boletin galego de

medicina legal e forense

ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES

Equipo de Redacción integrado por los Médicos Forenses, Julio Jimenez, José Ramón González, Arsenio R. Diaz Rodriguez y Fernando Serrulla. Las comunicaciones con el BOLETIN se efectuarán a través del Apartado de Correos 129 de Verin (Orense), C.P. 32900. El BOLETIN está financiado por la A.G.M.F.

Número 5 Abril 1996

1.EDITORIAL.

2.OPINION:
Peritar la enfermedad mental ante la ley. Marisol Filgueira.

3.NOVEDADES DIARIOS OFICIALES.
Conjuntamente con éste número del Boletin se entrega una separata con los textos íntegros de los Reglamentos del C.N.Médicos Forenses y los Institutos de Medicina Legal.

4.COMENTARIOS DIVERSOS Y CURSOS Y CONGRESOS.

5.PRESENTACION DE CASOS :

-Suicidio. Shock hipovolémico. BARREIRO A.,BLANCO A. ARGÜELLO A.

-Coartación de aorta. Muerte súbita. BLANCO A.,ARGÜELLO A.,BARREIRO A.

-Perforación de esófago. ARGÜELLO A., BARREIRO A., BLANCO A.

6.COMUNICACIONES:

1.NORMAS SOBRE LA TOMA Y ENVIO DE MUESTRAS PARA EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN CASOS DE VIOLACIONES. Protocolos del Instituto Nacional de Toxicología.

2.EL RETO ETICO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO. Pablo Simón Lorda.

7.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-86/1995
ISSN 1136-078X
Título clave: Boletín galego de medicina legal e forense.
Título abreviado: Bol. galego med. leg. forense

El presente número del BOLETIN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE es el NUMERO 5 y reúne información anterior al día 27 de marzo de 1996. COORDINADOR DEL EQUIPO DE REDACCION: Dn Fernando Serrulla Rech. EQUIPO DE REDACCION: Dn.Julio Jimenez Feliz. Dn.José Ramón Gonzalez G. Yebra. Dn Arsenio Díaz Rodriguez y Dn Fernando Serrulla Rech.

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

editorial

COMIENZA UNA NUEVA ETAPA DE LA MEDICINA FORENSE EN ESPAÑA

Han sido publicados en el B.O.E los nuevos Reglamentos del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses y de los Institutos de Medicina Legal. Esta es la noticia más importante que tenemos. Se podrá ó no estar de acuerdo con el nuevo ordenamiento de la medicina forense que ésta normativa va a impulsar. Incluso se podrá estar en desacuerdo con la forma en que se hace; pero nadie puede negar que entramos en una etapa histórica de la medicina forense en España y que, en todo caso, va a suponer una transcendental mejora de las condiciones profesionales, del nivel científico y de la modernización de ésta profesión abandonada durante casi 50 años (no olvidemos que la Ley que reguló el anterior Reglamento era de 1947). Todavía no hemos tenido tiempo para estudiar los textos y por ello no estamos en condiciones de emitir una opinión. El BOLETIN espera recibir vuestras opiniones.

En éste número del BOLETIN, además, damos la bienvenida a una nueva revista de temas médico forenses: el BOLETIN DE LA ASOCIACION DE MEDICOS FORENSES DE LA COMUNIDAD DE VALENCIA. Nos alegra especialmente que se unan a la iniciativa emprendida el año pasado por nosotros y por los de la Comunidad de Andalucía porque de ello, creemos que se pueden deducir muchas e interesantes cuestiones que bien valen una somera reflexión: durante muchos años, en solitario, la Asociación Nacional de Médicos Forenses dirigía una revista que, aún con todas las críticas que se quiera, tenía el indudable mérito de coordinar todas las ansias comunicativas de los médicos forenses de aquellos años. Tras un periodo sin publicaciones médico-forenses, surge el BOLETIN GALEGO y poco depués CUADERNOS DE MEDICINA FORENSE y ahora el BOLETIN Valenciano. Desde el Equipo de Redacción nos preguntamos, qué es lo que pasa?, porqué tras la constitución de las Asociaciones Autonómicas surge éste rebrote de ansia comunicativa?. En toda España puede que existan unos mil profesionales dedicados a las Ciencias Forenses. Y además cada uno centrado en labores específicamente individuales. Esto - qué duda cabe- genera, primero diversos grados de aislamiento profesional y a continuación, en muchos casos, ansia de conocer, de aprender, de comparar, de saber,... en definitiva, *necesidad de comunicación*, es decir, ganas de mejorar profesionalmente e interés en dignificar esta profesión. En éste sentido han influido decisivamente las Asociaciones Autonómicas que han reducido -física y figuradamente- las distancias entre los asociados y la Junta Directiva, contribuyendo de forma definitiva a aumentar la participación de los médicos forenses en actividades como la edición de publicaciones y la organización de cursos.

Relacionado con lo anterior no podemos dejar de comentar que, ya que existe realmente éste ansia comunicativa, la Federación de Asociaciones de Médicos Forenses podría plantearse el organizar una única publicación, que, con más calidad y mejor dotada económicamente podría levantar una verdadera revista de medicina forense en España, que -sin desmerecer las ya existentes- tuviera el nivel científico deseable para poder "codearse de tú a tú" con otras de prestigio internacional. Ahí queda lanzada la piedra para quien tenga a bien y pueda, hacer algo.

Para éste número del BOLETIN hemos realizado algunas modificaciones en su estructura general, dado que se trata de una publicación abierta a las colaboraciones de todos y por ello quienes nos van indicando la mejor manera de estructurarlo son los propios lectores y colaboradores con sus aportaciones. De este modo abrimos por primera vez la sección de Opinión con una interesante aportación de nuestra colaboradora y amiga Marisol Filgueira sobre el recientemente clausurado Curso de Psiquiatría Forense, organizado por la AGMF. Igualmente incluimos tres casos prácticos aportados desde la Clínica Médico Forense de Vigo, inaugurando una sección que podemos llamar "Presentación de casos". Dentro de la sección comunicaciones y además de la aportación del Instituto Nacional de Toxicología, hay que destacar la aportación de un especialista en Bioética: ésta disciplina despierta día a día con un auge e interés inusitado y no nos extrañaría que en breve plazo exista ya como asignatura en la Licenciatura o que empiecen a crearse Cátedras ya que adquiere más y más importancia en relación con los incesantes avances de la Biología. El BOLETIN desea dar cabida también a la Bioética como parte integrante de lo que se viene en llamar Ciencias Forenses.

EL EQUIPO DE REDACCION

"PERITAR LA ENFERMEDAD MENTAL ANTE LA LEY". A propósito de los acuerdos y desacuerdos señalados por el Magistrado Sr. Daniel García Ramos en el Curso de Psiquiatría Forense.

MARISOL FILGUEIRA BOUZA. Doctora en Psicología, Psicólogo Clínico, Psicoterapeuta. Complejo Hospitalario 'Juan Canalejo'-Marítimo de Oza. La Coruña.

RESUMEN: *Soliloquio reflexivo sobre ciertas discrepancias..., no precisamente con la justicia*

El otro día, Sr. García Ramos, me marché del Colegio de Médicos con el deseo de haber charlado con usted un rato. Pude haberlo hecho en el coloquio, pero las circunstancias no fueron propicias: usted y sus dos compañeros de mesa, quedó demostrado, son buenos y aficionados discutidores, y apenas hubo oportunidad para la intervención del público, no sé si por falta de argumentos (su exposición fué "apabullante"), por fatiga (la sesión fué muy larga), por pudor... Hubo un momento en que usted nos increpaba, sorprendido de que no hubiera respuestas -o interrogantes- a lo que denominó unas "ideas muy duras" sobre las cuestiones que la justicia puede y debe exigir que respondan los peritos en sus informes. Yo llevaba un tiempo dándole vueltas precisamente a esas cuestiones, poniendo las ideas en orden en busca de la formulación más adecuada: no es fácil dirigirse a un magistrado con su experiencia y su dominio de la oratoria cuando se trata de discutir contenidos "al filo de la navaja", que se deslizan por terrenos tan movedizos como la ética, la moral, la justicia, la clínica, la antropología, la cultura, la filosofía..., y que se modulan en función de variables como las creencias, la formación, las actitudes, la experiencia... Y, con las palabras a punto de brotar, alguien -tal vez usted mismo- se me adelantó, y me quedé con ellas aguardando para mejor ocasión.

Quiero agradecerle la oportunidad que me brindó para la reflexión con sus planteamientos, como también a los profesores y organizadores del curso el material facilitado, que ya me está sirviendo de gran ayuda para la aplicación práctica en el ejercicio de mi profesión.

Sin más preámbulos, aprovecho también la oportunidad que nos brinda este boletín para ventilar las inquietudes que se me desatan cada vez que he de intervenir como perito en un procedimiento judicial, precipitadas en esta ocasión por su discurso.

