boletin galego de

medicina legal e forense

ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES

Número 21 Enero 2015

SUMARIO

1. EDITORIAL.

2. PROPUESTA DE UN MODELO DE AUTOPSIA PSICOLÓGICA PARA CASOS DE SUICIDIO. López-Fernández-Delgado D.

3. LA VALORACIÓN DEL PERJUICIO ESTÉTICO POR CICATRICES ENTRE DIFERENTES COLECTIVOS. Rodes Lloret F, Sánchez Navas LD, Pastor Bravo M, Cañete De Silva Z, Dorado Fernández E.

4. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS NEGLIGENCIAS MEDICAS A TRAVES DEL INFORME MEDICO FORENSE EN GUIPÚZCOA ENTRE 2009 Y 2013. Verano Zapatel V.

5. SUICIDIO COMPLEJO A PROPÓSITO DE UN CASO. Gomez Marquez J.L., Perez Gómez B., Martín Marcos C.

6. PROBLEMÁTICA MÉDICO LEGAL DEL SHOCK ANAFILÁCTICO. Costas Costas E.J., Fernández Liste A.

7. DEGÜELLO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE SUICIDIO Y HOMICIDIO. EXPOSICIÓN DE UN CASO PRÁCTICO. Romero Tirado MA, Del Río Tajes I.

El BOLETÍN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE es una publicación de la ASOCIACIÓN GALEGA DE MÉDICOS FORENSES constituida en 1993 y cuya Junta Directiva actual está formada por Dn Alberto Fernández Liste como Presidente, Dña Belén Campos Casal como Vicepresidenta, Dña Iria del Río Tajes como Secretaria, Eduardo José Costas Costas Tesorero y como Vocales Dña. Rosario Montes Somoza, Dña. Ana Losada Gil y Dña Begoña Rubio Viqueira. La A.G.M.F. se halla registrada en el Registro Nacional de Asociaciones con el número 118.666 y registrada en el Registro Autonómico de Asociaciones Profesionales. La A.G.M.F. tiene su sede actual en la Subdirección de Santiago del Instituto de Medicina Legal de Galicia. Rúa Viena s/n, Edificio Xulgados 4ª planta, Santiago de Compostela.
DEPOSITO LEGAL OR-86/1995.
ISSN 1136-078X.
IMPRIME: Imprenta Dixital (Verín-Ourense).
Título Clave: Boletín Galego de Medicina Legal e Forense.
Título abreviado: Bol. Galego med. leg. forense.

El presente número del BOLETÍN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE es el número 21 y contiene información anterior al 30 de noviembre de 2014.

Las comunicaciones con el BOLETÍN se dirigirán a la atención del Director desde la página web de la Asociación Galega de Médicos Forense.
EL BOLETÍN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE SE PUEDE DESCARGAR GRATUITAMENTE EN LA PÁGINA WEB DE LA ASOCIACIÓN:
www.agmf.es

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES: Se descargará en la página web de la A.G.M.F.

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE PRESIDENCIA, ADMINISTRACIÓNS PÚBLICAS E XUSTIZA

boletin galego de
medicina legal e forense

ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES

DIRECTOR

Dn Fernando Serrulla Rech

COMITÉ EDITORIAL

Dn. Enrique Dorado Fernández

Dn. José Luis Gómez Márquez

Dña. Rosario Montes Somoza

Dn. José Luis Cascallana Álvarez

Dña. Iria del Río Tajes

COMITÉ CIENTÍFICO

Excmo.Sr.Dn Fernando Alañón Olmedo (Presidente de la Audiencia Provincial Ourense)
Dr.Dn Angel Carracedo Alvarez (Universidad Santiago de Compostela)
Dr.Dn Juan Bautista Martí Lloret (Universidad Miguel Hernández)
Dr.Dn.Francisco Etxeberría Gabilondo (Universidad del Pais Vasco)
Dr.DnJosé Antonio Sánchez Sánchez (Universidad Complutense de Madrid)
Dr.Dn Antonio Piga Rivero (Universidad de Alcalá de Henares)
Dr.Dn.José Luis Prieto Carrero (Médico Forense)
Dra.Dña.Beatriz Aguilera Tapia (Instituto Nacional de Toxicología y CCFF)
Dr.Dn.Benito A.López de Abajo Rodriguez (Médico Forense)
Dra.Dña.MªPaz Suarez Mier (Instituto Nacional de Toxicología y CCFF)
Dra.Dña.MªSoledad Sánchez de León (Instituto Nacional de Toxicología y CCFF)
Dr.Dn. Jerónimo Forteza Vila (Universidad Santiago de Compostela)

índice

1. *EDITORIAL. 7*

2. *PROPUESTA DE UN MODELO DE AUTOPSIA PSICOLÓGICA PARA CASOS DE SUICIDIO. López-Fernández-Delgado D. 9*

3. *LA VALORACIÓN DEL PERJUICIO ESTÉTICO POR CICATRICES ENTRE DIFERENTES COLECTIVOS. Rodes Lloret F, Sánchez Navas LD, Pastor Bravo M, Cañete De Silva Z, Dorado Fernández E. 21*

4. *ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS NEGLIGENCIAS MEDICAS A TRAVES DEL INFORME MEDICO FORENSE EN GUIPÚZCOA ENTRE 2009 Y 2013. Verano Zapatel V. 37*

5. *SUICIDIO COMPLEJO A PROPÓSITO DE UN CASO. Gomez Marquez J.L., Perez Gómez B., Martín Marcos C. 47*

6. *PROBLEMÁTICA MÉDICO LEGAL DEL SHOCK ANAFILÁCTICO. Costas Costas E.J., Fernández Liste A. 55*

7. *DEGÜELLO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE SUICIDIO Y HOMICIDIO. EXPOSICIÓN DE UN CASO PRÁCTICO. Romero Tirado MA, Del Río Tajes I. 65*

Intentando mejorar.

Para este año 2015 nos hemos propuesto mejorar esta revista que lleva viva ya casi 20 años. Aunque llevamos desde el principio intentando mejorarla, este año queremos dar un salto cualitativo: entrar en las bases de datos y repositorios internacionales. Para ello hemos empezado a tramitar la incorporación del *Boletín* en una plataforma *Open Access* de revistas médicas iberoamericanas dependiente del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), que no va a costar dinero a la asociación, pero que nos obligará a mejorar sustancialmente la pagina web. En los últimos años hemos empezado a ser más estrictos con los manuscritos remitidos y a partir de este año 2015 lo seremos más. Pretendemos ser una revista *on line* cuyos trabajos puedan ser difundidos por el extenso mundo iberoamericano así como algunos países de habla inglesa. No nos podemos comparar con otras muchas revistas *on line* porque entre otras cosas no somos profesionales de la edición de revistas y nuestro presupuesto nada tiene que ver con el que manejan otros. Editar una revista como esta exige dedicación y la dedicación es tiempo. Estamos en una época en la que no sobra ni el tiempo ni el dinero, por lo que cada vez es más difícil sacar adelante proyectos de este tipo. No obstante no nos planteamos publicar más de un número al año así que tenemos confianza que podremos seguir mejorando.

Queremos también apoyar desde estas líneas el trabajo de la Junta Directiva que el año 2014 ha sido renovada casi automáticamente...Conviene que reflexionemos todos a cerca del para qué estamos en esta asociación. Conviene también que vayamos planteándonos que el buen trabajo que viene haciendo la actual Junta Directiva se va a acabar en 2018 y que será necesario que entren otros a tener responsabilidades. Es bastante fácil acostumbrarse a que otros trabajen por tí, sin embargo hay que ser consciente del trabajo que se está haciendo para conseguir las Guardias de 24 horas o la concesión anual de un apoyo económico por parte de la Dirección Xeral de Xustiza. Hay que ser consciente que detrás de todos los resúmenes que nos mandan por correo electrónico hay tiempo, trabajo, reflexión y esfuerzo, que se hace de forma totalmente altruista. Ya se lo he dicho personalmente al Presidente, pero son la mejor Junta Directiva que hemos tenido nunca. Gracias por vuestro tiempo.

Por ultimo no quiero cerrar esta editorial sin una breve mención a la Jornada Científica de la asociación. Tras el éxito de la de Vigo en 2014, vuelve Ourense a tomar el relevo con un planteamiento novedoso, arriesgado y que creemos servirá para que todos mejoremos. Está convocada para el día 16 de octubre de 2015 en Ourense. Una jornada que tiene como protagonista a la investigación, otro salto cualitativo que debemos dar

como Médicos Forenses y también como asociados. Una jornada que se abre a la Universidad, al Instituto de Medicina Legal de Portugal y también a los Institutos de Medicina Legal de Castilla. Confiamos que el tema de *Medicina Forense del Anciano* atraiga a investigadores de todos los ámbitos y que podamos editar un texto de referencia en este ámbito tan complejo y diverso de la Medicina Legal y Forense.

Fernando Serrulla Rech.

PROPUESTA DE UN MODELO DE AUTOPSIA PSICOLÓGICA PARA CASOS DE SUICIDIO.

PROPOSAL OF A MODEL OF PSYCHOLOGICAL AUTOPSY IN SUICIDE CASES.

LÓPEZ FERNÁNDEZ DELGADO D[1].

RESUMEN.
Durante los últimos años se ha producido un incremento en la tasa de suicidio, por ello y para la prevención del mismo, se han realizado numerosos estudios basados en la autopsia psicológica. Se trata de un método que implica la exploración retrospectiva e indirecta de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida, recogiendo para ello toda la información disponible sobre el sujeto con entrevistas estructuradas a los miembros de la familia, los parientes o los amigos, al igual que la información que se pueda obtener de las historias médicas y psiquiátricas disponibles, el examen forense y otros documentos. Por tanto, es una reconstrucción socio psicopatológica postmortem. En el presente trabajo, se analizan los modelos existentes de entrevistas y se elabora un cuestionario fundamentado en las características de la población española para su posible utilidad en la autopsia psicológica en casos de suicidio. Para ello, se realiza una revisión de la bibliografía existente referente a este tema y se analizan los métodos y modelos empleados actualmente.

PALABRAS CLAVES: autopsia psicológica, suicidio, modelo, MAPI, personalidad, occiso.

ABSTRACT.
Over the last few years there has been an increase in the number of suicides. Therefore, and with an aim to preventing suicides, a number of studies based on psychological autopsies have been carried out. It is a method which implies retrospective and indirect exploration of the deceased person's personality and life, gathering all the available information on the subject by means of structured interviews with family members, relations and friends, as well as information which can be obtained from available medical and psychiatric reports, the forensic examination and other documents. It is, as such, a postmortem socio psychopathological reconstruction. In this study, the existing interview models are analysed and a questionnaire based on characteristic of the Spanish population is elaborated for is possible use in psychological autopsies in suicide cases. A full revision of the existing sources on the subject has been carried out and the methods and models currently being used have been analysed.

KEYWORDS: psychological autopsy, suicide, model, MAPI, personality, deceased.

CONTACTO: Delia López Fernández Delgado. Universidad de Murcia, Campus de Espinardo, 30100, Murcia. delialfd@hotmail.com

1. INTRODUCCIÓN.

A) EL SUICIDIO.

Se considera el suicidio como "el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar" (Shneidman, 1973 citado por García Pérez, 1998c), "abarca una infinidad de estados motivacionales conscientes e inconscientes" (Shneidman, 1970 citado por García Pérez, 1998c).

La OMS (citado por Valle Cordero, 2011) estima que el suicidio es causante de más mortalidad que todos los conflictos bélicos del planeta. Durante los últimos 50 años, las tasas mundiales de suicidio han aumentado un 60 %, y el incremento ha sido particularmente notable en los países en desarrollo. Para el año 2020, las estimaciones de esta organización prevén que el número mundial de suicidios consumados alcanzará el millón y medio.

España presenta una de las tasas de suicidio más bajas, pero ha sufrido junto con Irlanda uno de los incrementos más altos de Europa y del mundo. Desde el año 2008, el suicidio ha pasado a ser la primera causa de muerte violenta en España, superando a los accidentes de tráfico, los actos delictivos y los de terrorismo.

Por todo ello y debido a la gravedad de la situación, el Parlamento del Consejo de Europa ha pedido ayuda a las instituciones gubernamentales para que sea prioridad política abordar el alarmante aumento de suicidios, sobre todo en muertes de jóvenes y adolescentes. Asimismo, se determina que es de gran importancia y urgencia la elaboración de algún método para la prevención de este acto (Valle

1 Diplomada en Enfermería. Máster en Ciencias Forenses.

Cordero, 2011).

Pese a la existencia de diversas medidas preventivas, muy pocas han mostrado su efecto considerable para reducir el comportamiento suicida o han producido resultados sostenibles a largo plazo (Godney, 2000 citado por Valle Cordero, 2011). Debido a ello, es necesario para configurar una idea real y orientativa de la fenomenología del suicidio y así poder incidir en la prevención, estudiar las motivaciones conscientes e inconscientes, las variables sociales, ambientales y de cualquier índole que participen en la consumación del acto autoagresivo con resultado de muerte. Penetrar en esa compleja dinámica intrapsíquica del suicida no es realmente fácil, sin embargo, existe un método para lograrlo: la autopsia psicológica.

B) LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA:

Este término se define como "la exploración retrospectiva e indirecta de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida, obteniendo información del occiso a través de terceras personas que en vida lo conocieron íntimamente" (García Pérez, 1998c). Según esta autora, la autopsia psicológica es una guía para llevar a cabo todo un proceso extenso de investigación en torno a la muerte de una persona, retrospectivo ya que toma en cuenta el pasado de la víctima (cómo era, su comportamiento y estado mental tras una reconstrucción socio - psico - patológica postmortem), e indirecto porque no trata con la persona, sino con terceras personas vinculadas al occiso.

Desde sus inicios y hasta la actualidad, la utilidad principal de la autopsia psicológica es la reconstrucción de la vida de la persona fallecida en circunstancias dudosas para esclarecer las posibles causas de su muerte. Sin embargo, en muchos casos la importancia no recae sobre el esclarecimiento de la forma de la muerte sino más bien en el móvil, es decir, el motivo por el cual se ha producido este hecho (Burgos Mata, 2006).

De igual manera, esta técnica fomenta la prevención del suicidio ya que permite establecer poblaciones de alto riesgo y factores asociados, evitando y tratando este fenómeno (García Pérez, 1998a).

No obstante, cabe destacar que la autopsia psicológica es solamente un instrumento que añadir a la investigación, no es la solución de la misma; por esta razón, siempre debe plantearse en términos probabilísticos, ya que nadie conoce la verdad absoluta y mucho menos de una persona que ya está fallecida, por lo que su resultado deberá sumarse al resto de los elementos criminalísticos y médico legales para tomar una decisión final (Burgos Mata, 2006).

Este método incluye entrevistas con los familiares y demás personas cercanas para descubrir las circunstancias físicas, psicológicas y sociales de los fallecidos, una revisión de todos los informes disponibles y la integración de toda la información de las diferentes fuentes para una posterior discusión del caso entre los profesionales de la salud y los expertos en estudios post mortem. Uno de los principales problemas de la autopsia psicológica es la ausencia de un modelo de entrevista estandarizado. Pocos instrumentos se encuentran en la literatura para llevar a cabo una autopsia psicológica. La mayoría de los que se encuentran son guías generales, por lo que la calidad del trabajo depende más de las habilidades, la experiencia y la sensibilidad del entrevistador que los aspectos metodológicos del instrumento utilizado.

Este es un serio problema que afecta notablemente en los índices de validez del procedimiento; ya que no existe un modelo estructurado y sistematizado que disminuya el margen de sesgo (Annon, 1995 y Young, 1992 citado por Rodríguez, 2010).

Se ha observado que el número de autores que han escrito sobre el PAP (Protocolo de Autopsia Psicológica) es proporcional al número de modelos propuestos para realizar una investigación. En algunos casos se da prioridad a unos aspectos y en otros son omitidos (Rodríguez, 2010).

Hoy en día, uno de los países de habla hispana con mayor trayectoria en el tema de autopsia psicológica es Cuba. A partir de

múltiples revisiones de los modelos, escalas, guías y formularios encontrados en la literatura revisada han creado su propio modelo, al que inicialmente denominaron MAP (Modelo de Autopsia Psicológica); a medida que incorporaron otros ítems durante la validación de dicho modelo en víctimas de suicidio, homicidio y accidente, lo perfeccionaron hasta llegar al que actualmente utilizan, el MAPI (Modelo de Autopsia Psicológica Integrado) (García Pérez, 1998c).

El MAPI, a diferencia de todos los modelos revisados (los cuales eran abiertos o semiestructurados), está completamente estructurado y sistematizado, de tal forma que se disminuye al mínimo el margen de sesgo, debido a que todos los peritos o auxiliares de la justicia que aplican dicho protocolo deben realizarlo de la misma manera, guiándose por un instructivo adjunto con posibilidad de respuesta cerrada, precisamente para evitar la inclusión de elementos subjetivos en la valoración de cada caso y además, para hacerlo verificable por terceras personas y así garantizar su valor como prueba pericial (García Pérez, 1999 citado por Rodríguez, 2010).

La metodología científica utilizada para validación del MAPI, fue desarrollada por el Ministerio de Salud Pública y el Instituto de Medicina Legal de Cuba a través de tres investigaciones realizadas durante el período de 1990 a 1996 en víctimas de suicidio, homicidio y accidente, las cuales demostraron que, recurrir a terceras personas para obtener información del fallecido resulta confiable, que el método es viable y el instrumento MAPI es aplicable y generalizable. (García Pérez, 1999 citado por Rodríguez, 2010).

