiva, están en contra del diágnostico de esquizofrenia y sugieren como transtorno de base una paranoia clásica, transtorno delirante del DSM-III-R, transtorno de ideas delirantes de la CIE 10.

La escasez de transtornos perceptivos y la constancia del delirio, sistematizado además, lo diferencian de las parafrenias (delirios fantásticos).

BIBLIOGRAFIA:

J.VALLEJO RUILOBA."Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría".Ed.Salvat 3ªedición.1991.
F.COLINA."Sobre la ocultación del delirio".Rev.Psiquiatría Pública. Vol.5 nº6. Noviembre-Diciembre 1993.
H.EY,P.BERNARD y CH.BRISSET. Tratado de Psiquiatría.Ed.Masson 8ªedición.1988.
J.TALBOTT,R.HALES y S.YUDOFSKY.Tratado de Psiquiatría. Ed.Ancora 1989.
L.CRESPO y G.ONRUBIA."La folie à deux". Edición de Rhône-Poulenc Farma. 1982-1983
CIE 10. Transtornos mentales y del comportamiento. OMS 1992.
DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los transtornos mentales. Ed.Masson. 1989.

1. LIBROS DE TEXTO:

1. **LA ENFERMEDAD MENTAL ANTE LA LEY.** J Cabrera Forneiro y J.C.Fuertes Rocañin. Editorial Libro del Año. Universidad Pontificia de Comillas. Los Laboratorios UPJOHN FARMOQUIMICA S.A. lo regalan, al menos en algunos casos.483 pp. Rústica. Precio: 4.496.

2. **PSICOPATOLOGIA Y ALCOHOLISMO.** Escrito por los Dres. Miguel Casas Bruqué (Universidad Autónoma de Barcelona), M.Gutierrez Fraile (Universidad del Pais Vasco) y L.Sanz Moloria (Hospital del Mar de Barcelona). Aborda los siguientes temas: el alcoholismo como determinante de la psicopatología, la psicopatología como determinante del alcoholismo. la coincidencia de ambos transtornos y el alcoholismo como forma de automedicación. Distribuye CITRAN, Tfno. 93-2806102.

3. **ATLAS DE BOLSILLO DE CORTES ANATOMICOS: TC y RM:** Torsten B. Möller y E.Reif. Ed.Panamericana.

4. **INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO.** Rodriguez Jouvenciel. 1993, Rústica, 240 pp. Precio: 2800.

5.**INTRODUCTION TO FORENSIC SCIENCIES:** Eckert. 1994. 2ªEdición, Tela, 300 pp, Precio 9.373.

6.**PRINCIPLES AND METHODS OF TOXICOLOGY:** Hayes. 1994. 3ªEdición, Tela, 1008 pp, Precio: 25.200.

7.**PRACTICAL INVESTIGATION TECHNIQUES:** Kinnee. 1994. Tela. 416 pp. Precio:10.980.

8.**HANDBOOK OF MUSHROOM POISONING DIAGNOSIS AND TREATMENT:** Rumack. 1994. 2ªEdición. Tela. 448 pp. Precio: 26.647.

9.**REPRODUCTIVE TOXICOLOGY:** Witorsch. 1994. 2ªEdición. Tela. 350 pp. Precio: 20.160.

10.**TOXICOLOGIA INDUSTRIAL E INTOXICACIONES PROFESIONALES:** Lanwerys. 1994. Tela. 625 pp. Precio: 15.500.

11.**ADVANCES IN FORENSIC HAEMOGENETICS.Vol.5:** 1994. Rústica. 677 pp. Precio: 11.640.

12. **INTRODUCCION A LA ANTROPOLOGIA FORENSE.ANALISIS E INTERPRETACION DE RESTOS OSEOS HUMANOS.** Rodriguez J.V. Anaconda Editores. 326 pp. Santafé de Bogotá.

2.REVISTAS.

1. **DERECHO Y SALUD:** Publicación oficial de la Asociación Juristas de la Salud. Precio anual de la suscripción: 5000 pts. Apdo.16247. CP 08080 Barcelona.

2.**REVISTA DE DERECHO Y GENOMA HUMANO:** Presentada en Bilbao el pasado día 21 de febrero 1995. Editada por la Cátedra de Derecho y Genoma Humano de la Universidad de Deusto (Bilbao). Revista semestral que aborda las repercusiones jurídicas de la información genética en la privacidad, el consejo sobre enfermedades hereditarias, etc...