Decía usted, insistiendo con énfasis, que "peritar no es sentenciar", afirmación incuestionable. No cabe duda: son actividades diferentes, con contenidos, métodos, objetivos y

grados de responsabilidad distintos. Sin embargo, al amparo de la necesidad de mutuo entendimiento que usted reclamaba, permítame que le proponga el esfuerzo de imaginarse en el lugar del perito (ejercicio que, por otra parte, demuestra haber realizado con frecuencia, cuando reconoce con empatía la dificultad de los peritos para responder a determinadas preguntas que hacen los jueces). El alcance de un dictamen pericial puede no ser el mismo que el de un dictamen judicial: la última palabra y, por lo tanto, la responsabilidad más vertiginosa, la tiene el juez. Sin embargo, uno y otro guardan una relación proporcional, lineal y directa en muchos casos, particularmente -y no de manera imprescindible- si existe más de una opinión profesional, y son éstas coincidentes entre sí y/o con la impresión del juez. Por otra parte, con la experiencia compartida en el trabajo pericial-judicial, aprendemos (en el sentido clásico del condicionamiento asociativo) a relacionar determinadas conclusiones periciales con determinadas sentencias, a partir de dos ingredientes básicos: la información sobre las circunstancias agravantes, atenuantes y eximentes, y la identificación de tendencias de opinión y actuación en los distintos profesionales implicados. Y este aprendizaje, aún cuando se ponen todos los medios para neutralizar su mediatización del informe, hace de la labor del perito una tarea casi tan vertiginosa como la del juez. Me atrevo a suponer que existen pocos peritos inmunes al vértigo generado por las implicaciones anticipadas de informes que van a ser utilizados, por ejemplo, para decidir sobre el internamiento en una institución penitenciaria o psiquiátrica, en procesos de esterilización o incapacitación, para asignar la tutela de hijos menores en separaciones conyugales, cuando se trata de emitir un juicio clínico sobre el riesgo de suicidio o el potencial de peligrosidad..., sin ir más lejos.

Y el **potencial de peligrosidad** es el segundo punto que quería tratar. A este respecto, hizo usted unas disquisiciones sobre la imputabilidad de los enfermos mentales, la "psiquiatrización" improcedente de determinados comportamientos, y los condicionamientos impuestos por la necesidad de la defensa social. Se quejaba de que los peritos no suelen responder a la pregunta-clave: ¿Cuál es el riesgo de que este "paciente" vuelva a cometer una agresión, o a comportarse peligrosamente?. Para responder a esa pregunta, Sr. Juez, habría que ser Dios, "Rappel" o, en todo caso, el propio paciente, y ni siquiera creo que ninguno de los mencionados pudiese responderla con las mínimas garantías de fiabilidad exigibles en una valoración semejante. La ciencia y la experiencia nos han aportado algunas herramientas pero, en este caso concreto, el grado de falibilidad hace que los datos con ellas obtenidos sean, si no despreciables, altamente dudosos, no alcanzando a aportar, ya no la certeza o la garantía, ni siquiera un grado satisfactorio de confianza.

En un estudio realizado por trabajadores de los servicios gallegos de Salud Mental (LAMAS CREGO, FILGUEIRA BOUZA et al., 1992), se recoge una relación de predictores de la violencia, extraídos de la literatura científica sobre el tema, que me permito reproducir aquí para nutrir este debate, y porque considero que resultarán de utilidad a profesionales preocupados por la cuestión. Se dice, en líneas generales, que **el mejor predictor de la violencia futura es la violencia pasada.**

Häffner y Böker (1982) establecen, además, los siguientes **predictores:**

1. Deterioro del estado clínico.
2. Amenazas verbales.
3. Aislamiento social, autismo y desvinculación.
4. Descenso del estatus social ó circunstancias desfavorables de tipo social (como pérdida de empleo, falta de familia...).

Bovier, Hilleret y Tissot (1987) relacionan las siguientes **señales de alarma:**

1. Amenazas verbales.
2. Violencia actuada.
3. Conflictos con el entorno.
4. Estado florido de la esquizofrenia, sobre todo si es del tipo desorganizado.
5. Aumento importante de la angustia.
6. Actividad delirante alucinatoria.
7. Estado de aislamiento.

8. Comportamientos extraños de valor simbólico poco claro, pero de tendencia destructiva.
9. Uso de drogas y de alcohol.

Ningún criterio de riesgo es específico; la agrupación de varios criterios constituye un fundamento para la predicción algo más significativo. Y es dentro de estos limitados márgenes por donde podemos movernos.

Por último, quería abordar un comentario que usted hizo, hablando de los **interrogantes que un perito debe responder en sus informes**, sobre la **necesidad de detectar y discriminar la existencia de enfermedad mental**, que utilizó **como sinónimo de patología psiquiátrica, y anomalías psíquicas no clasificables de enfermedad**, porque ello -dijo- determinaría la **presencia de psicólogos en los exámenes periciales**. Antes de empezar a debatir sobre este punto, quiero aclarar que no está en mi intención ni la defensa de una postura corporativista interesada, ni la ofensa a unos profesionales -los médicos- que considero mis compañeros, y también colegas en un sentido amplio, aunque pueda suceder que muchos de ellos no tengan de los psicólogos la misma consideración. Y, de hecho, está sucediendo. No sólo eso, sino más: **la profesión del psicólogo, joven y veloz en su desarrollo, está sufriendo un proceso involutivo creciente, producto de intereses en conflicto de dos disciplinas que se han encontrado, solapándose algunas de sus parcelas y funciones, y víctima de algunos representantes de la profesión médica, más radicales y conservadores en la ideología y en la práctica, que no son proclives a reconocer las innovaciones y avances demostrados que la psicología ha aportado a la psiquiatría, y se resisten a ceder ni un ápice de lo que malinterpretan y reclaman como terreno propio intransferible.** Sé - o quiero creer- que no estaba este transfondo en su comentario; de hecho, usted mencionaba reiteradamente a los psicólogos, junto con los psiquiatras y médicos-forenses, en todas sus apreciaciones. Por otra parte, el curso estaba organizado en un contexto médico, y resultaba por tanto inevitable que tanto el contenido de las conferencias como la composición del grupo de asistentes tuvieran una representación mayor de la medicina. Pero quiero aprovechar su comentario para verbalizar el **malestar que sentimos los psicólogos frente a ciertas consideraciones erróneas sobre nuestras competencias profesionales**, que están desencadenando enfrentamientos cada vez más frecuentes con la profesión psiquiátrica en relación a la limitación de nuestras funciones, así como actuaciones indebidas por parte de la Administración Sanitaria, como la reciente polémica sobre si somos o no personal sanitario, que condiciona nuestra inclusión dentro de una u otra categoría en los procedimientos selectivos de las convocatorias de empleo, y en las escalas profesionales, clases, grupos... etc. de la administración, con repercusiones discriminatorias en la baremación de los méritos, en los niveles salariales, en los puestos de trabajo, en el ejercicio de tareas específicas, posibilidades de promoción... etc., etc. Pero había prometido no adoptar una actitud corporativista, y todavía más improcedente sería en este espacio la defensa sindicalista, por donde no quiero desviarme. Mi deseo, al plantear este punto, es -permítaseme la expresión- "corregir" humildemente ciertas **creencias erróneas sobre la práctica de la psicología, extendidas entre profesionales ajenos a la práctica clínica-sanitaria, imagino que por falta de información o por haber sido mal informados, y entre profesionales médicos que ignoran o se resisten a incorporar los avances de la ciencia.** También, aportar algunos datos que permitan al lector valorar esta "queja" y extraer sus propias conclusiones.

Se trata, en realidad, de **una creencia básica**, la cual aglutina y desencadena otras creencias, o matizaciones, con los diversos posicionamientos y reacciones consiguientes: **la vieja aseveración de que el diagnóstico y el tratamiento son funciones propias y exclusivas de la medicina, implicando que ningún otro profesional, salvo el médico, puede emitir juicios clínicos y prescribir medidas terapéuticas, quedando el resto de los profesionales implicados en la asistencia de los pacientes relegados a la categoría de auxiliares técnicos de los médicos.** Es una presunción que pudo mantenerse a lo largo de un período de la historia en que el abordaje de las enfermedades dependía exclusivamente de los conocimientos extraídos de la medicina; un período en que, cuando esta disciplina se encontraba con sus límites, los mismos casos clínicos eran objeto de las especulaciones y "tratamientos" derivados de la superstición y la hechicería. Pero es una **presunción indefendible, rematando el siglo XX, tras el desarrollo de muy diversas disciplinas no médicas, con aportes teóricos y técnicos en el campo de la clínica, de los que tanto los profesionales médicos como, principalmente, los pacientes han obtenido beneficios incalculables.** Los D.U.E. hacen

diagnósticos, elaboran y aplican programas de cuidados de enfermería. Los logopedas hacen diagnósticos y tratamientos del lenguaje. Un técnico en intervención ambiental diagnostica el estado del medio y propone medidas para salvaguardar la salud de los seres vivos. Un urbanista diseña las poblaciones con consideraciones para la salud física y mental de los ciudadanos. La O.M.S. ha definido la salud como el estado de bienestar bio-psico-social de los individuos...

Los Psicólogos Clínicos trabajan con pacientes que padecen enfermedades mentales, no sólo anomalías psíquicas o alteraciones del comportamiento. Se les requiere para administrar pruebas que den fiabilidad y validez al juicio psiquiátrico extraído de una entrevista. Desde ese momento, hay que admitir que disponen de instrumentos y tienen competencias para el diagnóstico clínico en Salud Mental. Todavía hay psiquiatras que ni siquiera este punto reconocen. Aún más: la mayor parte de las metodologías terapéuticas no farmacológicas en Salud Mental han sido desarrolladas por psicólogos. Hay muchos más psicólogos que psiquiatras formados en las diversas psicoterapias. En los dispositivos de Salud Mental, al menos en la red pública, son escasísimos los psiquiatras que practican la psicoterapia. Los últimos avances y publicaciones en el tratamiento no farmacológico de la Esquizofrenia, que complementan y mejoran los resultados clínicos, son obra de psicólogos. Las industrias farmacéuticas que regalan libros -y otras cortesías- a los médicos, ya empiezan a tener este dato en consideración. Confrontados con la evidencia de que los psicólogos diseñan y aplican tratamientos, a veces con gran rentabilidad y eficacia, muchos psiquiatras ven su territorio amenazado (no hay que olvidarse de que también los neurólogos les sustrajeron una parcela, amenazando la figura del neuropsiquiatra, actualmente en proceso de extinción) y, de entre los temerosos, los más flexibles sólo conceden al psicólogo, generosamente, la "autorización" para aplicar tratamientos comportamentales (modificación de conducta), cuidándose de denominarlos "tratamientos", término que suplen con el de "técnicas", para resaltar su negativa a considerarle "terapeuta", un vocablo que hoy en día se aplica incluso a los Animadores Socioculturales -sin intención de menospreciar-, puesto que son, auténticamente, terapeutas sociales.