Este método consta de:

- Aspectos generales: sexo, raza, estado conyugal, ocupación, creencias religiosas, antecedentes patológicos familiares y personales y hábitos tóxicos.

- Examen psiquiátrico retrospectivo hasta un mes antes de su muerte:

    - Esfera de integración, cognoscitiva, de relación, afectiva y de la conducta (alimentación, sexo, sueño, lenguaje, actividad, hábitos higiénicos y síndromes).

- Diagnóstico nosológico.

- Áreas de conflicto: socioeconómica, de ámbito laboral, judicial y de vivienda.

- Aspectos psicológicos del occiso: comportamiento, intereses y tratamiento recibido.

- Señales emitidas hasta 2 años antes de la muerte.

- Cuestiones sobre el lugar de los hechos.

- Cuestiones si se sospecha de homicidio.

- Cuestiones sobre la forma o etiología de la muerte: por armas, consumo de sustancias, etc.

- Observaciones del explorador.

La aplicación del MAPI, actualmente, se extiende fuera de Cuba. Desde finales de 1994 se emplea con éxito en la solución de casos civiles y penales por parte de la Dirección de Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Querétaro, en los Estados Unidos Mexicanos y desde 1997 se utiliza por los servicios médicos-legales de Chile para el estudio de suicidios. La dirección de Medicina Forense de Honduras introdujo la técnica en 1998 para casos civiles y penales, en especial para la solución de muertes dudosa, equívoca o por investigar, con la peculiaridad de la incorporación de licenciados en Trabajo Social en calidad de peritos. A partir de 1999 este método fue incluido dentro de las técnicas disponibles para la investigación de homicidios en Costa Rica, por parte del ministerio Público (Rodríguez, 2010).

Finalmente, tras esta recopilación de los modelos existentes, podemos decir que el MAPI es el modelo más completo utilizado actualmente, por lo que puede servir de referencia para futuros cuestionarios de autopsia psicológica. Estos cuestionarios tendrán que ser

adaptados a las características de la población que se quiera estudiar.

La autopsia psicológica en España.

La autopsia psicológica es una técnica de investigación que como se ha indicado anteriormente, se utiliza en otros países de una forma habitual, en cambio en nuestro país su uso es nulo, al menos como técnica o método reglado. Esto se debe a la falta de especialización a nivel teórico y metodológico del psicólogo en esta área, la falta de instrumentos validados en el contexto español que permitan esclarecer de manera confiable los casos de muerte dudosa, y la escasa existencia de escritos en nuestro país que definan y expliquen dicho procedimiento. En esta técnica, el estudio de las muertes equívocas exige un alto nivel científico, por tal motivo, tenerla a nuestra disposición posibilita un avance importante en el aumento de la calidad científico-técnica y la profesionalidad de la investigación criminal.

Dado que no se ha realizado ningún cuestionario de autopsia psicológica en España y debido al gran interés que suscita el suicidio en nuestra población, se propone la realización de este trabajo, ya que abarca un tema de gran sensibilidad que ocupa un importante gasto económico a la salud pública y genera una preocupación social máxima por el hecho de ser una muerte violenta y por el efecto traumático que deja en las familias y en la sociedad.

2. OBJETIVOS.

Para la realización de este trabajo, se han planteado los siguientes objetivos:

Objetivo general:
- Analizar los modelos de autopsia psicológica, para valorar su utilidad en la población española.

Objetivo específico:
- Obtener el cuestionario o técnica más adecuada para su aplicación en dicha población.

3.MATERIAL.

En la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica, para poder proporcionar una base sólida y veraz sobre la que partir.

Se han consultado diferentes fuentes, tanto gráficas como bases de datos relacionadas con las ciencias médicas y de la conducta, que han sido clasificadas de la siguiente manera: bases de datos consultadas, revistas, tesis, libros y páginas webs.

La búsqueda se ha llevado a cabo a partir de las siguientes palabras claves: Autopsia psicológica. Suicidio. Psychological autopsy. Suicide.

Este proceso se ha realizado mediante medios informáticos y en las instalaciones de las bibliotecas del Instituto de Medicina Legal y del Hospital Reina Sofía de Murcia.

Antes de realizar dicha búsqueda se establecen unos criterios de inclusión y exclusión, para así encontrar artículos de las mismas características.

4.MÉTODO.

Tras el estudio de aquellas publicaciones de interés, el procedimiento llevado a cabo para la creación de un nuevo cuestionario consiste en:

- Recopilación de los ítems más significativos (aquellos que indican que existe una relación entre el factor y el suceso, es decir, que su alto porcentaje los relaciona) de los diversos modelos usados en la actualidad, principalmente el MAPI, no solo por su alta aplicabilidad en diversos países, sino porque contiene preguntas estructuradas y cerradas que hacen que el margen de sesgo se vea disminuido.

- Proposición de nuevos ítems basados en las necesidades de la población general y específicamente de la española.

- Formación del cuestionario mediante la unión

de los ítems indicados anteriormente (ítems significativos en otros estudios y los propuestos por este trabajo).

El cuestionario que se pretende crear constará básicamente de preguntas cerradas, ya que evita la subjetividad y hace que los datos se puedan interpretar de forma correcta por los diferentes investigadores que participen en el proceso.

5.ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Este nuevo cuestionario está constituido por 63 ítems, divididos en 5 módulos: datos personales, áreas de conflicto, caracterización psicológica, señales emitidas 6 meses antes y observaciones del investigador. Este modelo abarca todas las áreas del sujeto, lo que garantiza su exploración completa.

A continuación se procede a la propuesta del cuestionario adaptado a la población española:

Identificación del fallecido: Fecha de la muerte:
Identificación de la persona entrevistada: Parentesco:
Identificación del entrevistador: Fecha de la entrevista:

1.**DATOS PERSONALES**

1. **Edad:**
2. **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer
3. **Extranjero:** ☐Si ☐ No
4. **Estado conyugal:**

☐Soltero ☐ Casado ☐Unión consensual ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado

5. **Ocupación:**

☐ Trabajador ☐Desempleado ☐Estudiante ☐ Jubilado ☐Ama de casa

6. **Nivel educativo**

☐Sin instrucción ☐ Primaria inacabada ☐Primaria ☐Secundaria inacabada

☐Secundaria ☐Enseñanza Media Superior ☐Universitaria

7. **Creencias religiosas**

☐Católico practicante ☐Católico no practicante ☐Ateo o no religioso

☐ Protestantes ☐ Musulmanes ☐ Budistas ☐Otras… Especifique

2. AREAS DE CONFLICTO

2.1 FAMILIAR Y DE PAREJA

8. Antecedentes patológicos familiares e historia socio-familiar:

	Trast. Psiq.	Int.Suic.	Suicidio	Homicidio	Acc.Mortal	A. Penales
Madre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Padre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hermanos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hijos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Otros	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Pérdida reciente (menos de 1 año)

☐ Madre ☐Padre ☐Hermanos(1)(2)(3) ☐Hijos(1)(2)(3) ☐ Cónyuge o pareja

☐ Otros familiares (especifique)…… ☐Otros (especifique)…….

10. Tenía problemas con algún miembro de la familia o de violencia:
Si☐ ☐No

Con quien: **Motivo:**

11. Ruptura reciente con la pareja: ☐Si ☐No **Motivo:**

12. Problemas con la pareja: ☐Si ☐No **Motivo:**

2.2 VIVIENDA

13. Área donde se encuentra la vivienda:

☐ Urbana ☐ Suburbana ☐ Rural

14. Estado de la vivienda

☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo

15. Con quién vivía

☐ Solo ☐ Con sus padres ☐Cónyuge e hijos ☐Con cónyuge o pareja

☐Compañeros de piso ☐Con hijo/s menores de 12 años ☐Cónyuge, hijos y padres

☐Con hijo/s mayores de 12 años ☐Con discapacitados o ancianos

☐Otros (especifique)……

2.3 ECONOMICO

16. Nivel adquisitivo:

☐ Alto ☐ Medio ☐Bajo

17. ¿Tenía deudas? ☐Si ☐ No

Con quién:

☐Banco ☐ Amigos ☐ Familiares (Especifique)… ☐Otros (especifique)….

Motivo:

2.4 SALUD

18. Tenía alguna enfermedad mental: ☐Si ☐No **Cual:**

Seguía un tratamiento: ☐Si ☐ No **Cual:**

19. Tenía alguna otra enfermedad: ☐ Si ☐No **Cual:**

Seguía un tratamiento: ☐Si ☐ No **Cual:**

20. Fue informado de una enfermedad grave recientemente: ☐ Si ☐ No

Cual:

21. Intentos previos de suicidio: ☐ Si ☐ No **Cuantos:**

☐ **Motivo:**

22. Hábitos tóxicos:

☐ Alcohol ☐ Drogas legales ☐ Drogas ilegales ☐ Otros (Especifique…)

Frecuencia de consumo: **Cantidad:**

Tenía dependencia: ☐ Si ☐ No **Cual:**

23. Hospitalizaciones recientes: ☐ Si ☐ No **Motivo:**

24. En los últimos 6 meses, ¿tuvo intervenciones quirúrgicas múltiples?

☐ Si ☐ No **Motivo** :

2.5 LABORAL

25. ¿Ha perdido el trabajo? ☐ Si ☐ No **Motivo:**

26. ¿Ha tenido trabajo estable? ☐ Si ☐ No

27. ¿Le gustaba su trabajo? ☐ Si ☐ No **Motivo:**

28. ¿Ha sufrido algún tipo de acoso (laboral o escolar)? ☐ Si ☐ No

¿Dónde? **¿Cuánto tiempo?**

¿Se solucionó? ☐ Si ☐ No ☐ Huyó

2.6 JUDICIAL O POLICIAL

29. Conflictos judiciales:

☐ Detenido ☐ En espera de juicio ☐ Acusado ☐ Víctima

☐ Testigo ☐ Recluso

30. Antecedentes penales

☐ Lesiones ☐ Amenaza ☐ Riñas ☐ Hurto ☐ Daño a la propiedad

☐ Escándalo público ☐ Intento de abuso sexual ☐ Abuso sexual

☐ Tráfico de drogas ☐ Tenencia de drogas ☐ Delitos contra la economía

☐ Tenencia ilegal de armas ☐ Homicidio ☐ Intento de asesinato
☐ Asesinato

☐ Otros (especifique)……

31. Estancia en prisión ☐ Si ☐ No

☐ Menos de un año ☐ De 1 a 5 años ☐ De 6 a 10 años ☐ Más de 10 años

3. CARACTERIZACIÓN PSICOLÓGICA

32. ¿Tenía algún estudio previo de personalidad? ☐ Si ☐ No

Quien lo realizó (clínica/profesional): **Motivo:**

33. ¿Iba al psicólogo o al psiquiatra? ☐ Si ☐ No **Cual:**

Motivo:

34. ¿Se le cambió recientemente el tratamiento? ☐ Si ☐ No

Por cual:

35. Patrón de conducta:

- Rutinas:

¿Tenía?: ☐ Si ☐ No **¿Cuáles eran?**

36. Intereses

- En su tiempo libre se dedicaba a:

☐ Coleccionista ☐ Deporte ☐ Cine ☐ Literatura ☐ Fiesta ☐ Viajes

☐ Música ☐ Juegos de rol o videojuegos ☐ Internet (redes sociales)

☐ Pertenece a ONG o similar ☐ Otros (especifique)…

-Cuáles eran los aspectos de mayor importancia para el occiso:

☐ Laborales ☐ Familiares ☐ Morales ☐ Culturales ☐ Bienes materiales

☐ Religiosos ☐ Intelectuales ☐ Políticos ☐ Deportivos ☐ Recreativos

☐ Otros (Especifique)…

4. SEÑALES EMITIDAS HASTA 6 MESES ANTES

37. Verbalizaciones suicidas ☐ Si ☐ No

38. Comentarios pesimistas ☐ Si ☐ No

39. Abatimiento ☐ Si ☐ No

40. Irritabilidad no habitual ☐ Si ☐ No

41. Cambio conductual ☐ Si ☐ No

☐ Enfadado ☐ Retraído ☐ Agitado ☐ Lento ☐ Triste ☐ Otros……

42. Aislamiento de familia y amigos ☐ Si ☐ No

43. Sentimientos de incapacidad, inutilidad o incompetencia ☐Si ☐ No

44. Autoabandono o descuido de sí mismo ☐ Si ☐ No

45. Cambio en la rutina ☐ Si ☐ No

46. Cambios en la alimentación (perdida o aumento significativo del peso)

☐Si ☐No

47. Cambios del hábito del sueño(sueño excesivo o incapacidad para dormir)

☐ Si ☐ No

48. Desinterés sexual ☐ Si ☐ No

49. Pérdida de interés o placer en las actividades usuales ☐ Si ☐ No

50. Pérdida de energía o fatiga ☐Si ☐ No

51. Abandono de indicaciones médicas ☐ Si ☐ No

52. Respecto a la enfermedad:

- **¿Pensaba que tenía una enfermedad?** ☐Si ☐No
- **¿Fingía una enfermedad?** ☐Si ☐No

53. Visita o llamada al médico o psiquiatra sin motivo aparente. ☐Si ☐ No

54. Aumento o comienzo de consumo de sustancias tóxicas ☐ Si ☐ No

☐Alcohol ☐Drogas legales ☐Drogas ilegales ☐Otros (Especifique….)

55. Interés por la creación del testamento o por temas funerarios ☐ Si ☐ No

56. Regalos no habituales a amigos o parientes ☐ Si ☐No

57. Abandono de posesiones materiales de elevado valor personal ☐ Si ☐ No

58. Intentos de suicidio, automutilaciones o accidentes provocados ☐ Si ☐ No

59. Obsesión por la muerte (música, cartas, películas o poesía triste) ☐ Si ☐ No

60. Expresiones admirativas de otros suicidas ☐ Si ☐ No

61. Fantasías de encuentros en la eternidad con personas representativas fallecidas

☐ Si ☐ No

62. Planeación de cometer un suicidio ☐ Si ☐No

63. Acceso a medios letales ☐Si ☐ No

5. OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR

Antes de realizar la entrevista se deberá seguir un protocolo en el que se indicará la forma de contactar con la familia del fallecido, como se debe informar sobre el método que se va a llevar a cabo y el contexto en el que se debe realizar la entrevista.

Para la realización de esta entrevista se debe contar con profesionales entrenados en dicho procedimiento (psicólogos, criminólogos y personal sanitario). Para ello, deberán ser preparados específicamente en este modelo, para así saber la información que deberán obtener. Este modelo permite que todos los exploradores realicen la investigación de la misma manera. Para facilitar este proceso se ha creado un instructivo para los investigadores en el que se explican concretamente aquellas cuestiones que pueden ser de dudosa interpretación, evitando así la inclusión de elementos subjetivos o simplemente para facilitar el entendimiento tanto del entrevistador como del entrevistado.

Para la realización de este cuestionario es necesaria toda la información obtenida por los diferentes profesionales, por lo que se necesitará la intervención multidisciplinar.

6. CONCLUSIONES.

1- El análisis del método de la autopsia psicológica permite establecer que se trata de un estudio complejo de gran utilidad, ya que está siendo empleado en otros países y se ha demostrado que permite conocer las posibles causas o móviles de la muerte, en este caso de un suicida.

2- Se propone un nuevo cuestionario adaptado a la población española partiendo de los ítems encontrados en los diversos estudios (principalmente el MAPI), y de otros propuestos por este trabajo, considerados de interés para futuras investigaciones.

Dado que el cuestionario creado no se ha puesto en práctica, se propone la validación de este modelo mediante un pre-test, para ello se deberá contar con la participación de cinco peritos distintos, para que al realizar el estudio sobre diversos casos, obtengan los mismos resultados y así conseguir comprobar el grado de efectividad del cuestionario.

Si este modelo fuera validado, mediante su análisis se podría obtener los factores predisponentes del suicidio, los cuales servirían para la elaboración de un protocolo de actuación, y su posterior implantación en las diferentes instituciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bastías Escobar, O. D. (2007). Protocolo de pesquisa pre-suicida. Tesis doctoral publicada. Mendoza: Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología.

2. Blasco, J.A., Ventura Álvarez, M.E. y Canet Peiró, A. (2004). La autopsia psicológica en medicina legal y forense. *Boletín Galego de Medicina Legal e Forense,* (13), 7-13.

3. Burgos Mata, A. (2006). La autopsia psicológica. *Revista de Ciencias Jurídicas,* (110), 69-87.

4. García Pérez, T. (1998a). Espectro de aplicación de la autopsia psicológica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 15 (1-2), 17-18.

5. García, Pérez. T. (1998b). La Autopsia Psicológica en el homicidio. *Medicina Legal de Costa Rica***,** 15 (1-2), 21-22.

6. García, Pérez. T. (1998c). La Autopsia Psicológica en el suicidio. *Medicina Legal de Costa Rica,* 15 (1-2), 22-24.

7. García Pérez, T. (1998d). Estudio del suicidio en la ciudad de la Habana a través de la autopsia psicológica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 15 (1-2), 24-28.

8. García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Diago, J., Zapata, C., López, G., Ortiz, J. y López, M. (2008). Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría,* 37 (1), 11-28.

9. González, A., Rodríguez Betancur, A., Aristizábal, A., García Valencia, J., Palacio, C., y López Jaramillo, C. (2010). Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39 (2), 251-267.