3. OTRAS NOVEDADES EDITORIALES:

1. **APRENDIENDO DE LAS DROGAS. USOS, ABUSOS, PREJUICIOS Y DESAFIOS.** Antonio

Escohotado. Serie Compactos. Editorial Anagrama. 1995. Es una nueva edición revisada en profundidad y actualizada de "El libro de los venenos", publicado en 1990 por Mondadori. Su autor es, probablemente, uno de los mejores conocedores de las sustancias psicoactivas, tradicionales o nuevas, y de ello deja constancia en los casi cien compuestos que analiza y comenta en esta especie de guía inteligente sobre las drogas.

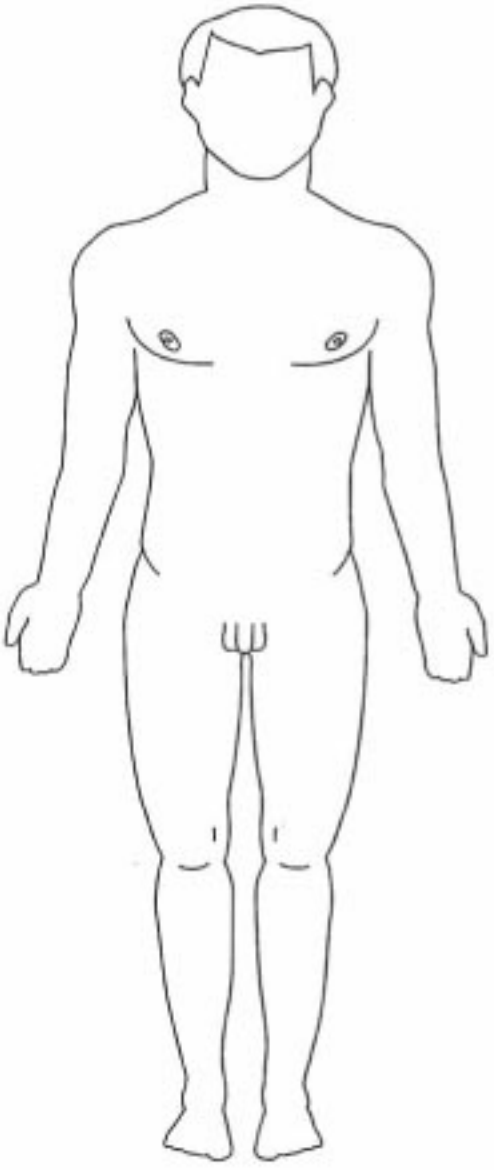
2.En la Revista Estudios de Ciencia Policial 24: 85-103, VILLALAIN, J.D. ha publicado el artículo "Restos humanos. Normas para su recogida con fines de identificación judicial e investigación antropológica y paleopatológica". (1994)

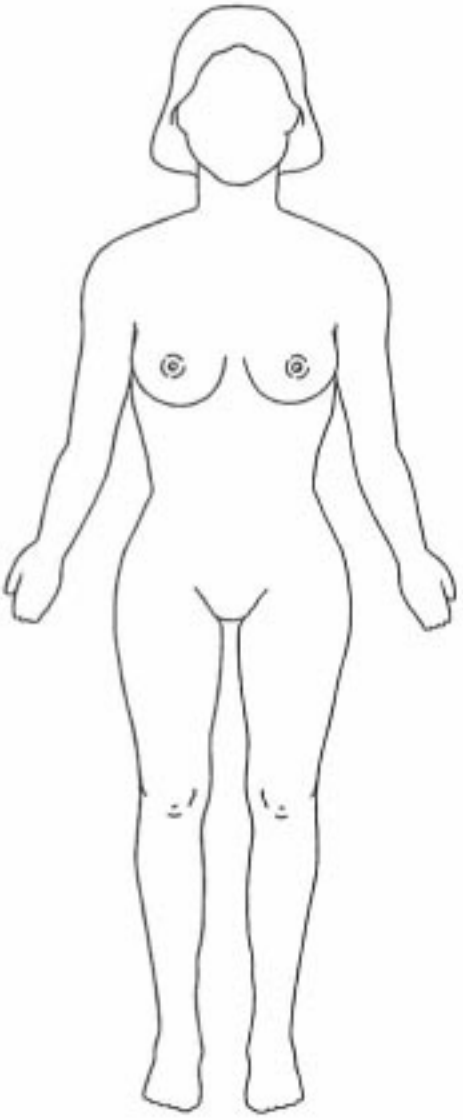
3. Nuestro compañero Marcelino Salgueiro Rodriguez presentó el pasado día 23 de mayo en la Galería Sargadelos de Santiago de Compostela su novela finalista del Premio Xerais de narrativa. En el BOLETIN 1 ya hicimos mención de la concesión del premio. Ahora felicitamos a Marcelino -Médico Forense en excedencia- por la publicación de su novela que lleva por título "O ESCRUTADOR" editado por Xerais. Narra las peripecias de un Médico Forense rural, en base a la gran experiencia profesional y humana adquirida durante sus años como Médico Forense de la Galicia Interior.