Ya no es defendible la idea de que el psicólogo es un profesional subordinado al psiquiatra, ni de que le corresponden funciones menores. Nunca fué así. No se debería hablar ya, en sentido estricto, de patología psiquiátrica, sino de psicopatología, y aquí entran tanto las enfermedades mentales mayores como las anomalías psíquicas más leves, trastornos, desviaciones y alteraciones del comportamiento. No se debería rivalizar entre profesionales afines, porque lo que hace falta es la cooperación, en beneficio de los pacientes, y en nombre del bienestar de los trabajadores, favorecedor del rendimiento y de la calidad de los servicios prestados.

Pero, centrándonos más en el objeto del curso de Psiquiatría Forense y, ya para concluir, si los peritos deben determinar, ya no sólo la existencia de patología, sino además la intensidad de la gravedad del cuadro, a fin de estimar el grado de alteración de las capacidades intelectivas y volitivas del sujeto, que revierte en la posibilidad de comprender la ilicitud del hecho y actuar más o menos deliberadamente conforme a dicha comprensión, si hay que hacer referencias temporales a propósito del estado del individuo en el momento de cometer la infracción, y valorar la peligrosidad potencial hacia el futuro, si hay que establecer, finalmente, el vínculo causal entre la presunta alteración clínica, con sus repercusiones sobre las facultades mentales, y el comportamiento resultante sometido a juicio, todo ello con una terminología adaptada al receptor del informe, Sr. Magistrado-Juez, D. Daniel García Ramos, con todos mis respetos, y declarando mi absoluto acuerdo (así deberían ser los informes periciales en Salud Mental), usted pide el dictamen de Dios, de "Rappel", del paciente, de un psiquiatra y, también, de un psicólogo, en todos los casos de enfermedades mentales y anomalías psíquicas (discúlpeme la insistencia), a poder ser disponiendo de un intérprete simultáneo que domine el vocabulario jurídico y clínico. No me parece posible satisfacer semejante rosario de estimaciones y requisitos a partir de una sencilla entrevista clínica: la determinación del estado de las facultades mentales y del grado de gravedad de un cuadro es imprecisa sin pruebas estandarizadas que la avalen; lo mismo sucede con la predicción del riesgo (y, para ello, no disponemos de escalas estandarizadas, tan sólo de sugerencias derivadas de la observación empírica); la referencia temporal al estado del supuesto paciente en el momento de los hechos todavía es más resbaladiza pues, aún con los criterios diagnósticos claros, cabe la posibilidad de la simulación durante el episodio y en el momento del examen, que no siempre es

fácilmente detectable. Cada vez más, los psiquiatras solicitan el apoyo de los psicólogos en las pruebas periciales; aunque sea tan sólo con la intención de "cubrirse las espaldas", este gesto es, en sí mismo, lo bastante elocuente.

Y una última impertinencia: frente a comentarios recientes de la Administración Sanitaria, en el sentido de que **se pueden ahorrar recursos humanos en Salud Mental,** considerando que un psiquiatra de la red pública puede cubrir su puesto y el de un psicólogo, puesto que diagnostica, prescribe fármacos, y puede hacer psicoterapia (el psicólogo no puede prescribir fármacos), la **réplica aplicada al terreno pericial,** donde el psicólogo puede realizar la entrevista, las pruebas psicométricas, emitir el juicio diagnóstico, hacer recomendaciones terapéuticas y elaborar un informe (los psiquiatras, en su mayoría, no pueden realizar las pruebas, ¡y ojalá llegasen a sustraernos de esta incómoda tarea!).

Le digo todo esto,

1º compartiendo sus argumentos y sus inquietudes.

2º admirando su fluidez verbal, su estilo expresivo y su adecuación al contexto.

3º deseando igualmente el mutuo entendimiento, que permita la necesaria fluidez en las relaciones interprofesionales, para la rentabilidad de la pericia y el bien de los clientes/pacientes.

4º lamentando no haber sido capaz de mantener este debate "in situ". Otra vez será.

BIBLIOGRAFIA:

"Curso de Psiquiatría Forense". Asociación Galega de Médicos Forenses. Colegio Oficial de Médicos. Orense, Oct. 95 - Feb. 96. Material por publicar.

LAMAS CREGO, S., FILGUEIRA BOUZA, M.S. et al. ***"Violencia e Saúde Mental".*** Ponencias do Iº Congreso da Asociación Galega de Saúde Mental. Orense, Mayo 1990. Xunta de Galicia. Colección Saúde Mental. Serie Reforma Psiquiátrica. Santiago de Compostela, 1992.

Marisol Filgueira Bouza.

La Coruña, 13 de Febrero de 1996.

novedades diarios oficiales

1.NUEVA LEY DE PROTECCION JURIDICA DEL MENOR:

El BOE n°15 del miercoles 17 de enero de 1996, publica la LEY ORGANICA 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial delCódigo Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

2.ORDEN SOBRE EL DOPAJE:

El BOE n°18 del sábado 20 de enero de 1996, publica una Orden de 11 de enero de 1996 por la que se establecen las normas generales para la realización de controles de dopaje y las condiciones generales para la homologación y funcionamiento de laboratorios, no estatales, de control del dopaje en el deporte.

3. NUEVOS REGLAMENTOS DEL CUERPO NACIONAL DE MEDICOS FORENSES Y DE LOS INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL:

El BOE del 1 de marzo de 1996 publica el REAL DECRETO 296/1996, de 23 de febrero, por el que se aprueba el REGLAMENTO ORGANICO DEL CUERPO NACIONAL DE MEDICOS FORENSES.

Asímismo el BOE del 9 de marzo de 1996 publica el REAL DECRETO 386/1996, de 1 de marzo, por el que se aprueba el REGLAMENTO DE LOS INSTITUTOS DE MEDIICINA LEGAL.

Por la especial transcendencia de éstas publicaciones, desde el BOLETIN, hemos considerado oportuno publicar además del n°5 una separata con ambos textos íntegros que se entregará junto con éste ejemplar. Ahora sólo nos queda estudiar detalladamente el texto.

comentarios diversos

SOBRE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE DERECHO SANITARIO:

Durante los días 23, 24 y 25 de noviembre se ha celebrado en Madrid el II Congreso Nacional de Derecho Sanitario organizado por la Asociación Española de Derecho Sanitario. Esta asociación tiene su sede en la calle Velázquez 122, Madrid y agrupa a médicos y abogados interesados en el tema. En este congreso se han abordado temas de máxima relevancia como la cuestión de la Historia Clínica o la Responsabilidad Profesional Médica. En la inauguración de éste congreso, José Fornés, Presidente de la Organización Médica Colegial señaló que para éste año 1996, la OMC pondrá en marcha el Instituto de Formación Médica que se encargará de fomentar cursos, seminarios y debates en torno a la cuestión de la Responsabilidad Profesional Médica.

UN COMITE ETICO SUPERVISARA LOS ENSAYOS CLINICOS EN GALICIA: (La Región 11-2-96)

El Diario Oficial de Galicia publica un Decreto por el que se regula la realización de ensayos clínicos en Galicia. Los ensayos clínicos representan un medio fiel y evolucionado de valorar y comparar la eficacia de un tratamiento, técnicas diagnósticas o terapeúticas. Sin embargo el impacto socio-sanitario que pueden derivarse de sus resultados, las garantías éticas que deben exigirse y sus impicaciones de naturaleza económica, requieren un desarrollo normativo de los ensayos clínicos acorde en todo caso con la regulación estatal sobre la materia y que permita además, mejorar la investigación clínica orientandola decididamente cara a criterios de calidad, eficacia y eficiencia.

cursos y congresos

1.CURSO DE ARMAS DE FUEGO, LESIONES POR ARMA DE FUEGO EXPLOSIVOS Y SUS EFECTOS: El Instituto Anatómico Forense de Cartagena organiza éste curso para los días 18, 19 y 20 de abril en La Manga del mar menor (Murcia). Los interesados pueden contactar con el Instituto A-F en los teléfonos 52.48.10 y 52.17.63. El plazo límite para inscripciones finaliza el 20 de marzo.

2.CURSO DE LA MUERTE SUBITA. Organizado por el Ministerio de Justicia e Interior y enmarcado en la Formación de los Médicos Forenses, los próximos días 18, 19 y 20 de abril, se celebrará en Santiago de Compostela este Curso, dirigido por el Dr. Dn Benito López-de Abajo Rodriguez. Entre los ponentes destacar los siguientes: Dr.M.Salgueiro, Dr.J.M.Suarez, Dra.M.Medrano, Dr.J Blanco, Dr.J.M.Martinón, Dra.N.Torán, Dr.J.Lucena y Dr.A.Amaro.