10. Isometsa, E. T. (2002). Estudios de autopsia psicológica: una revisión. *Eur Psychiatry Ed. Esp*. 9, 11-18.

11. Núñez de Arco, J. (2005). La autopsia. *La autopsia (criminalística)* (pp. 29-33). Sucre (Bolivia): Editorial GTZ.

12. Rodríguez, A. (2010) Autopsia Psicológica: Una herramienta útil para el peritazgo psicológico. Disponible en http://psicologiajuridica.org/archives/214 consultado el 26 de octubre del 2012.

13. Valle Cordero, R. C. (2011). Estudio de las muertes violentas y sospechosas de criminalidad en la Región de Murcia desde 2001 a 2009. Estudio de los suicidios y homicidios en la Región de Murcia desde 2001 a 2009. Tesis doctoral no publicada. Murcia: Universidad de Murcia. Facultad de Biología.

LA VALORACIÓN DEL PERJUICIO ESTÉTICO POR CICATRICES ENTRE DIFERENTES COLECTIVOS.

THE ASSESSMENT OF AESTHETIC INJURY BY SCARS BY DIFFERENT GROUPS.

RODES LLORET F[1], SÁNCHEZ NAVAS LD[2], PASTOR BRAVO M[3], CAÑETE DE SILVA Z[4], DORADO FERNÁNDEZ E[5].

RESUMEN.
La valoración del daño o perjuicio estético que ocasionan las cicatrices resultantes de accidentes de tráfico es una tarea no exenta de un gran componente de subjetividad. Presentamos un estudio de la valoración que de cuatro cicatrices, resultantes de sendos accidentes de tráfico, siguiendo las reglas de utilización de la tabla VI del Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (RD Legislativo 8/2004), han efectuado tres colectivos encuestados de diferentes procedencias: "*jurídico*" (Magistrados-Jueces y Jueces, Fiscales, abogados con ejercicio profesional en el ámbito de compañías de seguros o en el ámbito privado y estudiantes de la Escuela de Práctica Jurídica), "*peritos médicos*" (médicos forenses y médicos valoradores del daño corporal) y "*resto de población*" (estudiantes universitarios de Bellas Artes, sanitarios no médicos y otros estudiantes universitarios).Se han recogido 448 encuestas procedentes de estos tres colectivos en las que puntuaban el daño estético siguiendo la tabla VI. Se ha utilizado una metodología descriptiva y un análisis estadístico con pruebas no paramétricas. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las valoraciones del perjuicio estético realizadas por los tres colectivos profesionales sometidos a encuesta: jurídico, peritos médicos y resto de población, al nivel de significación de $\alpha = 0.05$. Los *peritos médicos* (médicos forenses y médicos valoradores del daño corporal) han valorado las cicatrices muy por debajo del colectivo *jurídico*, y éste a su vez, algo por debajo del *resto de población*.

PALABRAS CLAVES: Daño Estético, Médico Forense, Valoración Del Daño Corporal, Cicatrices.

ABSTRACT.
The assessment of damage or disfigurement caused by scars resulting from accidents is a task that inevitably involves a certain degree of subjectivity.We present a study of the assessment of four scars resulting from traffic accidents, according to the rules of use of Table VI of the system for the assessment of damages caused to people in traffic accidents (RDL 8/2004). The assessment was carried out by three groups of different origins: "legal professionals" (Judges, prosecutors, lawyers from the area of insurance companies or the private sector and students of the School of Legal Practice), "medical experts" (forensic doctors and doctors of the assessment of bodily harm) and other members of the population (students of fine art, other healthcare staff who are not doctors and other university students). 448 surveys were collected in from the three groups in which they gave a numerical value to the aesthetic damage based on Table VI. We used a descriptive methodology and statistical analysis using nonparametric tests. Significant statistical differences between the assessments of aesthetic damage carried out by the three professional groups in the survey were found: legal, medical experts and other members of the population, were found with a level of significance of $\alpha = 0.05$. The *medical experts* (forensic doctors and medical assessors of bodily harm) rated the scars well below the level of the *legal experts* and at the same time they rated them below the level of the *rest of the population.*

KEYWORDS: Aesthetic Damage, Coroner, Assessment Of Bodily Harm, Scars

CONTACTO: Fernando Rodes Lloret Instituto de Medicina Legal de Alicante Palacio de Justicia de Benalúa Avda. Aguilera 53 03007 Alicante e-correo: fernando.rodes@gmail.com

1.INTRODUCCIÓN.

Entendemos por daño o perjuicio estético: "*aquel menoscabo en la armonía y apariencia agradable a la vista de una persona*" [1], aunque desde un punto de vista médico legal se podría definir mejor como: "*la afectación de la belleza o armonía biológica del individuo, o del patrimonio estético del sujeto antes de sufrir el daño*" [2].

A diario, los médicos forenses se ven en la necesidad de valorar (y cuantificar) el perjuicio estético que ocasionan determinadas cicatrices a consecuencia de un accidente de tráfico [3],

1 Médico Forense. Jefe de Servicio de Clínica Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Alicante. Profesor asociado de Universidad.
2 Médico Traumatólogo. Hospital Universitario de San Juan de Alicante.
3 Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Alicante. Profesora asociada de la Universidad de Alicante.
4 Abogada.
5 Médico Forense. Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

siguiendo la baremación recogida en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor [4].

Este texto legal recoge en su anexo el Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, cuya tabla VI (clasificación y valoración de secuelas) contiene un capítulo especial para el perjuicio estético.

Un dato que revela la importancia de esta tarea pericial: en 2009, el 5.13% de los lesionados reconocidos en el Instituto de Medicina Legal de Alicante presentaron en el momento de la curación/estabilización cicatrices susceptibles de valoración, ascendiendo al 7.85% en 2008 [5].

Criado [6] refiere las características que reúne el perjuicio estético: se trata de un daño visible, objetivable, de apreciación subjetiva, cuya valoración se extrae del conjunto de circunstancias individuales del lesionado, permanente, y un daño que puede modificarse o no con la cirugía.

A diferencia de otros daños como el psíquico, el dolor, el sufrimiento, etc., el perjuicio estético debe poder ser apreciado durante la exploración. Por eso es objetivable: cualquier observador ha de ser capaz de apreciar el daño, ha de estar a la vista [7].

Es evidente e indiscutible que se trata de una valoración de difícil cuantificación [8] que cuenta con un gran componente subjetivo, por ejemplo: una pequeña cicatriz en una pierna que para un perito médico de una compañía de seguros puede no resultar muy antiestética puede sí serlo para un juez y probablemente lo sea mucho para el propio afectado [9].

Entonces surge la siguiente cuestión: ¿Quién debe valorar el daño/perjuicio estético? ¿Un médico, un juez, un abogado, un experto en Bellas Artes…? [10].

Son diferentes las opiniones a este respecto. Hay autores que opinan que la valoración del daño estético debe ser realizada exclusivamente por un profesional médico [11], [12], [13], [14], [15].

Alonso [16] argumenta lo siguiente: quienes estamos a favor de que debe ser un médico quien lo valore, lo defendemos por varios motivos:

Es el único que puede examinar y explorar detenidamente al paciente o lesionado en el acto de la peritación.

Es el único que puede llegar a conocer, con base científica, la evolución de un determinado daño estético en el caso de que no sea definitivo. Concretamente en el caso de niños, cuya estabilización se produce a años vista, en el caso de cicatrices anormales cuya evolución se produce a largo plazo o en aquellos casos en que son susceptibles de reparación quirúrgica.

Es el único que tiene acceso a zonas dañadas que estén escondidas y que solo se pueden apreciar bajo exploración médica rigurosa.

Parece lógico pensar -sigue afirmando este autor- y así se puede desprender de lo anteriormente expuesto que la valoración del daño estético y su cuantificación debe realizarse por un perito médico, aunque también es evidente que en los casos de repercusión judicial, el juez es el único que decidirá, en base a esa opinión médica, sobre su idoneidad.

En el mismo sentido, Sánchez y Hernández [17] afirman que es el médico valorador el responsable, mediante un adecuado proceso de anamnesis, de realizar esta evaluación lo más acertada posible.

Lacaba, citado por Magro [18] considera que la valoración del perjuicio estético en los perjudicados, en la mayoría de los casos discurre en la interpretación subjetiva del médico forense o perito médico que ha de valorarlo.

Otros autores, como Martínez–Pereda [19] o Le Roy [20], opinan que la valoración del perjuicio estético no es una cuestión de orden médica sino meramente estética, por lo que

serían los jueces quienes debieran efectuarla.

La realidad muestra que no son precisamente peritos en arte los que a diario desempeñan esta labor en Juzgados y Tribunales, o para compañías de seguros, sino peritos médicos [21].

Medina [22] opina de esta forma: "*En mi concepto, es cierto que la cuestión del perjuicio estético cuenta con presupuestos de apreciación personal y social que trascienden estrictamente de la ciencia médica, pero, no obstante, entiendo que el médico, por sus específicos conocimientos, debe completar su informe pericial con la descripción de las deficiencias permanentes que supongan repercusión de carácter estético, pero debe comprometer también una estimación de la intensidad de este perjuicio, de acuerdo con el capítulo especial; en el entendimiento de que debe hacer expresa referencia a los elementos considerados, precisamente al objeto de poder verificar la corrección de la propuesta de grado que haya realizado. El informe médico debe incluir, pues, una descripción detallada de los elementos que conforman el perjuicio estético y debe rematarse con una calificación detallada, con expresión de su concreto grado*".

Continúa este autor afirmando que en todo caso, hay una neta diferencia en lo que refiere a la valoración judicial del daño fisiológico y del daño estético, pues precisamente, por su estricta base médica, la propuesta pericial sobre el primero, aunque no sea vinculante, debe, en principio, ser atendida por el juez, salvo que cuente con motivos razonables y razonados para disentir de ella; y, en cambio, la ponderación del perjuicio estético se presta de suyo a que el juez opere con un mayor arbitrio, precisamente por no contar la propuesta pericial con una base de estricto (exclusivo) rigor científico.

Tema asimismo ampliamente debatido es si debe o no tenerse en cuenta el sexo, la edad y la profesión del accidentado al valorar el daño estético, existiendo numerosas y diferentes opiniones a ese respecto [12], [13], [16], [23], [24], [25], [26], [27]. Aunque el baremo es taxativo al establecer: *"ni la edad ni el sexo de la persona lesionada se tendrán en cuenta como parámetros de medición de la intensidad del perjuicio estético y que la puntuación adjudicada al perjuicio estético no incluye la ponderación de la incidencia que este tenga sobre las actividades del lesionado (profesionales y extraprofesionales), cuyo específico perjuicio se ha de valorar a través del factor de corrección de la incapacidad permanente".*

Solo España, entre los países europeos que utilizan sistemas de valoración legal o tasada tiene un sistema de baremo legal con efecto vinculante [28]. En nuestro país hemos pasado, en los últimos años, de tener un baremo de referencia (contemplado en la OM de 5 de marzo de 1991) a otro con carácter de Ley [29].

El Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor recoge en su anexo el Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, cuya tabla VI (clasificación y valoración de secuelas) se desglosa en ocho capítulos, con uno especial para el perjuicio estético que establece seis grados del mismo:

- ligero (1-6 puntos)
- moderado (7-12 puntos)
- medio (13-18 puntos)
- importante (19-24 puntos)
- bastante importante (25-30 puntos)
- importantísimo (31-50 puntos).

Además, recoge nueve reglas de utilización para la valoración del perjuicio estético.

Presentamos un estudio sobre la valoración del perjuicio estético por cicatrices que han efectuado 448 personas encuestadas que hemos agrupado en tres colectivos: jurídico, peritos médicos y resto de población.

2.OBJETIVOS.

Se plantea como objetivo del presente trabajo de investigación el comprobar si la valoración que del perjuicio estético por cicatrices (siguiendo el RD Legislativo 8/2004) realizan tres colectivos de diferente procedencia

profesional es similar o existen diferencias estadísticamente significativas.

3. MATERIAL Y MÉTODO

El material utilizado ha consistido en cuatro imágenes de lesionados/as que han sufrido un accidente de tráfico, y a quienes tras la curación/estabilización de sus lesiones les han quedado cicatrices en diferentes localizaciones corporales.

Se ha realizado un estudio prospectivo, elaborando una encuesta que constaba de dos partes:

La primera recogía unas normas básicas para la cumplimentación totalmente anónima de la encuesta, explicando cómo debía valorarse y puntuarse el daño estético según las reglas de utilización del baremo. La encuesta recogía literalmente lo siguiente:

"Se trata de valorar (y puntuar) el perjuicio estético que ocasionan, a su juicio, las cicatrices resultantes de sendos accidentes de tráfico en los cuatro casos que adjuntamos, siguiendo las reglas de utilización de la tabla VI del Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación y que fundamentalmente son:

4. La puntuación adjudicada al perjuicio estético es la expresión de un porcentaje de menoscabo permanente del patrimonio estético de la persona.
50 puntos corresponden a un porcentaje del 100 por cien.

8. Ni la edad ni el sexo de la persona lesionada se tendrán en cuenta como parámetros de medición de la intensidad del perjuicio estético.

9. La puntuación adjudicada al perjuicio estético no incluye la ponderación de la incidencia que este tenga sobre las actividades del lesionado (profesionales y extraprofesionales), cuyo específico perjuicio se ha de valorar a través del factor de corrección de la incapacidad permanente."

Se concluía resaltando que se trata de valorar el perjuicio estético que ocasiona cada cicatriz en el patrimonio estético de la persona, siendo la mínima puntuación de 0 puntos y la máxima de 50 puntos (que corresponde a un menoscabo del 100% del patrimonio estético de la persona).

La segunda parte de la encuesta contenía las cuatro fotografías sometidas a valoración, denominadas caso A, caso B, caso C y caso D (figuras 1, 2, 3 y 4) con una breve descripción del lesionado/a: sexo, edad así como las dimensiones de la cicatriz y un apartado para la puntuación.

La forma de realizar la encuesta dependía del colectivo encuestado: correo postal, correo electrónico o de forma directa. Se emplearon las primeras en aquellos colectivos "familiarizados" con el baremo, mientras que se prefirió la encuesta personal en aquellos encuestados desconocedores por completo de las normas de utilización del mismo.

El ámbito del estudio ha sido multicéntrico: se remitieron el mismo número de encuestas a cada colectivo profesional, cumplimentándolas un total de 448 personas encuestadas, y aunque no se trata de un material homogéneo en su procedencia, se ha considerado suficiente para la realización del presente trabajo de investigación, el cual hemos agrupado siguiendo criterios de actividad profesional en tres grupos: jurídico, peritos médicos y resto de población.

El colectivo "*jurídico*" está integrado por aquellas personas relacionadas de una u otra forma con el ámbito jurídico y son: Magistrados-Jueces y Jueces (30), Fiscales (19), abogados con ejercicio profesional en el ámbito de compañías de seguros o en el ámbito privado y estudiantes de la Escuela de Práctica Jurídica (117). A este grupo, no le resulta "extraña" la encuesta ya que forma parte de su trabajo diario, el apreciar, valorar o "juzgar" los daños personales, incluidos los daños estéticos ocasionados por cicatrices.

En el colectivo "*peritos médicos*" hemos incluido a aquellos encuestados que se dedican profesionalmente a la valoración del daño corporal: médicos forenses de los Institutos de

Medicina Legal de Alicante, Cataluña y Galicia (53) y médicos valoradores del daño corporal (23). Este grupo es el que, bien de forma oficial (médicos forenses), bien a instancia de una de las partes (médicos valoradores del daño corporal), valora habitualmente en su quehacer diario este tipo de daño extrapatrimonial.

El colectivo "*resto de población*" abarca el resto de la muestra encuestada: estudiantes universitarios de Bellas Artes (46), sanitarios no médicos: profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería (69) y otros estudiantes universitarios: podología, criminología, antropología, etc., (91). La elección de los miembros de este colectivo se realizó aprovechando la docencia universitaria de los autores del trabajo, para, de esta forma, poder pasar la encuesta directamente tras asegurarnos de que entendían bien las normas de uso del baremo.

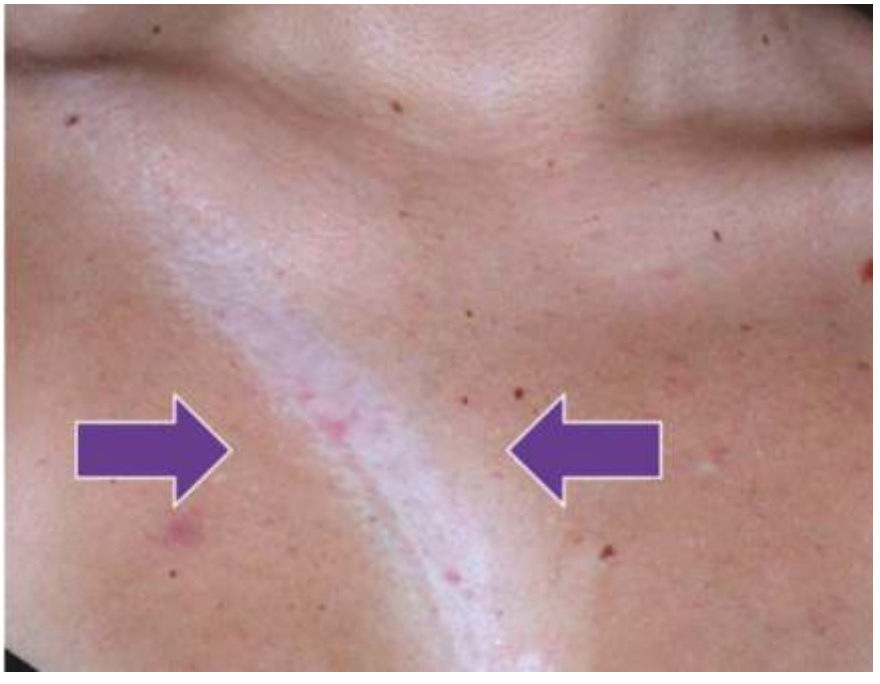
Lógicamente, los integrantes de este grupo, ajenos por completo a la valoración del daño corporal, conforman una muestra en la que la valoración del daño estético que solicitamos está exenta por completo de "contaminación judicial" previa, y precisamente por su desconocimiento absoluto del baremo se les explicaron detenidamente las normas de utilización y de aplicación a las cuatro fotografías, insistiendo en que se trataba de valorar el perjuicio estético que ocasiona cada cicatriz en el patrimonio estético de la persona, siendo la mínima puntuación de 0 puntos y la máxima de 50 puntos (que corresponde a un menoscabo del 100% del patrimonio estético de la persona) y que no había que tener en cuenta ni la edad ni el sexo del lesionado.