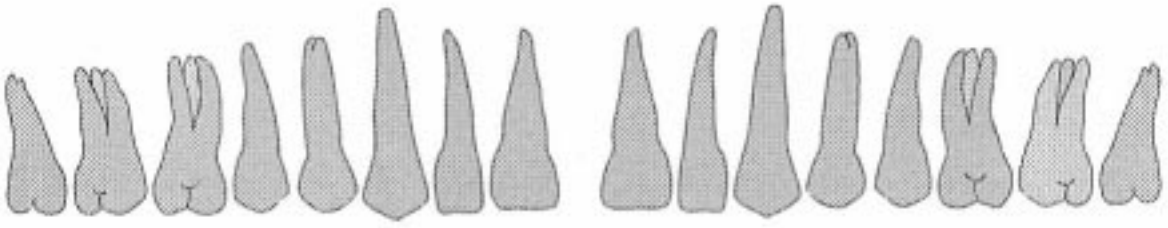
4. NOVEDADES INFORMATICAS:

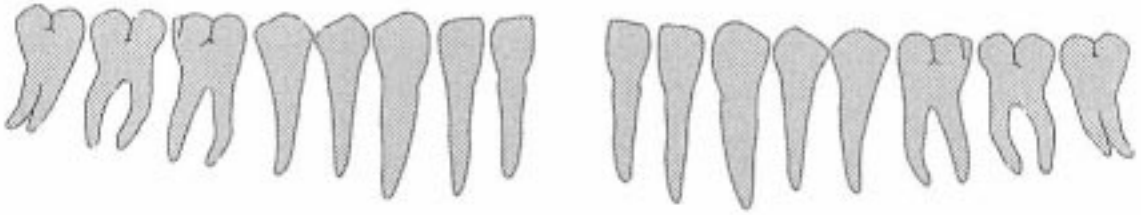
La empresa madrileña Hispanoportuguesa SPSS, S.L. comercializa un programa informático de análisis estadístico de datos ampliamente utilizado en Sanidad, con análisis de tablas de contingencia y regresión logística y otras muchas aplicaciones para trabajos médicos estadísticos. La aplicación se llama SPSS PARA WINDOWS y los interesados pueden contactar con la mencionada empresa que, además organiza un seminario sobre el programa, en el teléfono 91-547.37.03.

A continuación incluimos unos cuantos dibujos utilizables en informes. Para utilizarlos conviene fotocopiar la página y recortar el que interese. Luego volver a fotocopiar ampliando o reduciendo según convenga.









CARACTERISTICAS Y CONTENIDO DEL BOLETIN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE

Características generales:

1.El objeto general y más importante del Boletín es servir de medio de comunicación entre todos los médicos forenses asociados a la AGMF. No obstante está abierto a la colaboración de todos los médicos forenses del Estado Español, a las instituciones relacionadas con la medicina forense, a los miembros de la Administración de Justicia y a cuantos estén interesados en la materia relativa a las Ciencias Forenses.

2.El Boletín lo realizan algunos médicos forenses asociados a la AGMF de modo voluntario y sin fin lucrativo alguno. Es financiado por la Asociación Galega de Médicos Forenses y por lo tanto, su Asamblea General podrá proponer los cambios que estime oportunos en la medida de las posibilidades de las que dispongan los integrantes del Equipo de Redacción.

3.El Boletín se enviará gratuitamente a todos los asociados a la AGMF. Además se enviarán ejemplares al Excmo. Sr.Presidente del Tribunal Superior de Justicia, a las Audiencias Provinciales de Galicia, a la Consellería de Xustiza, Interior e Relacions Laborais y a las asociaciones autonómicas de médicos forenses.

4.Se realiza por un Equipo de Redacción, integrado actualmente por : Dña Rosa Sánchez Rodriguez, Médico Forense de A Coruña, Dn Julio Jimenez Feliz, Médico Forense de Xinzo de Limia, Celanova y Bande, Dn José Ramón Gonzalez G.Yebra, Médico Forense de Orense y Dn Fernando Serrulla Rech, Médico Forense de Verín.

Secciones y contenido:

El Boletín está compuesto por las siguientes secciones:

1.EDITORIAL:

Texto elaborado por el Equipo de Redacción con una extensión máxima de un folio que comentará los aspectos más destacados de cada número y delimitará la línea editorial del Equipo de Redacción.

2.OPINION:

Sección en la que se incluirán aquellos escritos que reciba el Boletín relativos a temas no científicos en los que se viertan opiniones particulares de temas relacionados co la medicina forense, su organización, críticas, propuestas, etc... En ésta sección los textos deberán enviarse mecanografiados a dos espacios y con una extensión máxima de dos folios. El Equipo de Redacción no se responsabiliza por las opiniones expresadas ni se identifica necesariamente con las mismas. Los textos que se envíen deberán estar correctamente identificados (nombre completo y DNI). No se editarán textos anónimos.