SUICIDIO. SHOCK HIPOVOLEMICO

A. BARREIRO FERNANDEZ . A. BLANCO PIÑA . A. ARGÜELLO GOMEZ [1]

RESUMEN: Se exponen dos casos de suicidio por heridas incisas, mínimas, y la causa final de la muerte fue un shock hipovolémico, que se presentó al cabo de un cierto tiempo.

INTRODUCCION:

Los suicidios por arma blanca representan el 6% de los mismos, siendo las lesiones en el cuello, con sección del paquete vascular, y en la región precordial los más frecuentes.

Los casos que aquí se exponen tienen de común que las heridas son de poca consideración, lugar poco habitual de las lesiones, en uno de ellos, y con un mecanismo de producción de la muerte lento.

PRIMER CASO:

Hombre de 35 años que se encuentra tirado en el pasillo de un hotel, viste un calzoncillo tipo slip de color azul, está todo su cuerpo manchado de sangre así como la puerta de la habitación y las paredes del pasillo. En la habitación la televisión está encendida, las camas se encuentran ordenadas y sobre ella la ropa que vestía bien colocada. En el cuarto de baño, de 1,5x1,5 metros, el piso está manchado de sangre fresca con algunos coágulos, excepto en una esquina en la cual está un paquete de tabaco, un mechero y un cenicero con tres colillas. En el piso del cuarto de baño está una carterita de fotografías, manchada de sangre, y en su interior dos fotografías tamaño carné. El día anterior había discutido con su familia y se fué del domicilio.

Practicada la autopsia se aprecia una herida incisa, de 20 mm, en la cara interna de la pierna derecha, a 8 cm de la rodilla. En la disección de la piel se aprecia una vena safena con un aspecto normal y con una solución de continuidad en su pared que no secciona por completo a la misma.

En el resto de la autopsia se observó la ausencia de livideces y palidez generalizada de los órganos. Estómago vacío y ausencia de alcohol en sangre.

SEGUNDO CASO:

Varón de 18 años de edad, que está tirado entre unas rocas al borde del mar. A unos 6 metros se encuentra una cuchilla de afeitar y un charco de sangre.

Las ropas, en perfecto orden en su vestimenta, están manchadas de sangre en su parte anterior, lado izquierdo.

En sus antecedentes figura que se había ausentado de su domicilio hacía unos días, distante del lugar de los hechos unos 750 Km.

[1]Médicos Forenses. Clínica Médico Forense. Vigo. (Pontevedra)

Practicada la autopsia se aprecia en la cara anterior del cuello, del lado izquierdo, una herida incisa de 30 mm de longitud, horizontal. En la disección de la piel se ve una solución de continuidad en la vena yugular anterior, sin llegar a ocasionar una sección completa de la misma. En el resto de la autopsia destaca ausencia de livideces, una anemia generalizada y ausencia de comida en estómago. No alcohol en sangre.

COMENTARIOS

En ambos casos que se ha expuesto el origen suicida es evidente, por la inspección del lugar delos hechos, ausencia de signos de violencia, las heridas son mínimas, está localizadas en un lugar de fácil acceso para ocasionarlas y también para la práctica deun taponamiento, siendo éste sencillo, por presión con un dedo.

Como arma que empleó para seccionar las venas, en el primer caso, tuvo que ser el filo de una fotografía, ya que en el cuarto de baño ni en la habitación se encontró otro elemento que pudiese ocasionar la herida.

Es de suponer que tuviese una dilatación venosa en la pierna para poder acceder a la vena con una mínima herida incisa.

La interpretación que se ha hecho de estos casos es que decidieron quitarse la vida, se seccionaron las venas y allí permanecieron sentados, uno en el cuarto de baño y otro contemplando el infinito del mar, durante cierto tiempo, mientras manaba la sangre por la herida, posteriormente, cuando empezaron los síntomas del shock hipovolémico, la disnea, sudoración, precordalgia,... debieron de asustarse levantarse para buscar ayuda, cayendo en el piso del baño, el uno, de ahí que estuviese manchado de sangre todo su cuerpo, salió al pasillo y allí se murió, el otro intentó caminar entre las rocas y se cayó a los pocos metros.

¿Qué alteración mental había en estas personas que permanecieron tiempo sentadas mientras se desangraban lentamente y sólo al final intentaron buscar ayuda?

La consideración psicopatológica de estos suicidios podría ser una reacción neurótico-obsesiva aguda ante un fuerte conflicto familiar con apreciación de balance negativo de su trayectoria vital, añadiéndose el deseo de impactar al familiar causante de la discusión, en actitud de regresión hacia conductas infantiles, donde se repiten obsesivamente las fasesde desprecio y rechazo, sobrevalorados por el suicida que lejos de actuar con una conciencia serena, actúa con los pensamientos veloces y agitados, en círculo cerrado.

Cuando los receptores cenestésicos reflejos de volumen y presión sanguínea le dan la voz de alarma intenta detener el proceso autolítico, al incoporarse se acrecienta la hipotensión, tiene que aumentar la presión sanguínea al tener el corazón que impulsar la sangre en contra de la fuerza de la gravedad hacia el cerebro, se produce taquicardia que aumenta la salida de sangre, disminuye el volumen sanguíneo y se origina una lipotimia refleja para lograr la horizontal y asegurar el riego cerebral, hay pérdida de conciencia y la hemorragia continúa hacia el shock irreversible, como así ocurrió.

Tenemos conocimiento de un caso similar, al primero nuestro, publicado por L.Concheiro y A. Beiras en la Revista Española de Medicina Legal, octubre-noviembre, 1975. En este caso la herida fue ocasionada por una hoja de afeitar y presentaba una alcoholemia de 3,4 gr.

COARTACION DE AORTA. MUERTE SUBITA.

BLANCO PIÑA A., ARGUELLO GOMEZ A. y BARREIRO FERNANDEZ A. [2]

---

[2]Médicos Forenses. Clínica Médico Forense Vigo (Pontevedra)

RESUMEN: Se expone el caso de una persona, varón, que era portadora de una coartación de aorta,asintomática, que presentó un cuadro de muerte súbita por rotura de aorta.

Observación:

Varón de 26 años de edad, sin antecedentes de enfermedad. Un día se encontraba en una cafetería con su novia, comenzó a encontrarse mal, es llevado a un centro hospitalario, a su ingreso es cadaver.

Practicada la autopsia, con la técnica de Virchow, se aprecia una dilatación de las arterias epigástricas de lapared abdominal. Levantado el peto esternal llama la atención un hemopericardio a tensión, la hipertrofia de la pared del ventrículo izquierdo y una solución de continuidad en la aorta ascendente, de 1 cm de longitud, con una dirección de arriba a abajo y a dos centímetros por encima de la valva aórtica.

En la aorta descendente, dos centímetros por debajo del nacimiento de la arteria subclavia izquierda, presenta una estenosis de la misma, de tipo concéntrico, que deja pasar con dificultad el botón de la tijera.

Las arterias subclavia izquierda, mamarias e intercostales están dilatadas.

No se apreció ninguna alteración anatomopatológica, digna de mención.

Comentarios:

La coartación de aorta (CA) fue descrita hace más de 200 años por Johann Meckel y los datos clínicos fueron delimitados hace unos 100 años. La cirugía correctora de ésta enfermedad fue introducida haceunos 40 a 50 años.

Habitualmente la CA consiste en un repliegue definido de la superficie posterolateral izquierda de la pared aórtica, que hace que la luz se estreche, por lo general circunscrito. Es tres veces más frecuente en el varón que en la mujer.

Generalmente la CA se descubre durante la lactancia o niñez y sólo en un 20% de los casos, aproximadamente, es diagnosticado por primera vez en adolescentes y adultos.

La CA se puede localizar por debajo de la arteria subclavia izquierda y por encima del ducto arterioso (coartación preductal), en la mayoría de los casos (95%), o después del ducto (Coartación postductal).

El tipo preductal de CA se descubre con mayor frecuencia precozmente, en la edad de la lactancia, porque suele ser grave y asociada a otras anomalías congénitas importantes (válvula aórtica bicúspide, persistencia del conducto arterioso, comunicación interventricular, anomalías de la válvula mitral, transposición de los grandes vasos, etc...)

El tipo postductal puede ser descubierto en la edad adulta debido a que tiende a ser menos grave y no suele asociarse a otras anomalías congénitas.

La consecuencia fisiopatológica más importante de la CA es la hipertensión sistémica proximal con diferencias anormales en el pulso y en la presión arterial sistólica entre las extremidades superiores e inferiores.

Como resultado de la CA se produce un desarrollo progresivo de las arterias sistémicas colaterales a partir de la subclavia y de la axilar hacia la mamaria interna, escapular e intercostales. Este desarrollo de vasos colaterales en los pacientes que sobreviven a la infancia tiende a ser clínicamente detectable por auscultación y por radiografía de tórax entre los 5 a 10 años de edad.

La sospecha inicial de CA en el adolescente o en el adulto joven es el descubrimiento de una hipertensión arterial sistémica y debilidad o retraso en los pulsos femorales en relación con los radiales, o una anomalía en un estudio radiológico de tórax, especialmente las muescas costales.

Las complicaciones más importantes que conducen a la muerte en las tres primeras décadas son la rotura de la aorta, la endocarditis o endarteritis infecciosa, la hemorragia cerebral facilitada por la frecuente asociación con aneurismas congénitos del polígono de Willis y la hipertrofia y la insuficiencia cardiaca izquierda.

La rotura espontánea o la disección de la aorta pueden originarse en la porción proximal dilatada de la aorta ascendente, estando relacionada en parte con la hipertensión y con el estrés local o justo detrás de la coartación, como consecuencia del chorro de sangre que se produce a través de la coartación y que erosiona la íntima de ésa zona.