De gran interés, creemos, es el colectivo de estudiantes universitarios de Bellas Artes, por las características especiales de esa titulación en relación con la apreciación de la belleza y de la "pérdida de la misma" en el cuerpo humano.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS SOMETIDOS A ESTUDIO

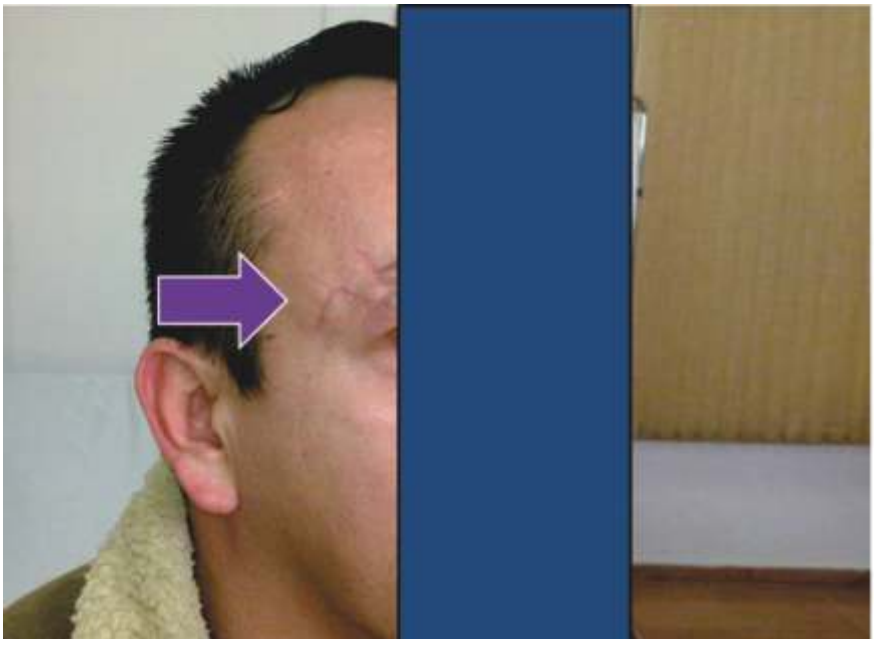
Caso A. Mujer, que tras colisión frontal de su vehículo contra otro, queda como secuela una cicatriz de color blanquecino de 21 x 4 cm. en el tórax siguiendo el trayecto del cinturón de seguridad (FOTOGRAFIA1).

FOTOGRAFIA 1: Caso A



Caso B. Hombre que sufre un accidente de tráfico por colisión fronto-lateral de dos vehículos, quedando como secuela una cicatriz de 7 cm en región superciliar derecha (FOTOGRAFIA 2).

FOTOGRAFIA 2: Caso B.

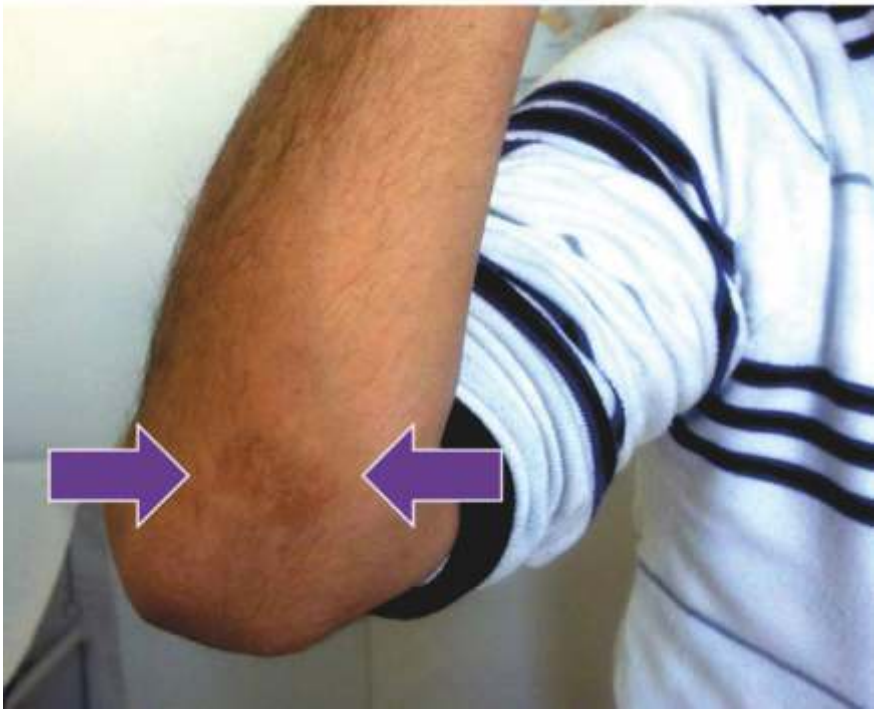


Caso C. Hombre, que tras colisionar con su motocicleta con un turismo, queda como secuela una cicatriz queloide e hiperpigmentada de 14 cm en el pie izquierdo (FOTOGRAFIA 3).

FOTOGRAFIA 3: Caso C

Caso D. Hombre, que sufre un accidente de tráfico mientras conduce su motocicleta al colisionar levemente con un turismo y caer al suelo, quedando como secuela una zona hipercrómica de 2 x 4 cm. en la cara posterior del antebrazo derecho (FOTOGRAFIA 4).

FOTOGRAFIA 4: Caso D.



Para el análisis estadístico, se ha utilizado el paquete Statitstical Package for Social Sciencies 14.0 para Windows (SPSS).

Se ha realizado un análisis descriptivo de las diferentes variables sometidas a estudio, a través de las frecuencias de distribución y medidas descriptivas de cada una de ellas. Se ha utilizado un nivel de significación (α) de 0.05.

Como medidas descriptivas se han empleado medidas de tendencia central (media, mediana, moda, mínimo y máximo).

Además, en función de las variables sometidas a estudio, se han utilizado diferentes pruebas estadísticas no paramétricas; χ^2 de Pearson, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

4.RESULTADOS

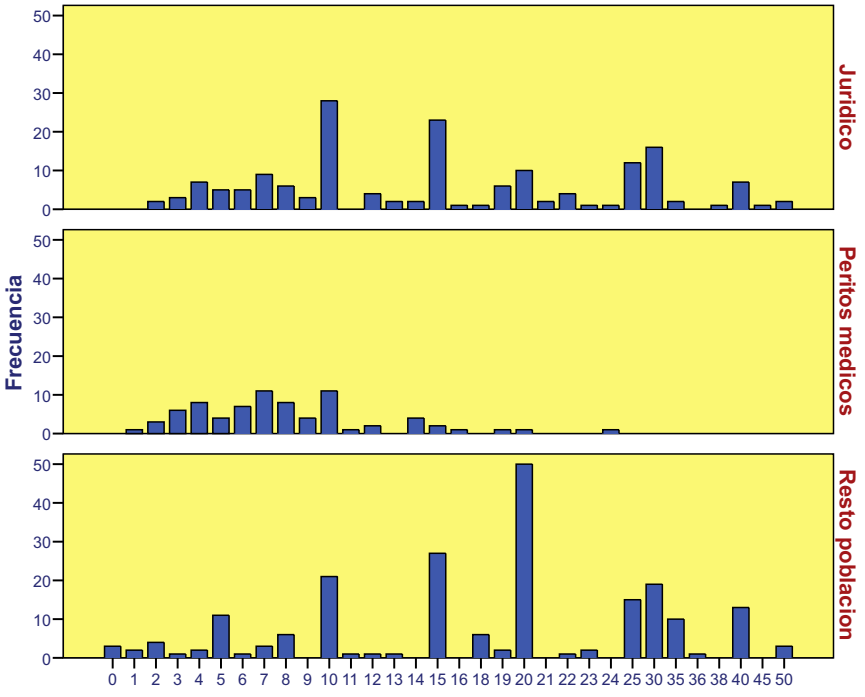
A) CASO A.

Los estadísticos descriptivos obtenidos en las encuestas para el caso A, en los tres colectivos se reflejan en la TABLA 1, mientras que la FIGURA 1 recoge la distribución de las puntuaciones.

TABLA 1. Estadísticos descriptivos obtenidos en la puntuación del perjuicio estético para el caso A.

	Grupo 1 Jurídico	Grupo 2 Peritos médicos	Grupo 3 Resto población	Total
N	166	76	206	448
Media	16.86	7.97	19.50	16.57
Mediana	15	7	20	15
Moda	10	7 y 10	20	20
Mínimo	2	1	0	0
Máximo	50	24	50	50
Rango	48	23	50	50

FIGURA 1. Distribución de las puntuaciones del Caso A.



Destaca la puntuación media de los "peritos médicos" (7.97), inferior a la del colectivo jurídico (16.86) y "resto de población" (19.50). Algo parecido pasa con las medianas (7, 15, y 20 respectivamente).

B) CASO B.

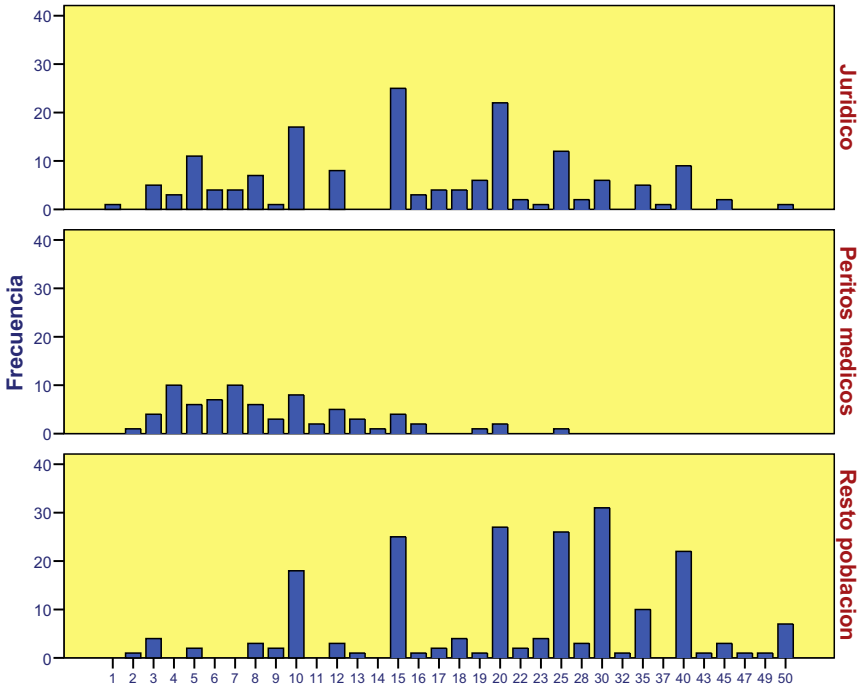
La TABLA 2 recoge los estadísticos descriptivos obtenidos en las encuestas para el caso B, mientras que la FIGURA 2 refleja, de forma comparativa, la distribución de las puntuaciones obtenidas en los tres colectivos.

Como ocurre en el caso A, también son los "peritos médicos" los que menor puntuación otorgan a esta cicatriz, con una puntuación media de 8.71 puntos, por 17.46 del colectivo jurídico y 24.45 del "resto de población". Similar es el comportamiento de las medianas (7.50, 15 y 25 respectivamente).

TABLA 2: Estadísticos descriptivos obtenidos en la puntuación del perjuicio estético para el caso B.

	Grupo 1 Jurídico	**Grupo 2 Peritos médicos**	**Grupo 3 Resto población**	**Total**
N	166	76	206	448
Media	17.46	8.71	24.45	19.19
Mediana	15	7.50	25	17
Moda	15	4 y 7	30	15
Mínimo	1	2	2	1
Máximo	50	25	50	50
Rango	49	23	48	49

FIGURA 2. Distribución de las puntuaciones de los tres colectivos del Caso B.



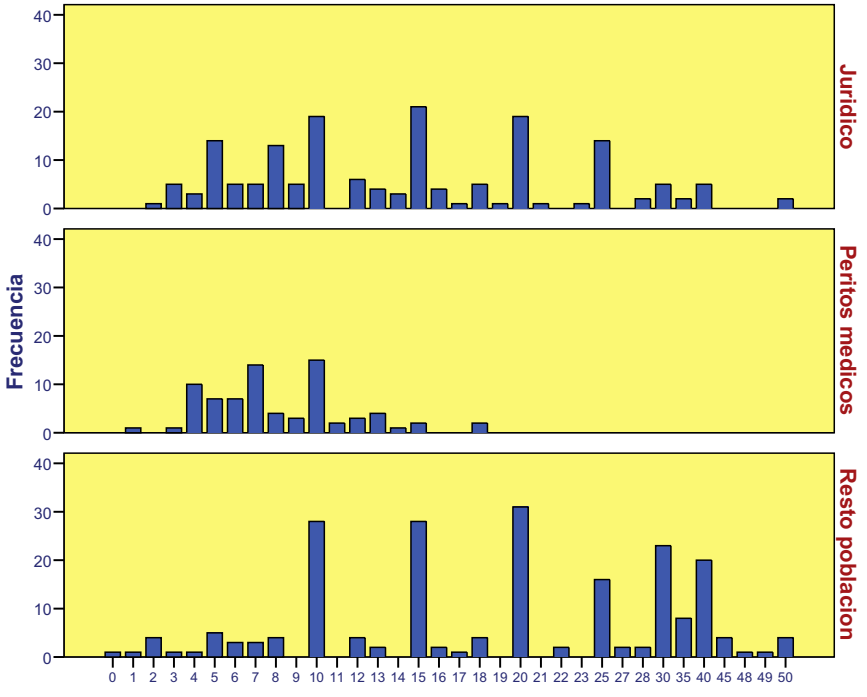
C) CASO C.

Los diferentes estadísticos descriptivos obtenidos en las encuestas para el caso C, vienen recogidos en la TABLA 3. La FIGURA 3 refleja, de forma comparativa, la distribución de las puntuaciones obtenidas en los tres colectivos.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos obtenidos en la puntuación del perjuicio estético para el caso C

	Grupo 1 Jurídico	**Grupo 2 Peritos médicos**	**Grupo 3 Resto población**	**Total**
N	166	76	206	448
Media	15.20	8.13	21.50	16.90
Mediana	14.50	7	20	15
Moda	15	10	20	10
Mínimo	2	1	0	0
Máximo	50	18	50	50
Rango	48	17	50	50

FIGURA 3. Distribución de las puntuaciones obtenidas en los tres colectivos del Caso C.



Siguiendo la tónica de las anteriores cicatrices los "peritos médicos" valoran la cicatriz con una media de 8.13, por 15.20 los juristas y 21.50 el resto de población (medianas de 7, 14.50 y 20 respectivamente).

D) CASO D.

La TABLA 4 recoge los diferentes estadísticos descriptivos obtenidos en las encuestas para el caso D. La FIGURA 4 refleja, de forma comparativa, la distribución de las puntuaciones obtenidas en los tres colectivos.

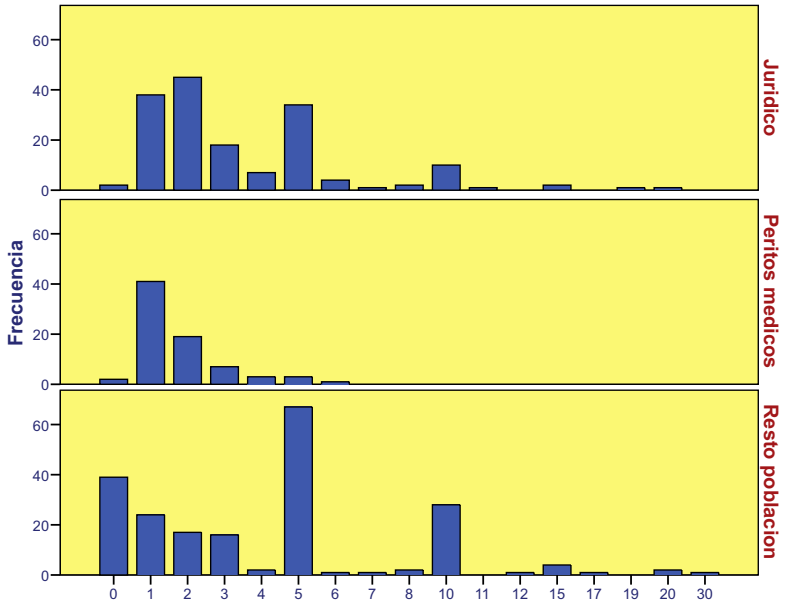
Tabla 4. Estadísticos descriptivos obtenidos en la puntuación del perjuicio estético para el caso D.