3.INFORMACION A ASOCIADOS:

Sección destinada a servir de comunicación entre la Junta Directiva ó el Presidente y los asociados a la AGMF. Podrá ser utilizada para convocar asambleas generales, para informar de las actuaciones que lleven a cabo la Junta Directiva o el Presidente y para cuantas informaciones procedan relativas al ámbito de la asociación mencionada.

4.CURSOS Y CONGRESOS:

El Boletín se ha suscrito a la revista GUIA MEDICA DE CONGRESOS JANO con el fin de dar puntual información de los Cursos, Congresos, Symposiums, Reuniones, Becas, etc.. que tengan que ver con las Ciencias Forenses y otros campos afines.

5.NOVEDADES DIARIOS OFICIALES:

Sección destinada a aportar puntual información de las novedades publicadas en el Boletín Oficial del Estado y Diario Oficial de Galicia que tengan relevancia para médicos forenses. Se incluirá también la información interesante que puedan aportar los distintos Colegios Oficiales profesionales relacionados con las Ciencias Forenses (Academias Médico-Quirurgicas, C.O.Psicólogos, etc...).

6.COMENTARIOS DIVERSOS:

Sección destinada a incluir todas aquellas cuestiones que se oigan, lean ó vean relacionadas con la medicina forense y que por su caracter noticiable merezcan incluirse en ésta sección. Podrán ser anteproyectos diversos, noticias de prensa, modelos de organización de los Institutos de Medicina Legal, etc..

7.CARTAS AL EQUIPO DE REDACCION:

Se trata de una sección que incluye dos tipos distintos de contenidos:

-Por un lado pretende ser un buzón de sugerencias, críticas y propuestas para la mejora de la calidad del Boletín. Los textos enviados deberán ser cortos y concisos. El Equipo de Redacción pretende con ésta sección conocer la opinión que tienen los lectores del Boletín sobre su contenido. No se editarán textos anónimos.

-En segundo lugar pretende ser un tablero de exposición de casos-problema médico-legales en los que se demande a los lectores soluciones concretas, enfoques, bibliografía, etc... Los textos deberán ser escuetos, exponiendo el problema de modo claro y conciso y remarcando aquello que se demanda. En éstos textos deberán respetarse escrupulosamente los derechos al honor y a la intimidad de las personas y en todo caso se informará al Equipo de Redacción de cual es la situación procesal del problema que se plantea. En ningún caso se editarán textos sobre cuyos casos esté decretado el secreto del sumario. La responsabilidad en todo caso recaerá siempre sobre el autor. Estas mismas especificaciones valen igual para la sección Comunicaciones.

8.COMUNICACIONES:

Pretendemos sea la sección más importante del Boletín. Incluirá los artículos científicos relativos a la medicina legal y forense que envíen los colaboradores que lo deseen. Se admitirán revisiones bibliográficas, estudios de investigación, exposición detallada de casos, propuestas de protocolos, etc... Entendemos que éstos textos deben someterse a unas mínimas normas de estilo. Así todos los textos enviados a ésta sección deberán reunir las siguientes características:

a)Texto mecanografiado a dos espacios y con una extensión máxima de 5 folios por una sola cara. De momento no podrán incluirse fotografías en color, sin embargo éstas pueden enviarse si son claras y contrastadas de modo que su fotocopia permita observar mínimamente lo que se pretenda. Las fotografías, tablas y gráficos vendrán numeradas, con pié explicativo y referencia en el texto.

b)Todos los textos constarán como mínimo, de los siguientes apartados:

-TITULO DEL TRABAJO.

-AUTOR O AUTORES con especificación del cargo y dirección para correspondencia.

-RESUMEN DEL TRABAJO: Texto de un máximo de 8-10 líneas en el que se condensan los resultados y conclusiones del artículo.

-BIBLIOGRAFIA: Para cada epígrafe deberá constar: autor/es, título del trabajo/comunicación/libro, la revista ó libro de donde se ha obtenido, la editorial y el año de edición.

c)Los textos se editarán según su orden de llegada a la redacción, aunque aquellos artículos que por su especial relevancia el equipo de redacción considere su prioridad, éstos se publicarán antes.

9.NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS:

Se incluirán todas aquellas novedades de tipo editorial (libros, revistas, artículos especiales, actualidad informática, etc...) que tengan interés o relación con las Ciencias Forenses.

COLABORACIONES AL APARTADO DE CORREOS 129. C.P. 32600 VERIN. ORENSE