En el tratamiento de la CA, está indicada la intervención quirúrgica, independientemente de

que el paciente sea, ó no, sintomático. El tratamiento médico sólo está indicado como previo a la cirugía.

BIBLIOGRAFIA:

1.FARRERAS, Medicina Interna. 12ª Edición.
2.HARRISON, Medicina Interna. 11ª Edición.
3.BODLEY, R., Principios de Medicina Interna, 1982.
4.BRANDERBUR, Cardiología.
Consultado MEDLINE con las palabras llave Coartación de Aorta y Muerte Súbita, no apareció ningún caso.

PERFORACION DE ESOFAGO.

ARGÜELLO GOMEZ A., BARREIRO FERNANDEZ A., BLANCO PIÑA A. [3]

RESUMEN: Se expone el caso de una perforación del esófago como consecuencia de una intubación endotraqueal anestésica, falleciendo a los 5 días por unshock séptico.

Introducción:

En el curso de una anestesia general sobrevino una perforación esofágica después de una tentativa de intubación traqueal. Esta complicación es rara, pero potencialmente grave por el riesgo de mediastinitis.

No siempre es posible prevenir una perforación del esófago ni saber si se ha dañado el mismo. Por ello es necesario tener en consideración que se pueden producir estos accidentes para aplicar un tratamiento lo antes posible, de ello depende en un porcentaje elevado la curación de la perforación y la vida del lesionado.

En el caso que se expone a continuación hubo una demora en el diagnóstico de la rotura esofágica.

Observación:

Varón que ingresa en un centro sanitario para la práctica de una resección trasuretral de próstata por presentar una hipetrofia benigna de la misma. Durante la intubación el médico anestesista tuvo que realizar 4 ó 5 intentos para conseguir la intubación endotraqueal, manifestando que fué debido a una rigidez cervical y que precisó de más medicación en la inducción. En otro aparte se dice que la intubación fué dificil por culpa de un diente.

La intervención se realizó sin más complicaciones. En la tarde de ése mismo día, en la consulta rutinaria, se queja de dolor en el cuello. Al día siguiente se aprecia una deformidad en el cuello debido a un enfisema subcutáneo, dolor precordial y disfagia. Entre las pruebas que se le practicaron, figura una radiografía de tórax, en la cual aprecian enfisema subcutáneo y sin neumotórax.

A los tres días de la intervención, presenta fiebre elevada, ante la agravación del estado general es transladado a otro centro sanitario. A su ingreso le practican Rx de tórax y una TAC torácica, observando presencia de derrame pleural bilateral, neumotórax, enfisema mediastínico y mediastinitis.

---

[3]Médicos Forenses. Clínica Médico Forense de Vigo (Pontevedra).

Por esofagoscopia se evidencia una rotura del esófago, pared posterior, al principio del mismo, de forma circular, con un diámetro de 1 cm.

Ante la gravedad del cuadro deciden una intervención quirúrgica practicando una toracotomía de drenaje. Pasa a la UVI y fallece a los 5 días delaprimera intervención.

Informe de Autopsia: Herida incisa, quirurgica, en cara lateral hemitórax derecho, de 30 cm. Presencia de abundante pus en mediastino. Pulmones con un peso de 1010 gr. el derecho y 1020 el izquierdo. Esófago, rotura de 1 cm en la cara posterior, en la porción proximal. Causa de la muerte, shock séptico por mediastinitis.

Comentarios:

Boherhaave hizo la primera descripción de una rotura de esófago en 1724, hoy el Síndrome de Boheraave (Harrison) se identifica con la rotura espotánea del esófago que aparece después de vómitos y suele ocurrir en el esófago distal.

La rotura traumática del esófago, es una complicación que se puede presentar después de una intubación endotraqueal, de una nasogástrica, después de dilataciones esofágicas y en aquellos casos que han permanecido con sonda más de 10 días. La presencia de cuerpos extraños en el esófago también puede ocasionar la rotura del esófago por presión y necrosis de la mucosa esofágica.

Igual incidencia de perforaciones del esófago en las intubaciones tienen las perforaciones de la faringe, en éste caso suelen ser a nivel de las fosas piriformes.

Este accidente tiene una frecuencia baja en proporción con el número de intubaciones que se efectúan. No existen criterios que permitan sospechar la perforación del esófago.

El esófago comienza a nivel del borde inferior del cartílago cricoides (a la altura de C4) y finaliza en el cardias. En el adulto la boca del esófago se encuentra a unos 15 cms. de la arcada dentaria y tiene una longitud de 23 a 28 cms.

El esófago presenta tres estenosis fisiológicas:

1.Estenosis superior: boca esofágica de Killian; causada por el músculo cricofaríngeo.

2.Estenosis media: cruce del arco aórtico.

3.Estenosis inferior: cardias.

En el esfinter superior es el lugar en el cual se producen lamayor parte de las perforaciones de tipo instrumental (70%). En este lugar la pared posterior del esófago descansa sobre la fascia de los cuerpos vertebrales y en ésta zona la musculatura es más débil, sólo hay musculatura estriada.

Son numerosas las causas que se invocan en las perforaciones del esófago, entre ellas están la inexperiencia del instrumentista; debidas a dificultades en la intubación como cuello corto, cuello grueso, micrognatismo, dentadura defectuosa, artrosis de la témporo-mandibular, artrosis de vértebras cervicales, trismus y tumores del cuello; también se cita que es causa de perforación los múltiples intentos en la intubación, la intubación nasal y la fragilidad de la pared del esófago en aquellas personas que están sometidas a tratamiento con corticoides. También se invoca a los tubos rígidos, hoy en día la mayor parte de los tubos nasogástricos comercializados están hechos de materiales sintéticos y flexibles. Por ello su naturaleza blanda y flexible está considerada, generalmente, como salvaguarda de las lesiones.

Las consecuencias de estas perforaciones son debidas a la contaminación del espacio periesofágico con los fluidos digesivos corrosivos, comida y bacterias, lo que conduce a una celulitis difusa con infección extensa o localizada. Este espacio se extiende desde la bóveda craneal hasta el diafragma. El mediastino tiene una presión inferior a la atmosférica de ahí la facilidad con que pasa el contenido esofágico. El tejido está poco vascularizado por lo que es altamente susceptible de infección, en especial por los anaerobios. Nueva inoculación puede ocurrir si se practica una ventilación con presión positiva (PPV).

Los síntomas y signos de la perforación esofágica se presentan rápidamente y entre ellos destacan dolor en el cuello o tórax, disfagia, hipersalivación, enfisema subcutáneo e incluso neumotórax. Si el proceso continúa puede aparecer un absceso retrofaríngeo y mediastinitis terminando en sepsis, shock séptico o distress respiratorio.

El diagnóstico puede sospecharse, con frecuencia, con una radiografía de tórax y del cuello que puede mostrar el enfisema subcutáneo y mediastínico, un mediastino agrandado, con tejido hinchado y blando, estrechando las vías aéreas y neumotórax ocasional.

El definitivo diagnóstico de una lesión esofágica depende sobre una confirmación radiológica

de la interrupción de lapared del esófago, mediante un tránsito con material de contraste hidrosoluble, o por visualización directa de la lesión por endoscopia. Esta última no está considerada tan útil como la radiografía, puede pasar despaercibida la lesión o agravarla.

También se ha empleado la TAC cuando la radiología ha fracasado en la confirmación diagnóstica.

Los diferentes diagnósticos diferenciales deben realizarse con anginas, perforación de úlcera péptica y un neumotórax espontáneo. Otros diagnósticos posibles incluyen pancreatitis, colangitis, disección aórtica, tromboembolismo pulmonar y precordalgias.

Para el tratamiento existen cuatro principios, Ribert y col., que consisten en: lucha contra la infección; abordaje y tratamiento de la rotura; drenaje de las colecciones y reposo esofágico.

La antibioterapia, es necesaria, debe iniciarse precozmente, de amplio espectro, activa sobre los bacilos Gram negativos y los anaerobios dela flora digestiva.

Existen controversias sobre el momento de la intervención quirúrgica, la mayoría de los autores son partidarios de una intervención quirúrgica desde el principio, que un descuido en la intervención aumentan la morbilidad y la mortalidad de las perforaciones. DUBOST relata un 85% de mortalidad cuando el diagnóstico fue retrasado de 1 a 4 días, mientras que los tratados quirúrgicamente dentro de las 12 horas primeras se recuperan en poco tiempo y completamente.

Algunos autores, en aquellos casos, de una perforación, diagnosticada rápidamente, que en el tránsito esofágico la fístula esté limitada y los síntomas sean mínimos recomiendan un tratamiento médico que consiste en antibióticos, sonda nasogástica y alimentación parenteral, así como una vigilancia estricta.

BIBLIOGRAFIA:

1.HARRISON, Tratado de Medicina Interna, 11ª edición.

2.NORMAN E., Iatrogenic aesophageal perforation dueto tracheal or nasogastric intubation; Can. Anaesth.Soc J. 1986 Mar; 33(2): 222-6.

3.O'NEILL James E., Pharyngeal and esophageal perforation following endotracheal intubation. Anesthesiology 60: 487-488; 1984.

4.RANCHERE J.Y., Perforation de l'esophague par fausse route lors de l'intubation trachéale. Ann. Fr. Anesth. Réanim., 11: 100-102; 1992.

NORMAS SOBRE LA TOMA Y ENVIO DE MUESTRAS PARA EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN CASOS DE VIOLACIONES.

PROTOCOLOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGIA

Como norma general las tomas de muestra para el análisis de enfermedades de transmisión sexual se deben efectuar antes de proceder al lavado vaginal con suero fisiológico que se practica con objeto de realizar investigación de semen. Además las torundas necesarias para la toma de muestra para estudios microbiológicos son estériles de algodón y con medio de mantenimiento (medio de Stuart o Amies). El envío al laboratorio se realizará siempre de forma inmediata.

EN LA MUJER

La toma de muestra se efectuará con espéculo, que podrá lubricarse con suero fisiológico (no se puede utilizar otro tipo de lubricantes, pues algunos inhiben el crecimiento de ciertos microorganismos).

-En primer lugar se realizarán las tomas vaginales, para lo que se requiere un mínimo de dos torundas de algodón estériles con medio de mantenimiento (que se destinarán a la observación en fresco, tinción de Gram, cultivo de Gardnerella vaginalis y de levaduras).

-En segundo lugar se practicarán las tomas cervicales, pero antes de ello es necesario limpiar bien el cérvix con una torunda de algodón estéril, para retirar las secreciones vaginales. Las muestras cervicales se extraen con dos torundas de algodón estériles con medio de mantenimiento que se introducirán en el cérvix unos dos centímetros, rotando durante unos 10-20 segundos para que se impregnen bien. Estas muestras se procesarán para el estudio de Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis y Ureaplasma urealyticum.

-Si la violación ha sido anal es posible realizar una toma anal con dos torundas de algodón estériles y con medio de mantenimiento para análisis microbiológico de N. Gonorrhoeae y C. trachomatis.

EN EL VARON

Al tratarse de una violación anal, la toma se realiza de igual manera que se ha indicado antes

para los casos de violación anal en mujeres.

Tanto en la mujer como en el varón, si se ha producido una violación bucal, se puede hacer una toma faríngea también con torunda de algodón estéril para investigación de N. Gonorrhoeae y C.trachomatis.

Así mismo, en la mujer y en el varón, si se observan lesiones ulcerosas o vesiculares presumiblemente herpéticas se podría hacer una toma con torunda de la siguiente manera: se limpia la piel con solución salina, se rompe la escama y con la torunda se toma el líquido exudativo de la base de la lesión; si se trata de una vesícula, una vez rota se empapa la torunda del líquido.

En ambos sexos se extraerán 5-10 cc de sangre que se dispondrán en viales con anticoagulante (EDTA) que se procesarán para serología de HIV (virus de la inmunodeficiencia humana), hepatitis B y sífilis.

RESUMEN:

Las tomas que se citan a continuación se refieren exclusivamente a extracciones para análisis microbiológico, que se realizarán con torundas estériles de algodón en viales con medio de mantenimiento; el envío al laboratorio será siempre inmediato sin necesidad de refrigeración excepto aquellas muestras en las que se especifique.

EN LA MUJER:
-Un mínimo de dos torundas con exudados vaginales.
-Un mínimo de dos torundas con exudados cervicales.
-Si la violación es anal: dos torundas anales.
-Un tubo con 5-10 cc de sangre con EDTA (refrigerado).
-Si existen lesiones ulcerosas en genitales: líquido supurativo en torunda (en refrigeración).

EN EL VARON:
-Dos torundas anales.
-Un tubo con 5-10 cc de sangre con EDTA (en refrigeración).
-Si existen lesiones ulcerosas en genitales:líquido supurativo en torunda (en refrigeración).

Hay que reseñar que por el contrario, para realizar investigación se semen, se requieren torundas en seco (sin medio de mantenimiento), que habrá que añadir a las anteriores.

A CONTINUACION SE INCLUYE EL **MODELO DE CUESTIONARIO A RELLENAR PARA ANALISIS BIOLOGICOS EN CASOS DE AGRESION SEXUAL.**

MODELO DE CUESTIONARIO A RELLENAR PARA ANALISIS BIOLOGICO

JUZGADO DE INSTRUCCION Nº ..... DE .....

Nº DE CAUSA: .....

ASUNTO: Interesando análisis biológico por AGRESION SEXUAL.

1) Datos personales:

- Nombre de la persona afectada: .....
- Edad: .....
- Lugar de nacimiento: .....
- Grupo sanguíneo: .....

2) Antecedentes:

- Fecha y hora en que ocurrió la agresión: .....
- Tipo de agresión: .....
- Uso de anticonceptivos: Orales ☐ Vaginales ☐
- Fecha de la última regla: .....
- Relaciones sexuales anteriores: .....
- Datos observados en el reconocimiento ginecológico que puedan ser de interés: .....
- Información adicional y otros datos de interés: .....

3) Muestras que se remiten para estudio:

- Fecha y hora de la toma de muestra: .....

☐ Ropas (sin lavar) que llevaba la víctima en el momento de la agresión y que puedan ser de interés.

☐ Tomas vaginales:

- ☐ Hisopo en seco (sin medio de mantenimiento). Envío refrigerado.
- ☐ Lavado vaginal (efectuado con el mínimo volumen posible de solución salina fisiológica). Envío refrigerado.

☐ Tomas rectales.

☐ Sangre de la persona afectada. 5 cc. con anticoagulante. Envío refrigerado.

☐ Saliva de la persona afectada. 3-5 cc. de saliva (hervida inmediatamente después de la recogida al baño maría durante 15 minutos). Envío refrigerado.

☐ Sangre del sospechoso. 5 cc. con anticoagulante. Envío refrigerado.

☐ Saliva del sospechoso. 3-5 cc. de saliva (hervida inmediatamente después de la recogida al baño maría durante 15 minutos). Envío refrigerado.

Ruego a Vds. que una vez concluido este estudio, sea remitido directamente por ese Instituto Nacional de Toxicología el informe correspondiente al Juzgado de Instrucción Nº ..... de .....

..... a ..... de ..... de .....

EL MEDICO FORENSE

EL RETO ÉTICO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

PABLO SIMON LORDA[1]

INTRODUCCION: DE LA OBLIGACION LEGAL A LA RESPONSABILIDAD ETICA

1.Con la promulgación de la Carta de Derechos y Deberes de los Enfermos en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad de 1986, el "consentimiento informado" ha entrado definitivamente en el entramado de las relaciones sanitarias de nuestro país. Los contenidos de ésa Carta de Derechos son una concreción de derechos constitucionales, y por tanto tienen un rango normativo alto. Además está en consonancia con la teoría contractual del negocio jurídico que vertebra en gran parte nuestro Código Civil, y en la cual el consentimiento es una pieza clave. Asímismo en el Código Penal el consentimiento de los pacientes juega un papel muy importante, que esta Carta de Derechos no viene sino a apoyar.

2.Sin embargo, además de una obligación legal, e incluso antes que ella, el consentimiento informado es una exigencia ética ineludible del profesional sanitario. Dicha exigencia ha constituido uno de los pilares del desarrollo de la nueva disciplina que denominamos "bioética".

Es largo el camino que va desde sus orígenes en la jurisprudencia americana a comienzos del presente siglo hasta su formulación máxima en las Cartas de Derechos de los Enfermos de los diferentes paises, la primera de las cuales fue la Carta de Derechos de la Asociación Americana de Hospitales de 1973 (1)... En este trayecto el consentimiento informado se ha ido incorporando al patrimonio ético de la medicina occidental. Como hitos fundamentales de éste proceso se encuentran el Código de Nuremberg (1947) y la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (1964), que introducen el consentimiento informado como requisito imprescindible de la investigación biomédica, y desde donde se ha difundido a todas las formas de atención sanitaria.

Otra aportación decisiva de la reflexión sobre la ética de la investigación al desarrollo de la bioética y del consentimiento informado fue el denominado "Informe Belmont" (1978), elaborado por la *National Comission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences* a petición del Congreso norteamericano (2). El objetivo de ésta comisión era establecer los principios éticos fundamentales que deben de orientar la investigación en seres humanos. Estos principios recogidos en el Informe Belmont han pasado posteriormente a ser -con leves modificaciones- los principios éticos generales de toda la bioética. Hoy en día son cuatro: *no-maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.*(3)

---

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Magister en Bioética. Instituto de Medicina Legal. Facultade de Medicina. Universidade de Santiago de Compostela-Galicia.

DE LA BENEFICIENCIA PATERNALISTA A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE.

3.La teoría ética del consentimiento informado constituye el núcleo de una nueva forma de relación médico-paciente, en la que toma protagonismo la *autonomía* de éste último para decidir qué es lo que debe hacerse con su cuerpo enfermo. Esto supone dar un giro radical a las formas tradicionales de relación médico-paciente.

Este esquema clásico de relación es fuertemente deudor de la ética médica griega, paradigmáticamente representada por el quehacer de los hipocráticos (4). El horizonte de la ética griega no era otro sino el de ajustarse al orden natural. La obligación del médico era hacerle el bien al paciente, y éste consistía en restablecer en el enfermo el orden natural perdido, la salud. El paciente, por su parte, tenía obligación de colaborar con el médico en ello. Todo aquello que pudiera dificultar esta tarea, como la excesiva información, debía de ser, por obligación ético-técnica, sistemáticamente evitado. Sólo eran justificables excepcionalmente cuando la comunicación de una cierta cantidad de información o la solicitud del consentimiento para alguna actividad terapeútica fueran estrictamente imprescindibles para garantizar la eficacia de la medida y la colaboración del paciente. Por otra parte sólo el médico conocía el "arte" (*technê*), y sólo él podía saber lo que había que hacer para restablecer la salud. Era impensable que el enfermo, que es eso, un *in-firmus*, tuviera algo que decir al respecto. Él sólo podía, y debía, obedecer a todo lo que el médico prescribiera. De esta forma se entiende que a este tipo de relación se le haya denominado "paternalista", porque en ella el médico busca el bien del paciente tratándole como si fuera un niño pequeño, incapacitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los médicos han sido invariablemente educados en ésta mentalidad durante siglos, y por lo tanto han seguido actuando conforme a ella hasta bien entrado el siglo XX. De hecho en nuestro país sigue siendo el modelo de comportamiento hegemónico entre los profesionales en ejercicio.