	Grupo 1 Jurídico	**Grupo 2 Peritos médicos**	**Grupo 3 Resto población**	**Total**
N	166	76	206	448
Media	3.66	1.75	4.45	3.70
Mediana	2	1	5	2
Moda	2	1	5	5
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	20	6	30	30
Rango	20	6	30	30

El grupo "resto de población" es el que más puntúa la cicatriz (media de 4.45), seguido del "jurídico" con una puntuación media de 3.66 y de los "peritos médicos" con 1.75 (medianas de 5, 2 y 1 respectivamente).

La aplicación de la prueba de Kruskal-Wallis en las cuatro fotografías sometidas a encuesta y a un nivel de significación de α del 5%, confirma que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de las valoraciones del perjuicio estético efectuadas por los tres colectivos profesionales.

FIGURA 4: Distribución de las puntuaciones obtenidas en los tres colectivos del Caso D



Por su parte, las TABLAS 5 a 8, recogen los valores del estadístico de contraste al aplicar la prueba U de Mann-Whitney a las tres agrupaciones de colectivos profesionales, recordando que cuando p valor es superior a 0.05, se acepta la hipótesis nula, queriendo esto decir que no se han encontrado diferencias entre las medidas de tendencia central en ambas muestras al nivel de significación utilizado de α = 0.05, por lo que con el tamaño de muestra utilizado se puede suponer que las medianas de las valoraciones efectuadas por ambos colectivos son similares, mientras que cuando p valor es inferior a 0.05, se rechaza la hipótesis nula, queriendo esto decir que al nivel de significación de α del 5% existen diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de las valoraciones efectuadas por ambos colectivos, ya que el estadístico de contraste presenta una diferencia significativa entre los rangos promedios.

TABLA 5. p valor obtenido al aplicar la prueba U de Mann-Whitney. Caso A

	1 Jurídico	**2 Peritos médicos**	**3 Resto de población**
1 Jurídico		0.000	0.005
2 Peritos médicos			0.000

TABLA 6. p valor obtenido al aplicar la prueba U de Mann-Whitney. Caso B

	1 Jurídico	**2 Peritos médicos**	**3 Resto de población**
1 Jurídico		0.000	0.000
2 Peritos médicos			0.000

TABLA 7. p valor obtenido al aplicar la prueba U de Mann-Whitney. Caso C

	1 Jurídico	**2 Peritos médicos**	**3 Resto de población**
1 Jurídico		0.000	0.000
2 Peritos médicos			0.000

TABLA 8. p valor obtenido al aplicar la prueba U de Mann-Whitney. Caso D

	1 Jurídico	2 Peritos médicos	3 Resto de población
1 Jurídico		0.000	0.248
2 Peritos médicos			0.000

5. DISCUSIÓN.

Los resultados de la valoración del daño estético que han efectuado los tres colectivos profesionales sometidos a encuesta siguen en las cuatro cicatrices el mismo patrón: los *peritos médicos* (médicos forenses y médicos valoradores del daño corporal) han valorado las cicatrices muy por debajo del colectivo *jurídico*, y éste a su vez, algo por debajo del *resto de población*. Insistimos de nuevo en que la encuesta a este grupo, ajeno por completo al ambiente judicial, se pasó de forma directa y personal, previa explicación de las reglas básicas de aplicación de la tabla VI.

A este respecto, autores como Sánchez Navas [9] opinan que la menor puntuación del grupo de peritos médicos puede ser debida a que en el progresivo acúmulo de experiencia que supone la práctica pericial diaria, se conforma un marco referencial, subjetivo, dependiente de una aleatoria experiencia individual, que por comparación y reiteración disminuye la valoración del perjuicio estético supuesto a una determinada cicatriz.

Es interesante reseñar que, con el mismo material encuestado los médicos forenses y los médicos valoradores del daño corporal han puntuado de forma muy similar las cuatro cicatrices [10], que jueces y fiscales las han valorado también de forma muy parecida [9] y que las puntuaciones obtenidas por los abogados con ejercicio profesional privado han sido superiores a las de los abogados de compañías aseguradoras [30].

Sánchez Návas [9] analiza 55 sentencias de órganos jurisdiccionales de la provincia de Alicante, entre los años 2008 a 2011, en las que consta expresamente como secuela la existencia y graduación del daño estético ocasionado por cicatrices. En todas ellas la valoración efectuada por el juzgador coincide por completo con la realizada por el médico forense, bien en el acto del juicio oral, bien durante la fase de instrucción. Dicho de otra forma: en todas las sentencias, el juzgador da por bueno lo valorado por el médico forense. Sin embargo, en el presente trabajo de investigación, el colectivo de jueces, (todos con ejercicio profesional en los mismos órganos jurisdiccionales que las sentencias consultadas), ha valorado el daño estético muy por encima que los médicos forenses (en algunos casos las duplican la puntuación).

Son numerosos los métodos de valoración del daño estético recogidos en la literatura [9], todos ellos, con mayor o menor componente subjetivo. A partir de estas encuestas y con los resultados obtenidos hemos propuesto un método para la valoración del daño estético por cicatrices valorando la zona del cuerpo donde está la cicatriz, su longitud, distancia a la que se ve, color y deformidad que produce [7].

BIBLIOGRAFÍA.

1. Rodes F, Sánchez Navas LD, Magro V, Cañete Z, Pastor M. Valoración del daño estético por cicatrices tras accidente de tráfico. Revista de responsabilidad civil, circulación y seguro 2013; 5:6-25.

2. García-Blázquez CM, García-Blázquez M, Pérez Pineda B. Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal. 18ª ed. Granada: Comares; 2011.

3. Rodes F, Sánchez Navas LD, Pastor M, Cañete Z. El médico como perito en los procedimientos judiciales. Alicante médico. Revista del Ilustre Colegio de Médicos de la provincia de Alicante 2013; 178:20-21.

4. Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. BOE nº 267, de 5 de noviembre de 2004, pp. 36662-95.

5. Rodes F, Sánchez Navas LD, Pastor M, Cañete Z, Borrás F, Dorado E. Valoración del perjuicio estético por cicatrices por médicos forenses de diferentes Institutos de Medicina Legal. Boletín Galego de Medicina Legal e Forense 2013; 19: 19-34.

6. Criado MT. Valoración médico legal del daño a la persona. Valoración del daño corporal. Tomo II. Doctrina médico legal de valoración de daños personales. Madrid: Colex; 2010.

7. Rodes F, Sánchez Navas LD, Borrás F, Pastor M, Cañete Z. Propuesta de un método para la valoración médico legal del perjuicio estético por cicatrices. Cuadernos de Medicina Forense. En prensa 2013.

8. Rodes F, Sánchez Navas LD, Magro V, Cañete Z, Pastor M. Algunas consideraciones sobre la valoración del daño corporal en España. Revista de responsabilidad civil, circulación y seguro 2013; 7:6-15.

9. Sánchez Navas LD. Valoración médico legal del perjuicio estético por cicatrices. Propuesta de un método. Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández 2012.

10. Rodes F, Sánchez Navas LD, Cañete Z, Pastor M, Borrás F, Coello JA. Valoración del daño estético por cicatrices entre diferentes peritos médicos. Cuadernos de valoración. En prensa 2013.

11. Alonso J. A avaliaçao do prejuízo estético. En: Viera DN, Álvarez Quintero (ed). Aspectos prácticos da avaliaçao do daño corporal em Direito Civil. Coimbra: Caixa Seguros; 2008.

12. Cobo JA. Perjuicio estético. Discusión sobre la 7ª recomendación propuesta. I Jornada sobre aspectos médicos prácticos del sistema de valoración del daño corporal. Zaragoza, 23 noviembre 2000.

13. Aso J, Cobo JA. Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación, a partir de la Ley 34/03. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2006.

14. Vieira N. O perito e a missao pericial em Direito Civil. En: Viera DN, Álvarez Quintero (ed). Aspectos prácticos da avaliaçao do daño corporal em Direito Civil. Coimbra: Caixa Seguros; 2008.

15. Criado MT. Valoración médico legal del daño a la persona. Derecho penal, civil y mercantil. Tomo III. Valoración médico legal de valoración de los daños personales en el derecho penal, civil y mercantil. Madrid: Colex; 2010.

16. Alonso J. La valoración del perjuicio estético. Cuad Med For. 1998;14:7-20.

17. Sánchez E, Hernández C. Nueva propuesta de valoración baremada de perjuicio estético dentro del Real Decreto Legislativo 8/2004. Trauma Fund MAPFE. 2008;19(2):128-36.

18. Magro V. ¿Cómo se valora el perjuicio estético en la determinación de sus distintas variantes según la gravedad del mismo en el capítulo especial de la Tabla VI? Boletín de Derecho de la Circulación. 2012; 61:1-9.

19. Martínez-Pereda JM. La cirugía estética y su responsabilidad. Madrid: Comares; 1997.

20. Le Roy M. L`évaluation du préjudice corporel. Paris: Librairies Techniques; 1987.

21. Verano V. El perjuicio estético: un paseo por la incertidumbre. Boletín Galego de Medicina Legal e Forense. 2009; 16:19-28.

22. Medina M. El resarcimiento del perjuicio estético. Consideraciones doctrinales y legales a la luz del sistema de la Ley 30/1995. Actas del I Congreso Internacional de Responsabilidad Civil y Seguro, Córdoba 2001. http://civil.udg.es/cordoba/pon/medina.htm

23. Vicente E. Los daños corporales: Tipología y valoración. Barcelona: Bosch; 1994.

24. Hinojal R, Marcilla E. Valoración médica del perjuicio estético y pretium doloris (dolor). En: Hinojal R. (ed). Daño corporal. Fundamentos y métodos de valoración médica. Oviedo: Arcano Medicina, 1996.

25. Zavala M. Resarcimiento de daños. Daños a las personas. Integridad sicofísica. 2ª ed. Buenos Aires: Hammurabi, 1990.

26. Rousseau Cl. Le medicin et l`evaluation du dommage et droit civil. Perspectives europèennes. La valoración del daño corporal. I Jornadas andaluzas sobre valoración del daño corporal. Sevilla, 21-22 febrero 1992.

27. Lambert- Faivre Y. Méthodologie d`evaluation des prejudices extrapatrimoniaux, en droit commun. Journal de Médecine Légale Droit Medical. 1996; 39(7-8) 590-591.

28. Rodes F, Sánchez Navas LD, Pastor M, Cañete Z. La valoración del daño corporal en Europa. Alicante médico. Revista del Ilustre Colegio de Médicos de la provincia de Alicante 2012; 176: 24.

29. Villanueva E, Hernández C. Problemas médicolegales de la valoración del daño corporal. En: Gisbert Calabuig JA. 6ª ed. Medicina legal y toxicología. Barcelona: Masson; 2004.

30. Sánchez Navas LD. Valoración por abogados del perjuicio estético ocasionado por una cicatriz. Gaceta ICALI 2013; 1: 17-18.

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS NEGLIGENCIAS MEDICAS A TRAVES DEL INFORME MEDICO FORENSE EN GUIPÚZCOA ENTRE 2009 Y 2013.

RETROSPECTIVE STUDY OF MEDICAL MALPRAXIS FROM FORENSIC REPORT IN GUIPUZCOA BETWEEN 2009 AND 2013.

VERANO ZAPATEL V [1]

RESUMEN.
Las demandas por negligencia, imprudencia, impericia contra médicos y personal sanitario son cada vez más frecuentes. En el presente trabajo nos proponemos examinar retrospectivamente la realidad de esta situación en la provincia de Gipuzkoa en los últimos 5 años, exclusivamente desde el punto de vista de la valoración médico forense que han merecido las demandas presentadas, obviando la valoración jurídica o el resultado del eventual enjuiciamiento. Pretendemos aportar datos que, además de su resultado estadístico, arrojen luz a los profesionales sanitarios acerca la seguridad de los informes médico forenses, de los errores más frecuentes, así como de la especialidades más demandadas, con pretensión de utilidad en la prevención tanto de la repetición de aquellos errores como de las mismas demandas. La conclusión principal es que el nivel de demandas es bajo y que la calidad asistencial es alta.

PALABRAS CLAVES: Mal praxis, responsabilidad médica, valoración médico forense.

ABSTRACT.
Negligence, recklessness and malpractice lawsuits against doctors and healthcare staff are becoming more frequent. The aim of this work is to examine retrospectively the real situation in the province of Gipuzkoa in the last five years, by examining, from a forensic point of view, the presented lawsuits, without having account of juridical valuation or results. We pretend to provide data that, in addition to its statistical result, shed light to healthcare professionals about the safety of forensic medical reports, the more frequent errors and the medical specialties which sustain lawsuits more frequently, in order to be useful both to avoid medical errors and itself lawsuits. The main conclusion is that lawsuit level is low and the medical assistance has a high quality.

KEYWORDS: Medical malpraxis, medical responsability, forensic assessment.

CONTACTO: Victor Verano Zapatel. Subdirección de Guipúzcoa del IVML. Pza. Teresa de Calcuta nº 1, 20012, San Sebastián-Guipúzcoa. E-mail: verano.v@aju.ej-gv.es

1. INTRODUCCION.

Pese a la afirmación, cierta en términos absolutos, de que las demandas contra los médicos están en constante aumento, no es menos cierto que la realidad final es menos alarmante, aun siendo conscientes del dolor que, para ambas partes, generan tales conflictos. La mayoría de estudios al respecto procede del mundo anglosajón, de donde procede también el término “malpractice” que se traduce por malpraxis en nuestro país y que se denomina en castellano, más correctamente, Responsabilidad Profesional Médic [1]. Estudios norteamericanos de finales de los años 90 y principios los años 2000, refieren cifras de entre el 3, 5 y el 4. 7 % de pacientes hospitalizados que sufren algún percance durante la hospitalización, percances de los que son fruto de malpraxis entre un 17 y un 28%, según los autores [2]. Más recientemente, se manejan cifras como que 100 de cada 10.000 personas que acuden a un hospital quedará con alguna secuela fruto de algún error médico, según algunas estadísticas, pero solo el 2% de ellas presentará una demanda por ello [3]. Parece, por tanto, que en la presentación o no de una demanda influyen otras cuestiones entre las que se destaca el trato recibido por parte del médico en cuestión, y más en concreto el tiempo que éste dedica a la visita del paciente (los médicos que menos demandas recibieron en una comunidad de los EEUU pasaban 3 minutos más de media con sus pacientes, según refiere

1 Médico forense. Subdirección de Guipuzcoa del Instituto Vasco de Medicina Legal.

Wendy Levinson en un trabajo de investigación) [3].

No es preciso insistir en los graves perjuicios que para la vida, la integridad física y la salud, tienen estos errores médicos para los pacientes y sus familiares; ni en las graves consecuencias que las denuncias tienen para los profesionales cuando resultan demandados y, sobre todo, condenados [1, 2, 3].

En España, los médicos que reciben más demandas son: Ginecólogos, Cirujanos Plásticos, Cirujanos Maxilofaciales y Traumatólogos. Se dice que las demandas, en España, se han multiplicado por 4 en 10 años y, según datos de 2008, del IV Seminario Internacional de Biomedicina y Derechos Humanos, "hay errores que se repiten tozudamente" y cita como fuentes más frecuentes de errores médicos los partos, la cirugía de vesícula biliar y el retraso en el diagnóstico del cáncer de mama. Según el profesor Delgado Bueno, coordinador del estudio de 2000 sentencias de la Audiencia Nacional sobre "Anatomía del error médico. Situación actual en España", el perfil de riesgo sería: varones de alrededor de los 45 años que acuden a urgencias hospitalarias con dolor en el tórax y mujeres de alrededor de 40 años con algún problema en las mamas [4].

Diversas fuentes de datos, como la memoria del Defensor del Paciente de Madrid de 2006, por ejemplo) las denuncias se redujeron solo en Traumatología mientras crecían en Ginecología y Obstetricia, Urgencias, Cirugía general y de Digestivo, y un máximo incremento en Pediatría [5].

La Asociación El defensor del Paciente, en 2013, señala que en España es imposible conocer exactamente el número de muertos por errores médicos porque no existe un registro de estos sucesos. Según ellos, en 2012 murieron 692 personas, 89 más que en 2011 y en 2012, 798, 106 más que el año anterior; la misma asociación refiere que ellos poseen datos únicamente de las denuncias presentadas mediante o ante la Asociación, no de las que se denuncian por otras vías, aunque creen mayoritarias las que nunca llegan a presentarse. Acusan a los recortes sanitarios de provocar, entre otros efectos, un aumento de las denuncias por negligencias médicas [5].

En el estudio ENEAS (efectos adversos ligados a la hospitalización) de 2005, la incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria es en España del 9, 3 %, similar a la de otros países europeos, siendo evitables más del 42 %. Cada año se dan unos 100.000 litigios que se tiene que dirimir en los Juzgados, sobre negligencias médicas en España, con el grave efecto secundario de la llamada medicina defensiva que, algunos autores estiman que afecta a un 70% de profesionales (D. Domingo Bello Janeiro, catedrático de Derecho Civil de A Coruña, declaraciones a la revista Quo) [6] .

Según la memoria de la Asociación del Defensor del Paciente se registraron, en el año 2008, 163 denuncias en Gipuzkoa (576 en el conjunto del País Vasco, prácticamente en los mismos niveles que en años anteriores). Añade que suponen tan solo un 10% de las que ocurren. El Hospital Donostia, Hospital de Referencia, sería el centro más denunciado (solo por detrás de Cruces, en Bilbao); por servicios, el listado sería (para la Comunidad Autónoma Vasca –CAV-, no hemos obtenido datos aislados de Gipuzkoa): Traumatología, Urgencias, Cirugía general, Ginecología y Obstetricia y Oncología. En 2012, según la memoria de ese año de la misma Asociación, se dieron 122 denuncias en Gipuzkoa (519 en todo el País Vasco) no habiéndose producido variaciones en el ranking hospitalario y con el solo cambio de puesto entre Cirugía general y Urgencias [5].

Un reciente artículo publicado en el Diario Vasco de San Sebastián (24 de julio de 2014, cita fuentes de Osakidetza (sanidad pública vasca) en respuesta parlamentaria) [7], refiere que Osakidetza pagó 12, 7 millones desde 2009 por fallos médicos; y ello, tras acuerdo entre pacientes y Departamento de Salud o tras fallo judicial… Añade que han sido 322 los pacientes o sus familiares los indemnizados desde 2009 por el montante global referido. El número de demandas presentadas es calificado de insignificante en relación al número de actos médicos que se realizan cada año. Se pone de

manifiesto que cada vez es mayor la predisposición de los pacientes o familiares a lograr acuerdos extrajudiciales (20 pactos en la CAV en 2013, 10 informes médico forenses en ese mismo año en Gipuzkoa).

Mediante esta revisión de las demandas por negligencias médicas en la provincia de Gipuzkoa entre 2009 y 2013, más en concreto, de los Informes Médico Forenses elaborados sobre ellas, pretendemos mostrar una visión panorámica de la situación en nuestra provincia con una doble finalidad: de un lado, la información que se desprende del análisis de los datos; por otro lado, las posibilidad de una mejor prevención de los fallos que eviten su repetición y con ello, no solo la presentación de demandas sino también los daños posibles a la salud y la vida de los pacientes. En último término, participar siquiera levemente en la mejora de la calidad asistencial y en una mayor tranquilidad de los médicos. Respecto de este último aspecto, cabe señalar el compromiso de los médicos forenses de la Subdirección de Gipuzkoa del IVML en realizar periciales progresivamente más exhaustivas y bien fundamentadas mediante el trabajo en equipo. Es sabido que los informes periciales derivados de estas demandas exigen de importante dedicación en estudio y reflexión crítica.

2. MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han revisado los informes periciales de los médicos forenses de la Subdirección de Gipuzkoa del Instituto Vasco de Medicina Legal (IVML) elaborados en relación a las demandas presentadas en los años referidos, y su valoración favorable o desfavorable respecto de los argumentos de los demandantes.

Queda claro, por tanto, que se han valorado solo informes médico forenses en denuncias del Orden Penal. Ello podría explicar en parte las discrepancias de nuestras cifras con las de otras fuentes consultadas.

En principio, se obtuvieron registros de 62 casos en los años 2009 a 2013 pero el número real es menor ya que en varios se añaden nuevos informes (ampliaciones, aclaraciones, etc.) y, con ellos, nuevos registros en el archivo de la clínica forense que, sin embargo y como es fácil de entender, no suponen un nuevo caso sino una reelaboración o completado de un caso ya visto.

De los 62 registros, 42 corresponden a demandas presentadas en el partido judicial de San Sebastián, 3 en el de Irún, 8 en el de Tolosa, 2 en el de Bergara, 4 en el de Éibar y 2 en el de Azpeitia.

Por años: en 2009 se tramitaron 7 demandas, 15 en 2010, 20 en 2011, y 10 en 2012 y 2103 respectivamente. Las cifras, así tomadas, son engañosas, como hemos referido antes, precisamente debido a la ampliación o aclaración de informes en algunos casos (10 informes del total corresponden a demandas que, finalmente, han necesitado dos y, en un caso, tres informes, lo que deja el total de demandas posibles en 52 pero, en 2 casos, la pericial recayó sobre la madre y el recién nacido).

Del total, 4 casos quedan incompletos por no concretarse el motivo de la pericia en la petición, o por no estimarse competencia del médico forense, o por no haberse aportado la totalidad de la documentación médica tras informe preliminar que la solicitaba, aunque estos 4 casos cuentan con un breve informe razonado que demuestra estudio inicial del caso.

Es sabido que, tradicionalmente, cuando los médicos forenses estaban aún adscritos a juzgados y en muchos casos, aislados en partidos judiciales dispersos, los estudios e informes se realizaban por cada médico forense. En Gipuzkoa, se mantuvo el modelo durante varios años después de la entrada en vigor del IVML pero, desde 2011- 2012, los informes se realizan por dos médicos forenses como mínimo, lo que no obsta para que en casos más complejos se haya contado con aportaciones de más médicos forenses y/o de especialistas consultados de manera no oficial. En los casos con resultado de muerte, tanto la autopsia, como es obvio, como el estudio del caso, se llevan a cabo por dos expertos en Patología Forense de la Subdirección.

El criterio de inclusión no lo es, en puridad: cada caso deriva de petición judicial con oficio en el que se concreta o no el objeto de la pericia; en la mayoría de casos se utilizan por los jueces peticiones genéricas acerca de la "existencia o no de infracción de la *lex artis*", siendo excepción que se concrete cual es el problema concreto a analizar. Los casos que han sido excluidos lo han sido porque no se logró la historia clínica pese a la insistencia en su solicitud (un caso) o por no ser casos médicos y, por tanto, no serlo del médico forense (dos caso de error en la fabricación de prótesis dentales).

El trabajo a realizar y su método se acuerdan entre los médicos forenses en cada caso. No existe, *estrictu sensu*, una protocolización del método de trabajo, o de los criterios científicos a manejar, únicamente de los mínimos contenido y estructura del informe. El estudio, en cada caso, suele basarse en la valoración de la Historia Clínica, que se reclama original y sin alteraciones, y en la discusión del caso de acuerdo a los protocolos de cada especialidad (protocolos de la S.E.G.O., por ejemplo) o Institución sanitaria (Guías de Práctica Clínica de Osakidetza, etc.), cuando sea posible. El estudio, en cualquier caso, es intenso y extenso por parte de los médicos forenses.

Está en discusión, en la totalidad del IVML, la necesidad o conveniencia de contar, de manera sistemática, con la colaboración de especialistas clínicos en la resolución de estas pericias.

3. RESULTADOS:

A) APROXIMACIÓN AL TIEMPO DE RESOLUCIÓN DE LOS CASOS POR LOS MÉDICOS FORENSES: No es posible valorar un tiempo medio empleado en la resolución de los casos por parte de los médicos forenses. En casos sencillos, el informe final tarda aproximadamente un mes; en casos más complejos, lógicamente los plazos se dilatan. Como ejemplo ilustrativo, el caso que necesitó tres informes para su resolución tiene registro en la Clínica Médico Forense y en el número de Diligencias Previas del año 2013, es decir: poca demora pese a la necesidad de varios informes; por el contrario, uno de los casos que se resolvió con dos informes abarca desde 2012 hasta finales de 2013: estas demoras no son atribuibles a demoras de los Médicos Forenses. En general, los plazos dilatados dependen más de la tardanza en recibirse la documentación médica solicitada o en recibirse la nueva petición de ampliación de los informes. Podemos concluir, de manera aproximada, que los médicos forenses tardan de dos a tres meses en resolver si los trámites necesarios se desarrollan con normalidad.

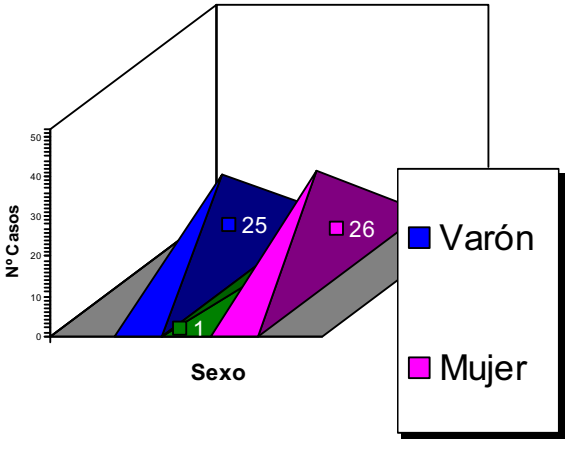
B) DISTRIBUCIÓN POR SEXO, EDAD Y NACIONALIDAD:

1. Por sexos:

Los presuntos afectados fueron 25 varones (49.01 %) y 26 mujeres (50.98 %), quedando un caso en el que no se pudo acreditar el sexo del afectado porque no se concretó a su vez el objeto de la pericia y no terminó en informe pericial la valoración médico forense inicial (caso excluido) (GRAFICO 1).

En nuestra serie no se dan diferencias por sexos en el riesgo de sufrir un error o falta médica, aunque el análisis de los datos por especialidades pueden resultar útiles para una ilustración complementaria.

GRAFICO 1: Distribución de los casos por sexos



2. Por edades:

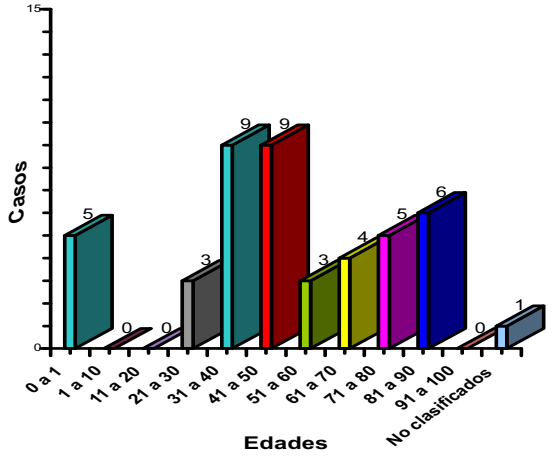
Por edades los resultados fueron los siguientes (ver GRAFICO 2):

- 4 recién nacidos y 1 feto nacido muerto.
- 0 casos entre el año y los 10 años.
- 0 casos entre los 0 y los 20 años.
- 3 casos entre los 20 y los 30 años.
- 9 casos entre los 30 y los 40 años (20, 45 %, de los que se dispone del dato de la edad).
- 9 casos entre los 40 y los 50 años.
- 3 casos entre los 50 y los 60 años.
- 4 casos entre los 60 y los 70 años.
- 5 casos entre los 70 y los 80 años (11, 36 %).
- 6 casos entre los 80 y los 90 años (13, 63 %).
- 0 casos entre los 90 y los 100 años.

Por tanto, se dispone de la edad en 44 de los casos, quedando un caso sin datos y 4 con datos bastante completos pero sin consignar la edad. Como ya hemos explicado, 2 casos se desecharon por no ser competencia médico forense (fabricación de prótesis dentales) y en uno más no se terminó con informe pericial.

Así pues, la máxima frecuencia se da entre los 30 y los 50 años de edad (40, 90 %), con un segundo pico entre los 80 y los 90, seguido de cerca por el de 70- 80. En esto parece que en la serie de casos valorados el resultado no resulta muy diferente al obtenido por otros autores.

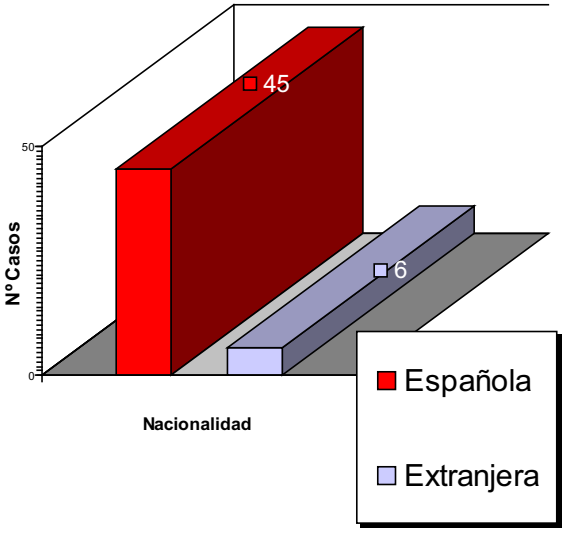
GRAFICO 2: Distribución de los casos segun la edad.



3. Por nacionalidad:

Aunque no en todos los casos se ha podido establecer con claridad este parámetro, es de señalar que la gran mayoría son españoles (45 personas, 86.5 %) y solo una minoría son extranjeros, principalmente sudamericanos (6 personas, 11.5%) (GRAFICO 3).

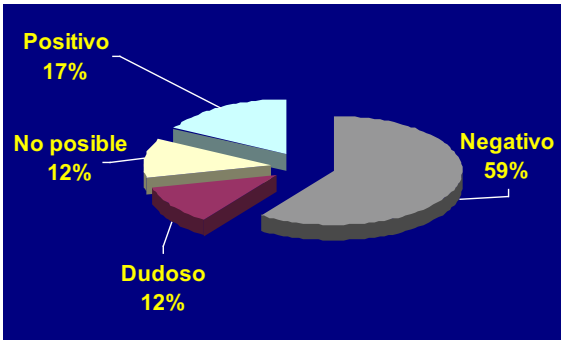
GRAFICO 3: Distribución de los casos segun la nacionalidad.



4. Frecuencia de estimación o desestimación de las demandas por los médicos forenses:

En la Subdirección de Gipuzkoa del IVML, en relación a la serie de demandas por mal praxis médico sanitaria que venimos exponiendo, el informe médico forense final estimó la existencia de la misma en 9 casos (17,30%), la desestimó en 31 casos (59, 60 %) y dejó en la duda o con estimaciones parciales en otros 6 casos (11, 53%, los mismos que, repetimos, fueron no informados por diversas razones (11, 53%) (GRAFICO 4).

GRAFICO 4: Distribución de los casos según la estimación o desestimación de demandas por los médicos forenses.



5. Frecuencia de demandas en las distintas especialidades o servicios médico sanitarios:

a) Por Servicios:

Conviene señalar que, en ocasiones, se producen demandas dirigidas contra todos los servicios o todos los profesionales intervinientes, y ello sin demasiado criterio previo, un poco al "buen tuntún"; ello tiene su repercusión en un cierto baile de cifras porque, entre otras cosas, da lugar a estimaciones parciales de alguno de los aspectos de ese tipo de demanda.

Traumatología, Ginecología- Obstetricia y Urgencias (en sus diversas variantes y a sus diversos profesionales) acaparan el 50% de los casos.

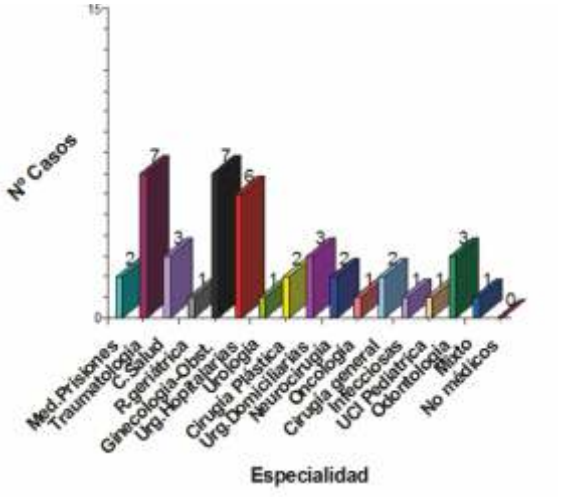
En detalle:

- 2 casos implican a la Medicina de Prisiones, ambos relacionados con la lentitud en procurar atención odontológica por especialista y las complicaciones derivadas de ello (3, 84 %).
- 7 casos de Traumatología (13, 46 %).
- 3 casos que afectan a Centro de Salud de barrio o pueblo (5, 76%).
- 2 casos contra Residencia Geriátrica, uno no médico, dirigido contra el personal encargado del control de fármacos en un caso letal por intoxicación medicamentosa.
- 7 casos de Ginecología- Obstetricia (13, 46 %).
- 6 casos de Urgencias hospitalarias (11, 53%).
- 1 caso de Urología (1,92 %).
- 3 casos contra Mutua Laboral, uno de ellos por error de enfermería (5.76 %).
- 2 casos de Cirugía Plástica (3, 84 %).
- 3 casos contra Urgencias domiciliarias, 2 de ellos contra Técnicos de Emergencias Médicas en ambulancias no medicalizadas (5, 76 %).
- 1 caso de Urgencias ambulatorias (1, 92%).
- 2 casos de Neurocirugía (3, 84%).
- 1 caso de Oncología (1, 92 %).
- 2 de Cirugía General, uno de ellos por olvido de material quirúrgico en abdomen, por lo que implica también a la enfermera instrumentista (3,84 %) .
- 1 caso de Enfermedades Infecciosas de Hospital (1, 92 %).
- 1 caso de UCI pediátrica (1, 92 %).
- 1 caso en un Albergue para Transeúntes, referido a cuidados por profesional no médico (1, 92 %).
- 3 casos de Odontología (5, 76 %).

Por último, un abigarrado y confuso caso que implicaba a Dermatología, Psiquiatría y Neurología dirigido por un enfermo delirante.

El número total de servicios o especialidades demandados fue, por tanto, de 21, generando 48 demandas (ver GRAFICO 5).

GRAFICO 5: Distribución de los casos según Especialidad médica.



b) *Por Centros Sanitarios o dispositivos asistenciales*.