4.Sin embargo lo cierto es que el sustrato filosófico del naturalismo y, por tanto, del paternalismo, entró en crisis en el siglo XV y fue totalmente arrinconado por la Ilustración. El gran hallazgo de este largo y costoso proceso es el del sujeto autónomo descubridor de que ese "orden natural" no es algo preexistente sino un constructo de la racionalidad humana. "Sapere aude" -atrévete a saber- gritará Kant, para a continuación afirmar que la norma moral también debe ser algo que se dé a *sí* mismo el sujeto. Surgirá así, de la mano de la idea de libertad de conciencia y del "principio de tolerancia", la convicción de que el hombre es un sujeto de derechos inalienables y que cada uno es muy dueño y señor de decidir qué va a hacer con su vida y qué escala de valores escoge. En la vida sociopolítica ésta convicción llevará a la progresiva crisis de los absolutismos y hacia la apertura de las teorías contractualistas que -vinculadas a la idea del consentimiento libre de los ciudadanos- redundarán en última instancia en el desarrollob de las formas de vida democráticas.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO PROCESO.

5.Lo asombroso es que, a pesar de lo anterior, el paternalismo haya permanecido incólume en las relaciones sanitarias hasta nuestro siglo. La teoría del consentimiento informado supone precisamente su cuestionamiento más serio. Así la relación médico-paciente tradicional se ve cuestionada por otra más participativa.

El consentimiento informado debe de entenderse por tanto como un *proceso* gradual que se realiza en el seno de la relación sanitario-usuario, en virtud del cual el sujeto capaz recibe del sanitario una información suficiente y comprensible que le capacite para participar voluntaria y activamente en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad (5). Esta participación permite al sujeto aceptar o rechazar determinadas acciones terapéuticas o cuidadoras, en función de los objetivos que él mismo establezca, sin menoscabo de los derechos de los demás.

La teoría del consentimiento informado comprende varios elementos, que pueden verse en la TABLA 1. De todos ellos la idea de *proceso* es quizás la más importante porque señala el sentido general de lo que debe entenderse por consentimiento informado (6). Este no puede entenderse como un *acto* aislado que se reduce a un escueto intercambio de información que culmina con el asentimiento del paciente a que se le realice un determinado procedimiento. El objetivo del

consentimiento informado no es conseguir la *firma* del paciente en un formulario. Más bien de lo que se trata es de un permanente estado de comunicación bidireccional, en el que el sanitario está permanentemente dispuesto a ofrecer información, pautas y recomendaciones sobre lo que a su juicio es más conveniente hacer -principio de *beneficencia*- y a recibir del paciente sus impresiones, expresiones y decisiones sobre lo que él entiende es lo mejor para él -principio de *autonomía*-. Se trata pues de una relación personalizada y personalizante para el paciente, que sólo puede acometerse mediante el diálogo franco con él.

6.Insistir en esto es necesario porque en nuestro pais se ha entrado en una dinámica de elaboración de formularios escritos de consentimiento en los últimos años, impulsada sobre todo por las Administraciones Sanitarias. Dicha dinámica tiene aspectos positivos por cuanto contribuye a sensibilizar al personal sanitario sobre los derechos de los pacientes. Pero tiene también un lado perverso porque tiende a hacer pensar que el consentimiento informado se reduce precisamente al problema de los formularios, cuando no es sino una cuestión accesoria.

Un formulario escrito de consentimiento tiene tres funciones que son, de mayor a menor importancia, servir de apoyo en el proceso de información, servir de registro de ese proceso y, por último, colaborar en la protección legal del sanitario. Para cumplir estas funciones el formulario tiene que ser *específico* para cada procedimiento diagnóstico o terapéutico. Los formularios *generales* en los que el paciente firma aceptar todo tipo de procedimientos son éticamente inaceptables y legalmente inválidos. Además todo formulario debe de constar de dos partes, una dedicada a proporcionar información veraz y comprensible al sujeto y otra dedicada a consignar las declaraciones firmadas de consentimiento.

EL RETO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

7.La teoría del consentimiento informado está siendo con frecuencia mal asumida por los clínicos españoles. Pero el aumento de las demandas judiciales contra médicos por déficit de información o consentimiento es fundamentalmente la expresión del desajuste entre lo que médicos y usuarios entienden respectivamente por relación médico-enfermo éticamente correcta. Sin embargo, quien tiene las de perder en ésta batalla es el colectivo sanitario, porque la sociedad no hace sino reivindicar algo con un respaldo ético y legal más potente que las razones aludidas por los sanitarios, que son fundamentalmente históricas. Ciertamente hay muchos más factores en el origen del malestar que vive el sistema sanitario, pero otras interpretaciones más victimistas del fenómeno de las demandas, como la que insiste obsesivamente en que todo paciente es un potencial enemigo que sólo quiere sacar dinero, no pueden sino parecer una visión desenfocada del asunto.

Si los profesionales sanitarios no alcanzan a entender que lo que está aconteciendo no es sino la *transición del poder sanitario* que lógicamente sucede a toda *transición del poder político*, lo van a pasar mal, y la conflictividad no hará sino aumentar. En última instancia los sanitarios españoles sólo tienen dos salidas, porque la vuelta al rudo paternalismo vigente hasta antes de ayer parece más bien imposible. O bien inician una reflexión sobre el nuevo horizonte ético de las relaciones sanitarias y las transforman para dotarlas de estructuras que vayan permitiendo una mayor participación de aquellos pacientes que así lo demandan, y con ello garantizan una mayor calidad moral, legal y técnica, y una mayor calidez humana; o bien se refugian en una "medicina defensiva" -que no es sino *mala medicina*- aferrándose a los requisitos legales estrictos, sólo porque no les queda más remedio, y cerrándose a las consideraciones éticas. Pero sería muy triste que la opción mayoritaria de los sanitarios españoles fuera ésta última. Y es una obligación ineludible de todas las instancias implicadas -Administración, organizaciones profesionales, Facultades de Medicina, etc- el trabajar a fondo para que ello no suceda.

TABLA 1.Los elementos fundamentales de la teoría del consentimiento informado

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
A. ELEMENTOS BASICOS DE FUNDAMENTACION: 1.PRINCIPIO DE AUTONOMIA: Todo paciente es un sujeto autónomo, un competente comunicativo, capaz de tomar decisiones respecto a aquello que le afecta personalmente, como es precisamente todo lo relativo a su salud y su enfermedad, a su vida y a su muerte. 2.PRINCIPIO DE BENEFICENCIA: Todo sanitario tiene la obligación de procurarle el mayor bien posible a su paciente. Este consiste en ofertarle al paciente toda la información sobre su estado y su pronóstico, en sugerirle las alternativas posibles y en señalarle aquella que, a su juicio, es la mejor para él. *B.ELEMENTOS NORMATIVOS:* 1.PROCESO DIALOGICO. 2.VOLUNTARIEDAD. 3.INFORMACION EN CANTIDAD SUFICIENTE. 4.INFORMACION COMPRENSIBLE. 5.CAPACIDAD. 6.UNA DECISION FINAL *C.EXCEPCIONES:* 1.PROTECCION DE LA SALUD PUBLICA. 2.URGENCIA VITAL INMEDIATA SIN POSIBILIDADES DE ESTABLECER COMUNICACION CON EL PACIENTE. 3.PACIENTE INCAPAZ SIN SUSTITUTO ADECUADO. 4.IMPERATIVO JUDICIAL. 5.RECHAZO DEL PACIENTE A TODO TIPO DE INFORMACION. 6."PRIVILEGIO TERAPEUTICO". *D.HERRAMIENTAS AUXILIARES DE APLICACION PRACTICA:* 1.HERRAMIENTAS QUE AYUDAN A LA TRANSMISION DE LA INFORMACION: -Técnica de la entrevista clínica -Formularios escritos de consentimiento informado. 2.HERRAMIENTAS QUE AYUDAN A LA EVALUACION DE LA CAPACIDAD.

BIBLIOGRAFIA:

(1):Faden RR, Beauchamp TL. A History and Theory of Informed Consent. New York: Oxford Univ. Press, 1986.
(2):*Comisión nacional para la protección de personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta.* The Belmont Report. En: Ensayos Clínicos en España (1982-1988). Monografía técnica nº17. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990. Anexo 1. 75-78.
(3)Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4ªEd.New York: Oxford Univ. Press, 1994.
(4)Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: EUDEMA, 1989.
(5)Simón Lorda P.,Concheiro Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (I y II). Med.Clin.(Barc) 1993; 100:659-663; 101:174-182.
(6)Lidz CW, Appelbaum PS, Meisel A. Two models of implementing informed consent. Arch Inter Med 1988; 148:1385-1389.

novedades bibliograficas

1. LIBROS.

1.ADICCION. Avram Goldstein. 320pp. 3600pts. Ediciones en Neurociencias.

2.ENCYCLOPEDIA OF BIOETHICS. Warren T.Reich (cinco volúmenes). Macmillan Reference. U.S.A. Quinta edición de la Enciclpedia de Bioética, totalmente reescrita.