La gran mayoría de las demandas recaen en los Hospitales, sean estos Comarcales (de los que hay 4 en la provincia: Bidasoa, Mendaro, Alto Deba y Zumárraga), con un total de 11 demandas, o el Hospital Provincial de Referencia (Complejo Hospitalario Donostia), con 14 demandas. Como ya hemos venido explicando, en ocasiones se denuncia a más de un centro o a más de un servicio en el mismo o en distintos centros.

En detalle, además de las que afectan a Hospitales:

- 2 atañen a servicios médicos Penitenciarios.
- 3 a Centros de Salud (barrio o pueblo).
- 2 a Residencia Geriátrica.
- 1 caso en el que no queda claramente determinado el centro en los informes forenses.
- 5 a Clínicas Privadas (en dos de ellos, en actuaciones concertadas para la Sanidad Pública).
- 3 a Mutua Laboral.
- 2 a Dispositivo Asistencial en Ambulancias.
- 2 a Odontología (privada).
- 1 a un Albergue de transeúntes (dirigida a personal no médico).

c) *Las faltas o errores médicos o asistenciales en general, expuestos por motivos de la demanda arrojan los siguientes datos:*

No es raro que se denuncien, como es de esperar, varias conductas médicas o de sanitarios también en este apartado (por ejemplo, error de diagnóstico y de tratamiento consecutivo, error médico y de enfermería, etc.):

- En 15 casos se denunciaba error de diagnóstico clínico.
- En 20 casos, error de tratamiento y/o demás procedimientos técnicos diagnósticos o asistenciales.
- 1 error de recogida de información que genera complicaciones.
- 9 casos de muerte por error de diversos tipos, 2 de ellas en feto- recién nacido.
- En 1 caso no se precisa el objeto de la demanda.
- 3 casos de omisión del deber de cuidados o de socorro (profesionales no médicos).
- 2 casos por omisión de medios o negación de ingreso demandado.
- 3 por retardo en la asistencia.
- Los 2 casos por mala fabricación de prótesis bucal en un matrimonio fueron desestimados por no ser de competencia médica.
- 1 caso de intoxicación letal por error en el control de fármacos que implicaba a enfermeras.
- 1 caso de daño estético en cirugía Plástica.
- 1 demanda por error en la determinación de contingencia laboral que supuso secuelas.
- 1 por cuerpo extraño derivado de olvido de instrumental quirúrgico.

De uno de los casos parece que derivó o pudo derivar un delito por falsedad documental además.

De los casos de muerte, 3 fueron evitables, 2 en personas aún jóvenes, de haberse aplicado estrictamente el protocolo de atención a TCE.

Vemos, por tanto que se denunciaron en 60 ocasiones 13 tipos de conductas médicas o asistenciales consideradas erróneas por los demandantes. En al menos dos casos se desestimó la mal praxis por parte de los médicos forenses informantes pero se señaló expresamente que no se encontraba la documentación y, por tanto, no se podía valorar el Consentimiento Informado, aunque no se han incluido entre las conductas denunciadas por no constar expresamente tal denuncia.

6. Tipo de error médico o falta médica en las demandas que fueron estimadas por los médicos forenses actuantes:

Surgen 19 conductas en total, más 1 informe no concluido.

- 1 caso de error en el control de fármacos.
- 1 caso de olvido de instrumental quirúrgico en abdomen.
- 8 casos de error diagnóstico.
- 6 casos de error de tratamiento o procedimiento empleado (incluye los 3 casos de TCE mencionados, en los que no se aplicó el protocolo de ingresos vigente en la CAV).
- 1 error de Consentimiento Informado (distinto de los dos mencionados antes, procedente de la estimación parcial de uno de los casos, estimación parcial que se da en otro de los casos).
- 1 caso de retraso en la asistencia.

Los casos estimados como mal praxis por los médicos forenses en los que se estima el error de diagnóstico y el error de tratamiento son curiosamente pocos, de los 35 en que se denuncian como involucradas estas dos conductas principalmente (aunque conviene aclarar que en los 35 casos se trata de denuncias más genéricas que específicas, lo que lleva a tomar con precaución esta valoración).

4. CONSIDERACIONES FINALES:

El número de demandas que llegan a valoración médico forense, en relación al número de actos médicos y en cuanto a la cantidad de población, es bajo como hemos expuesto. Aunque el tipo de conductas médico-sanitarias y las especialidades y servicios implicados con más frecuencia son similares a los obtenidos en otros estudios, existe una gran diferencia cuantitativa en los datos que se manejan por las diferentes fuentes (163 en 2013, según el Defensor del paciente, 52 en 5 años según la Subdirección de Gipuzkoa del IVML). Una posible explicación es que muchas de las quejas presentadas ante el defensor del paciente no sean por mal praxis sino que se deban a otros problemas: calidad humana de la atención o quejas sobre actuaciones llevadas a cabo por otro personal no sanitario, quejas de la limpieza, quejas sobre la calidad de la alimentación o el confort…; cabe también la resolución administrativa y no penal, o entre particulares e Instituciones Sanitarias, de problemas de una y otra índole, es decir: aunque impliquen malpraxis, errores médicos.

En general, como venimos mostrando, las cifras de problemas que acaban requiriendo valoración médico forense son bajas. No es raro leer o escuchar que ello se debe a que no conduce a nada denunciar. Se critica el corporativismo médico y a los jueces, y a los peritos judiciales, en este caso Médicos Forenses, por tapar o dulcificar los hechos: nada hemos hallado que nos permita creer en esta afirmación en relación al ámbito profesional que nos ocupa o dudar de nuestra actitud como peritos neutrales e independientes. Si es deducible, en cambio, y ello tendría relación con la complejidad actual de la medicina y la escasez del tiempo de atención no solo estrictamente médica, que inciden otros factores en la presentación o no de una demanda contra médicos y personal sanitario. Como en otros estudios de años anteriores, la atención delicada y la información precisa y detenida tendrían un papel preventivo esencial [2,3].

Los hospitales, lógicamente, porque en ellos se reciben y atienden las patologías más graves y con más complicaciones, acumulan la mayor parte de las demandas; pero es de notar la muy escasa implicación de los ambulatorios y otros servicios no hospitalarios.

Cifras globales correspondientes al año 2011, según informa Eustat en 2014 9, que cita fuentes del Departamento de Salud del Gobierno Vasco respecto a las estadísticas hospitalarias:

- 16 centros hospitalarios en Gipúzkoa, públicos y privados.
- 107.912 ingresos en total, con 885.565 estancias y una estancia media de 8, 2 días.
- 317.306 urgencias hospitalarias.
- 88.105 intervenciones quirúrgicas.
- 7.350 partos.

Pues bien: en el Orden Penal y en asuntos de competencia médico forense, los asuntos tramitados en 2011 fueron 20 (si todos ellos

hubieran ocurrido en pacientes ingresados en hospitales, que no es el caso, se obtendría un resultado del 0, 000024 % de denuncias sobre ingresos). En el total de la serie de años estudiada se vieron implicados 7 de los 16 hospitales (43, 75 %) que recibieron 30 de las 52 denuncias estudiadas (en este caso sobre, aproximadamente, 600.000 ingresos en los 5 años valorados)... Estas cifras resultan indicativas de la seguridad relativa de que "gozan" nuestros médicos y centros y servicios, siendo aún menores las cifras de los demás años, sin que lo sea tanto una disminución proporcional en el número de ingresos o urgencias hospitalarias y, evidente y afortunadamente, resultan indicativas de la calidad de la asistencia médica hospitalaria de nuestra provincia. La seguridad asistencial que se puede colegir de la valoración del conjunto de cifras es, por tanto, alta.

Impresiones similares se obtienen de la valoración de la atención extrahospitalaria10: según Eustat, 2013, citando cifras de 2010: 4.351.943 consultas en los 142 centros extrahospitalarios de Gipúzkoa, que incluyen Ambulatorios, Centros de Salud Mental, Urgencias periféricas, Mutuas asistenciales, Consultorios… En 2010 se tramitaron 15 asuntos sobre malpraxis médica o negligencia médica de interés médico forense… En la serie de 5 años estudiada, 3 casos correspondieron a Centros de Salud de barrio o pueblo, 3 a Urgencias domiciliarias, 3 a Mutua laboral… Es decir: la incidencia de malpraxis que acaba requiriendo valoración médico forense es, afortunadamente, muy baja. … Igualmente es alto el nivel de calidad asistencial y de seguridad para pacientes, y médicos.

En esto parece que en la serie de casos valorados el resultado no resulta muy diferente al obtenido por otros autores.

No se cuenta, en general, con informes periciales privados en los archivos de la Clínica Médico Forense. No se hubieran valorado, por razones obvias. No se han valorado actuaciones judiciales previas a la sentencia ni las sentencias que se hayan podido dictar por ser ajenas a nuestra competencia, por estar influidas por otros datos o elementos de juicio no médicos, y por ser un hecho que las actuaciones en Juicio Oral derivadas de estas demandas son muy escasas, lo que abre la puerta a diversas interpretaciones sobre la resolución de estos casos más allá de lo estrictamente pericial.

El grado de compromiso en la realización del estudio médico forense y la emisión del correspondiente informe aparece, según punto de vista propio, como muy adecuado: revisiones bibliográficas adecuadas y extensas, implicación de dos profesionales médico forenses con competencias similares e igual capacidad de opinión y decisión, consultas y comentarios que se saldan, cuando el caso lo merece, con nuevas aportaciones bibliográficas o de estudio por parte de profesionales no directamente implicados, etc., generan entre nosotros la opinión generalizada de seriedad y adecuación en la valoración médico forense. No obstante, y dada la importancia de los bienes en juego, siempre puede caber la duda de la conveniencia de una aportación externa, periódica o sistemática, a modo de "auditoría" y control de calidad. No somos, porque no es lo mismo y podría suponer pérdida de competencia y de la necesaria independencia, partidarios de la participación sistemática de profesionales médicos, pero no médico forenses, de las distintas especialidades afectadas, aunque este aspecto está en discusión en el conjunto del IVML.

Si parece necesario hacer autocrítica en algunos aspectos: si bien a la hora de afrontar el estudio de cada caso lo esencial es la historia clínica y el resto de información médica a valorar, siendo innecesarias las declaraciones o datos "extramédicos", si creemos necesaria la aportación final al expediente médico forense para su archivo de esas mismas declaraciones, de la sentencia judicial si es que se produce, de los informes de otros profesionales, etc. Ello viene a cuento porque la impresión final que produce este estudio retrospectivo es la de cierta dificultad e imprecisión a la hora de recabar y elaborar la información: el oficio judicial es muchas veces genérico, en algunos informes se omiten datos, como el sexo y la

edad, por ejemplo, que seguro son conocidos por quienes elaboran el correspondiente estudio, pero que luego no se transmiten en la confección del informe, resulta difícil conocer la queja del paciente o su familiares para manejar información derivada que puede tener utilidad por sí misma, resulta difícil establecer criterios de inclusión y exclusión en base a la información de la historia clínica o el oficio judicial, etc.

Recuérdese, para finalizar, que de los 52 casos que se hubieron de estudiar por parte de los médicos forenses, solo el 17, 30 %- 9 casos en 5 años- recibieron una valoración médico forense favorable a la existencia de mal praxis. Si aceptamos que la valoración médico forense tiene la suficiente calidad, hemos de colegir también que el riesgo de que un error no sea adecuadamente ponderado por una valoración médico forense a su vez negligente o imperita es bajo, y que ello redunda en una correcta seguridad tanto para demandantes como para demandados.

AGRADECIMIENTOS.

Este artículo no hubiera sido posible sin la continua colaboración de los médicos forenses de la Subdirección de Guipúzcoa del IVML, en especial del Dr. Del Valle, y del personal de nuestra Secretaría.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Jornet J. Malpraxis, aspectos legales en la relación médico- enfermo, Ed. Ancora S.A., 1991.

2. Álvarez González F, Hidalgo Salvador E, Sánchez Del Castillo D, García Pérez H. Estudio Retrospectivo de las denuncias por malpraxis en la provincia de Málaga, Cuadernos de Medicina Forense, nº 47, Sevilla, enero de 2007. ISSN 1135-7606.

3. Parra S, Revista Xataka, 29 de abril de 2010: ¿Qué médicos son los que reciben más demandas por negligencia?. www.xatakaciencia.com

4. Portales médicos.com, 23 de junio de 2008: “las demandas por errores médicos se han multiplicado por cuatro en diez años”. IV seminario de Biomedicina y Derechos humanos.

5. Asociación del Defensor del Paciente, www.negligenciasmedicas.com; diversas noticias.

6. Revista Quo, 27 de junio de 2013.Las negligencias médicas matan más que el tráfico?.

7. Diario Vasco, 17 de mayo de 2009. J. Peñalba. “Guipúzcoa registra 163 denuncias por negligencias médicas durante el último año”. www.diariovasco.com/20090517/al-dia-local/gipuzkoa.

8. Diario Vasco, 24 de julio de 2014, edición impresa.

9. www.eustat.es. (Instituto Vasco de Estadística), citando fuentes del Departamento de Salud del Gobierno Vasco; asistencia hospitalaria, 2014 (datos de 2011) y extrahospitalaria, 2013 (datos de 2010).

SUICIDIO COMPLEJO A PROPÓSITO DE UN CASO.
ABOUT A CASE OF COMPLEX SUICIDE.

GOMEZ MARQUEZ J.L, PEREZ GÓMEZ B.[1], MARTÍN MARCOS C.[1]

RESUMEN.
La enorme violencia aplicada en las heridas de degüello, su relativa infrecuencia y la incredulidad que provocan, precisan de un diagnóstico diferencial entre su carácter suicida y homicida. Si va acompañada de lesiones torácicas múltiples por arma blanca pueden crear aún mas incertidumbre. La evaluación del lugar de los hechos así como el análisis de las localizaciones, direcciones, profundidad y número de las heridas es esencial. Presentamos un caso de suicidio complejo que se sucede en fases claramente establecidas por la propia gravedad "in crescendo" de las lesiones autoinflingidas.

PALABRAS CLAVES: Degüello suicida. Heridas cortantes. Heridas inciso-punzantes.

ABSTRACT.
The enormous violence applied to the wounds of throat-cut, its relative rarity and unbelief that provoke, require a differential diagnosis between suicidal and homicidal character. If it is accompanied by multiple stab thoracic injuries can create even more uncertainty. The evaluation of the scene as well as the analysis of the locations, directions, depth and number of injuries is essential. We present a case of complex suicide happening in phases, clearly established by the own gravity "in crescendo" of self-inflicted injuries.

KEYWORDS: Throat-cut. Suicide. Incised wounds. Throat injuries.

CONTACTO: José Luis Gómez. Subdirección de Vigo del Instituto de Medicina Legal de Galicia. Rua Lalin 4 36209 Vigo (Pontevedra).
E-mail: joseluisgomezmarquez@gmail.com

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Varón de 45 años de edad. Turista de origen italiano (viajaba solo en moto de pequeña cilindrada). Su cuerpo aparece flotando en una zona muy poco transitada y abrupta de la ría de Pontevedra; a escasa distancia se encuentra fondeada la embarcación que había alquilado unas 24 horas antes. En contra de los procedimientos habituales, el equipo de salvamento que realiza el rescate, traslada el cadáver directamente al aeropuerto de Peinador en Vigo donde se realiza el reconocimiento médico forense del cadáver. Inicialmente, la apreciación de una gran herida en el cuello con exposición de vía aérea plantea la tesis de un posible homicidio. El estudio detallado en la sala de autopsias determina finalmente que se trata de una muerte violenta de naturaleza suicida.

DESCRIPCIÓN E IMAGENES DE LAS LESIONES.

En el reconocimiento inicial destacaba la herida incisa en cara anterior del cuello de unos 12 cm de longitud que dejaba completamente a la vista la laringe y toda la cavidad orofaringea. Sobre la zona alta de la camiseta exterior se apreciaban numerosos ojales de similar disposición y diferente tamaño. (Fotografía 1).

1 Médicos Forenses. Instituto de Medicina Legal de Galicia.

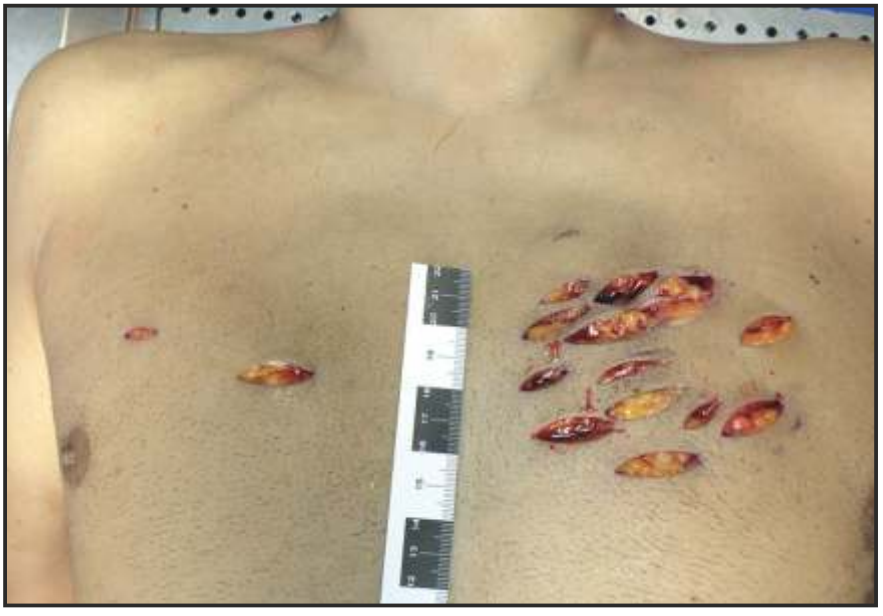
FOTOGRAFIA1.