3.MANUAL DE VALORACION Y BAREMACION DEL DAÑO CORPORAL. Pérez Pineda y García Blazquez. 5ªEd. 1995. Comercializado por DIJUSA (Apdo 128 DF. 28080 Madrid).Precio 5228

4.EL ADN Y LA IDENTIFICACION EN LA INVESTIGACION CRIMINAL Y EN LA PATERNIDAD BIOLOGICA. Lorente Acosta J y M. 1995. Comercializado por DIJUSA. Precio 3365

5.VALORACION MEDICA DEL DAÑO CORPORAL.GUIA PRACTICA DE EXPLORACION. Hernández Cueto. 1996. Tela, 389 pp, 9.150 pts.

6.FORENSIC PHARMACOLOGY: MEDICINES MARYHEM. Ferner. 1995, Tela, 288 pp, 7.345 pts.

7.TOXICOMANIAS Y ALCOHOLISMO: PROBLEMAS MEDICOS Y PSIQUIATRICOS. Valbuena. 2ªEd., 260 pp, rústica, 3.700 pts.

8.ALCOHOLDEPENDENCIA. PERSONALIDAD DEL ALCOHOLICO. Alonso-Fernandez. 3ªEd.,264 pp, rústica, 3.900 pts.

9.ALCOHOL AND AGING. Beresford. 1995. Tela, 320 pp, 9.401 pts.

10.ALCOHOL AND PUBLIC POLICY. Holder. 1995, Tela, 300 pp, 11.900 pts.

11.CLINICAL NANDBOOK OF PSYCHOTROPIC DRUGS. Bezchlibnyk. Butler. 1994. 4ªEd., spiral, 132 pp, 4.425 pts.

12.TEXTBOOK OF TOXICOLOGY. Vries. 1995. Tela, En prensa.

13.NEUROBIOLOGY OF COCAINE. Hammer. 1995. Tela. 304 pp, 18.326 pts.

14.NEUROTOXICOLOGY: APPROACHES AND METHODS. Chang. 1995. Tela. 706 pp, 27.370 pts.

15.LEGAL MEDICINE: LEGAL DYNAMICS OF MEDICAL ENCOUNTERS. 1995. 3ªEd., Tela, 736 pp, 22.848.

16.ANOREXIA NERVIOSA: MANIFESTACIONES PSICOPATOLOGICAS FUNDAMENTALES. Cervera. 1995. Rústica. 132 pp, 2.500 pts.

17.ESTADOS OBSESIVOS. Vallejo Ruiloba. 1995. 2ªEd., Tela, 491 pp, 6.300 pts.

18.RETRASO MENTAL Y ENFERMEDAD PSIQUIATRICA. EVALUACION. TRATAMIENTO. Salvador. 1995. Tela, 198 pp, 4.040 pts.

19.MANUAL DE PROTECCION INFANTIL. J.de Paul Ochotorena. 1996. Rústica. 516 pp. 7.200 pts.

20.SEMIOLOGIA PSIQUIATRICA..Bernard Trouvé. Rústica, 264 pp, 4.450 pts.

21.MANUAL DE PSICOLOGIA PATOLOGICA. Bergeret. 2ªEd, Rústica, 288 pp, 3.500 pts.

22.GUIA TEORICO-PRACTICA DE LOS TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA. Chinchilla. 1995. Rústica, 176 pp, 2.650 pts.

23.DAÑO CEREBRAL TRAUMATICO: NEUROPSICOLOGIA Y CALIDAD DE VIDA. Fundación Mapfre Medicina. 1995. Editorial Mapfre Tefno: 91-581.10.91.

24.DERECHO Y SIDA. J.Sancho Caro y J.R.Gimenez Cabezón. 1996. Fundación Mapfre Medicina. Colección Derecho Sanitario.

2.REVISTAS:

-Nuevo número de Cuadernos de Medicina Forense:

El número 3 de la revista CUADERNOS DE MEDICINA FORENSE, editada por la Asociación Andaluza de Médicos Forenses puede decirse ya que se ha consolidado como una publicación de máximo interés en el ámbito de las Ciencias Forenses en nuestro país: no sólo ha mejorado sustancialmente en cuanto a cuestiones de forma, el contenido de la revista es cada vez más interesante e ineludible. De este modo el número 3, editado en enero de 1996, tiene el siguiente

sumario:

1.Editorial.

2.Notas de opinión.

3.Boletín Oficial del Estado: última legislación.

4.La tecnología del ADN en Medicina Forense: importancia del indicio y del lugar de los hechos. M.Lorente Acosta. J.A. Lorente Acosta. E. Villanueva Cañadas.

5.Valoración médico legal dela actuación médica en las lesiones. R. García-Ferrer Porras. J. Sáez Rodriguez. P.Perez Jorge. J. García García.

6.El agresor sexual. M.Molina Arias de Saavedra.

7.El daño corporal en la nueva Ley del Seguro Privado. M. García Blazquez.

8.Prueba pericial. J.E.Vázquez López.

9.El suicidio en el Partido Judicial de Sevilla en el quinquenio 1990-1994. C. Romero Cervilla. E. Balanza Alonso de Medina. F. Alarcón Jimenez. J.L. Brell Gonzalez.

10.Comentario de libros.

Recordamos a nuestros lectores que los que deseen suscribirse a ésta revista deben dirigirse a ASOCIACION ANDALUZA DE MEDICOS FORENSES. Avda de la Borbolla 47, 41013- SEVILLA.

-Aparece una nueva revista en el ámbito de la medicina forense en España: El BOLETIN DE LA ASOCIACION DE MEDICOS FORENSES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA:

Tenemos que felicitar a los compañeros de la Asociación de Médicos Forenses de la Comunidad Valenciana por la iniciativa de editar ésta nueva publicación. Se trata, al parecer, de un primer número que ha salido en enero de éste año y que con una original presentación en tamaño A5, canaliza las inquietudes y trabajos de los médicos forenses de aquella Comunidad Autónoma. Vaya por delante nuestro total apoyo y nuestro reconocimiento público a los encargados de la edición deseandoles que la revista viva muchos años.

Por conversaciones con algun responsable de la revista sabemos que éste primer número presenta un caracter preliminar, a la espera de conocer las reacciones de los colegas y la colaboración que obtengan.

En éste número 1 se presenta el siguiente sumario:

EDITORIAL: A cargo de la Dra.Elvira Garrido-Lestache.

TRABAJOS ORIGINALES: Cuyos títulos son:

-Valoración Médico Forense de la lesión del nervio torácico largo.

-Valoración Médico Forense de un caso de tratamiento de obesidad.

-Etiopatogenia de las lesiones de rodilla.

EL RINCON BIBLIOGRAFICO: Interesante sección que pretende, entre otras cosas, disponer de un fondo bibliográfico que reúna las publicaciones médico-forenses a las que no se pueda acceder a las librerías (resúmenes de ponencias, congresos, simposios,etc..). Tienen proyectado elaborar un índice completo de todos los artículos publicados en Forensic Science desde 1972 a 1990, y otras cuestiones de elevado interés médico forense

3.ARTICULOS:

1.INTOXICACIONES CON PRODUCTOS DE USO DOMESTICO: El Volumen 19-Número 5

de 1995, de la publicación INFORMACION TERAPEUTICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, incluye un artículo de Torrecilla Jimenez J.M., Cabrera Forneiro J., Martinez Arrieta R. y Sancho Ruiz M. titulado así y cuyo objetivo es proporcionar las bases de tratamiento de las intoxicaciones por productos de uso doméstico que se producen con mayor frecuencia en nuestro medio.

4.MISCELANEA:

LIBRERIA COMPLUTENSE: Colecciones, tomos sueltos, volúmenes curiosos, tesis doctorales, las publicaciones oficiales que editan los Ministerios, Diputaciones,Comunidades Autónomas, Colegios Profesionales, archivos, escuelas, institutos, museos, Ayuntamientos, etc..., se pueden encontrar en los anaqueles de la LIBRERIA COMPLUTENSE (calle Donoso Cortés,65. 28015 Madrid. Teléfono: 91-543.75.58).

Libro de Ponencias del Curso de PSIQUIATRIA FORENSE

LA ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES DESDE EL MES DE OCTUBRE DE 1995 AL MES DE FEBRERO DE 1996 HA DESARROLLADO UN CURSO DE PSIQUIATRIA FORENSE, DE CUYAS PONENCIAS EDITARA PROXIMAMENTE UN LIBRO CON UNA TIRADA MUY LIMITADA.

SE EDITARA EN CARTONÉ E IMPRESION DORADA, INCLUYENDO TODOS LOS ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA PSIQUIATRIA FORENSE ACTUALES CON LAS REFERENCIAS PRECISAS AL DSM-IV Y AL NUEVO CODIGO PENAL
CALCULAMOS QUE COSTARA MENOS DE 4000 PTS.

SI ESTAS INTERESADO EN OBTENER UN EJEMPLAR PUEDES HACER TU RESERVA A TRAVES DEL BOLETIN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE A LA SIGUIENTE DIRECCION:

ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES
BOLETIN GALEGO DE MED.LEGAL E FORENSE
APARTADO 129
32600 VERIN. OURENSE.

CARACTERISTICAS Y CONTENIDO DEL BOLETIN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE

Caracteristicas 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 : Dn Julio Jimenez Feliz, Dn. Arsenio Díaz Rodriguez Médico Forense de Monforte y Chantada, 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 está 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. Se admiten textos en formato compatible con WORDPERFECT 5.2 y 6.0.

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