Sobre la cara anterior de ambas muñecas presentaba múltiples heridas cortantes (once en la derecha y siete en la izquierda) muy superficiales y de similares características y longitud (6-7 cm) que en ningún caso llegan a interesar estructuras tendinosas o vasos. (Fotografías 2 y 3)

FOTOGRAFIAS 2 Y 3.

Sobre región torácica presentaba un total de 16 heridas inciso cortantes además de otras tres lesiones típicas de tanteo. La localización, a excepción de dos de ellas, se circunscriben al hemitórax izquierdo, presentando todas ellas las mismas características y con dimensiones variables (entre 11 y 20 mm a excepción de la superior), con bordes regulares y una cola aguda (a la derecha) y otra roma con muesca (hacia la izquierda). Todas ellas siguen un patrón muy similar y están orientadas en el mismo sentido. (Fotografías 4 y 5).

FOTOGRAFIA 4.



FOTOGRAFIA 5.

Las heridas torácicas atraviesan el peto costal llegando algunas de ellas a perforar parénquima pulmonar. Dichas heridas se producen en los espacios intercostales 2º y 3º izquierdos y 3º y 4º derechos. (Fotografías 6, 7 y 8). Sobre 3º arco costal izquierdo se objetivan improntas del filo del arma rasgando el tejido óseo.

FOTOGRAFIA 6.

FOTOGRAFIAS 7 Y 8.

Finalmente la herida cervical interesa planos de piel, tejido celular subcutáneo y muscular superficial, provocando la comunicación de orofaringe con el exterior pero sin alteraciones o traumatismos de las estructuras óseas o laríngeas. El corte tiene una profundidad estimada de 3-4 cm se sitúa en la parte mas alta de la región cervical y no afecta a vasos importantes (Fotografías 9, 10, 11 y 12). Es de destacar la presencia de las características marcas y heridas de "tanteo" por debajo de la herida principal (fig. nº 10 y 11) y en ambos lados de la misma (derecha e izquierda).

FOTOGRAFIA 9.

FOTOGRAFIA 10.

FOTOGRAFIA 11.

Las imágenes 10 y 11 muestran que la profundidad de la herida es mayor y mas abrupta en la proximidad del su extremo derecho y algo mas superficial en el izquierdo.

FOTOGRAFIA 12.

DISCUSIÓN.

Si bien es sabido que el degüello es un modo inusual de suicidio, si es el mecanismo mas frecuente cuando se utiliza un arma blanca (según autores hasta en el 77% de los casos).

El caso presentado es un acto lesivo autoinflingido de gran violencia en el que se combinan múltiples heridas cortantes y corto-punzantes en localizaciones potencialmente mortales. Se da el caso particular de que, al contrario de lo que sucede habitualmente, el individuo no retiró o se quitó la ropa de la parte superior del cuerpo y que las heridas descritas en tórax no llegan a ser letales de forma inmediata y no causaron pérdida de conocimiento.

Todas las heridas encontradas sobre el cadáver son compatibles con haber sido producidas por el mismo arma (corto-punzante) aunque la variable penetración de la misma pueden dar a cada una de ellas una morfología y profundidad diferentes. En concreto se aboga por un cuchillo de hoja monocortante muy afilado, con unas dimensiones mínimas de 12-14 cm de longitud y de 20 mm de anchura. El ángulo de penetración del arma es de aproximadamente 90 º, es decir, perpendicular al cuerpo y en algunas de las heridas con una ligera inclinación de abajo hacia arriba.

Los estudios de laboratorio establecen que todas las heridas se produjeron en un muy corto espacio de tiempo.

Las características de la herida cervical cumple los criterios típicos (dirección, profundidad y colas, localización, tanteos …) del degüello suicida. La hipótesis mas probable es que, atendiendo a la profundidad de la misma en sus extremos y teniendo en consideración las heridas o marcas de tanteo, el sentido de la misma sea de derecha a izquierda
.

El estudio de las heridas permiten establecer una secuencia de hechos con aceptable rango de seguridad. Tal y como ocurre habitualmente las heridas se producen en una secuencia lógica de menor gravedad a mayor gravedad y por lo tanto las heridas iniciales serían las localizadas en la flexura de las muñecas, posteriormente las torácicas y finalmente la cervical. Es de destacar la ausencia de cualquier otro tipo de lesión traumática.

El cuerpo aparece flotando en el mar, la embarcación se encontraba fondeada a varios metros del cadáver, lo que nos indica que la última lesión propició su caída al agua. El fallecimiento ocurre a consecuencia de un conjunto de concausas en las que la asfixia mecánica por penetración de agua en las vías respiratorias superiores a través de la solución de continuidad supralaríngea es la última.

La familia no ha facilitado antecedentes clínicos psiquiátricos u otro tipo de datos biográficos que puedan explicar la conducta autolítica.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Di Maio VJM y Dana SE. Manual de Patología Forense. Edit Díaz de Santos. Madrid 2003. pp 99-109.
2. Knight B. Medicina Forense de Simpson. Edit Manual Moderno. Mexico 1999. pp 92-93.
3. Gisbert Calabuig JA. Lesiones por Arma Blanca. En: Villanueva Cañadas E. Medicina Legal y Toxicología de Gisbert Calabuig. 6ª Edición. Edit Masson. Barcelona 2004. pp 383-393.
4. Mederos-Catalano D., Rodriguez Estula G., Rodriguez Almada H., “Suicidio complejo no planificado: reportaje de tres casos inusuales”. Gaceta internacional de ciencias forenses. 2013. No. 7
5. Bohnert M, Pollak S. Complex suicides:a review of the literature. Arch Kriminol. 2004 May-Jun;213(5-6):138-53.
6. Stéphanie Racette B.Sc., Anny Sauvageau M.D., Planned and Unplanned Complex Suicides: A 5-year Retrospective Study. Journal of Forensic Sciences. Volume 52, Issue 2 , Pages 249–513. March 200

PROBLEMÁTICA MÉDICO LEGAL DEL SHOCK ANAFILÁCTICO.
MEDICO LEGAL PROBLEMS OF ANAPHYLACTIC SHOCK.

COSTAS COSTAS EJ[1], FERNÁNDEZ LISTE A[1].

RESUMEN.
Se presenta el caso de un varón de edad avanzada, con antecedentes de cardiopatía, fallecido por reacción anafiláctica secundaria a picaduras de abejas. En el caso actual los datos de levantamiento (testigos) orientaban a la causa de la muerte. Sin embargo estos fallecimientos se pueden producir sin testigos y sin datos significativos, tanto en el examen externo como en el examen interno, lo que puede llevar, de no realizar los exámenes complementarios necesarios, como la determinación de la triptasa sérica o los estudios histopatólogicos, a un incorrecto diagnóstico de la causa de la muerte y de su etiología médico-legal.

PALABRAS CLAVES: Reacción anafiláctica, anafilaxia, triptasa.

ABSTRACT.
We present the case of an elderly male with a history of heart disease, which died of anaphylactic reaction secondary to bee stings. In this case, witnesses helped determine the cause of death. However, death due to this cause can occur without the presence of witnesses and without significant data, both in external and external examination. This can lead to the non-realization of complementary exams such as the use of tryptase or histopathological study which may therefore, end in an incorrect diagnosis of the cause as well as the manner of death.

KEYWORDS: Anaphylactic reaction, anaphylaxia, tryptase.

CONTACTO: Eduardo José Costas Costas, Instituto de Medicina Legal de Galicia, r/ Viena, s/n, 15707, Santiago de Compostela eduardoj.costas@justicia.es

INTRODUCCIÓN.

Podemos definir la anafilaxia como una reacción alérgica, severa e inesperada, de comienzo rápido, que puede causar la muerte de una persona tras el contacto con un alérgeno. El diagnóstico de anafilaxia es esencialmente clínico, destacando el compromiso de varios sistemas: cardiovascular, cutáneo, respiratorio y gastrointestinal [1].

La reacción anafiláctica puede provocar el fallecimiento del paciente, muerte que debe ser clasificada como violenta, de etiología médico-legal más habitual accidental. Esta causa de muerte es origen frecuente de frustración del patólogo forense, dados los hallazgos inespecíficos del estudio postmortem, especialmente en los casos sin asistencia médica, sin antecedentes de alergia, sin testigos, o con lisis/putrefacción acentuada [2]. La existencia de parámetros analíticos que ayudan a confirmar dicha posibilidad, o evitar un infradiagnóstico, son de gran utilidad en el correcto trabajo del médico forense.

2. RESUMEN DEL CASO:

En el caso actual nos encontramos ante un paciente de 80 años de edad, con antecedentes de importantes patologías previas: infarto agudo de miocardio, accidente cerebro-vascular, hepatopatía e infección articular a tratamiento hacía unos meses. No constaban antecedentes de reacción alérgica a picaduras de abeja, verbalizando la familia un episodio anterior, con significativa reacción inflamatoria local, sin haber llegado a requerir asistencia facultativa.
Según la información facilitada, el paciente abandonó el domicilio en un tractor, dirigiéndose a un campo cercano. A los pocos minutos unos vecinos lo oyeron gritar, acercándose y hallándolo rodeado de abejas. Las ahuyentaron con el humo de unos periódicos. En ese

1 Médico Forense. Dirección de Santiago de Compostela. Instituto de Medicina Legal de Galicia.

momento el fallecido llegó a hablar con los vecinos, solicitando una silla, con progresivo deterioro de la conciencia y dificultad respiratoria. A los 23 minutos fue asistido por efectivos del 061, diagnosticándose el éxitus tras el fracaso de las maniobras de RCP.

El levantamiento se inició unos 135 minutos tras los hechos. A la exploración el fallecido presentaba lesiones por picadura, con el aguijón in situ, en número de seis en la región facial (fotografía 1), y otra en el antebrazo derecho. Se hallaron además otras lesiones compatibles con picadura, sin aguijón, en número de 2 en la región supraescapular izquierda y otras 2 en el brazo derecho.

Fotografía 1: Lesión por picadura en región submandibular izquierda, con aguijón in situ.

Lesión abrasiva en la región preesternal (en paciente sometido a maniobras de RCP), y pequeñas equimosis y excoriaciones en antebrazo-mano izquierdas. No se evidenciaron otras lesiones externas significativas de violencia. Entre la ropa se halló una abeja muerta. A los 148 minutos del fallecimiento se procedió a la obtención de sangre de subclavia izquierda (tubo con EDTA).

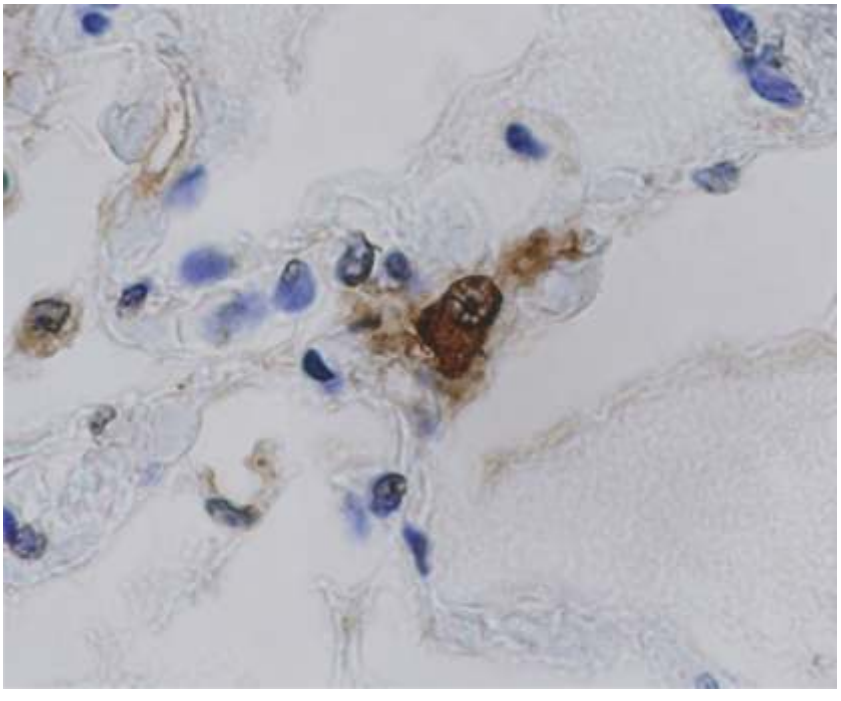
La autopsia se realizó a la mañana siguiente (transcurridas unas 17:30 horas tras los hechos). En el examen interno destacó congestión visceral generalizada. Datos de ligera atrofia cortical encefálica, así como foco de coloración amarillenta en el tercio posterior del lóbulo parietal izquierdo (compatible con infarto antiguo). Importantes adherencias pleurales bilaterales, así como paquipleuritis calcificada bilateral. Fractura no desplazada de tercio medio de cuerpo esternal y en el tercio anterior de varios arcos costales izquierdos, que se asumieron como secundarios a RCP. Pulmones ligeramente edematosos, sin significativo aumento de peso. Cardiomegalia (730gr) con importante coronariopatía

(obstrucción de un 75% en los tres vasos principales en porciones distales). Importantes placas de ateroma, calcificadas y ulceradas, en aorta y ramas. No datos macroscópicos de edema en cuerdas vocales. Se obtuvo sangre de femoral derecha (tubo con separador de gel) para la realización de estudios toxicológicos y biológicos. Igualmente se obtuvieron muestras para su estudio histopatológico.

Los estudios bioquímicos realizados evidenciaron en ambas muestras (tubo de sangre con EDTA obtenido de subclavia izquierda en el levantamiento y tubo de sangre con separador de gel, obtenido de femoral derecha en el momento de la autopsia), niveles de IgE superiores a los 100kUI/L (104 y 107 kUI/L respectivamente). Los niveles de triptasa superaron los 200ng/ml (máximo cuantificado por laboratorio), con niveles de referencia inferiores a 13,5ng/ml.

Los estudios histopatológicos evidenciaron datos de un infarto antiguo en lóbulo parietal izquierdo, cambios asociados a la edad en corazón, cuadro compatible con reacción alérgica a nivel pulmonar (ocasionales eosinófilos en la pared de los bronquios y en la luz de los vasos; infiltrado linfocítico peribronquial leve, sin remodelación bronquial), pleuritis fibrinosa, cambios hepáticos inflamatorios mínimos, y nefritis túbulo-intersticial crónica. El estudio histopatológico de una de las picaduras tan sólo mostró un leve infiltrado linfocítico. Usando el marcador de la triptasa de mastocitos (MCT) se evidencia un marcaje importante a nivel central y periférico pulmonar y en picadura, observándose incluso la degranulación (fotografía 2)

Fotografía 2: Mastocito marcado con MCT en parénquima pulmonar periférico en el que se observa degranulación.



3. REACCIÓN ANAFILÁCTICA.

La prevalencia de la anafilaxia se estima en un 0,05-2%, incluyendo todas las etiologías [1]. Debido a su rareza y naturaleza no predecible, la verdadera incidencia de la muerte por anafilaxia no se conoce con exactitud. Algunos autores estiman que es causa de muerte en el 0.65-2% de reacciones anafilácticas, produciendo entre 0.5-3 millones de muertes al año [3].

La mayoría de las reacciones anafilácticas son mediadas por IgE. En este proceso intervienen fundamentalmente tres elementos: alergeno, IgE específica y células diana (mastocitos y basófilos) [4]. Aunque también hay otros mecanismos de producción: IgG, activación del complemento, activación de la cascada de coagulación, citotoxicidad o la activación directa de mastocitos y basófilos [5].

El alérgeno es procesado por las células presentadoras de antígeno. Éstas los muestran a subgrupos de linfocitos T cooperadores específicos, que activan células B, las cuales sintetizan y liberan al suero IgE específica. La interacción entre el alérgeno y esta IgE induce la degranulación de mastocitos y la liberación de mediadores. También degranulan los basófilos, aunque éstos contienen tan sólo 1/500 de la cantidad de triptasa total [6].

Degranulación de mastocitos y basófilos destacan:

- **Histamina**: los niveles plasmáticos de histamina se han correlacionado con la gravedad del cuadro [7-9]. Sin embargo, su uso se encuentra limitado por una vida media muy corta. En la reacción anafiláctica se han observado picos de histamina tras los primeros 5 minutos, los cuales se mantienen altos durante 15-30 minutos [9,10]. Por ello algunos autores han limitado su utilidad a aquellos casos de poco tiempo de evolución entre el contacto con el desencadenante del shock y la muerte, y con un intervalo postmortem de toma de muestra muy corto [11]. Sin embargo, la metilhistamina en orina, metabolito de la histamina, puede ser detectada por encima de las 24 horas tras la reacción anafiláctica, habiendo sido propuesta su utilidad en el estudio de una posible reacción anafiláctica [12].

- **Triptasa**: la triptasa es una endoproteasa presente de forma casi exclusiva en los mastocitos, pudiendo ser utilizada para detectar la actividad de estas células. Además tiene una prolongada vida media en sangre, con una concentración máxima a los 45-90 minutos de haberse iniciado la reacción, y permanece elevada más allá de las 4-6 horas. Por ello, no se recomienda la toma de la muestra antes de transcurrida una hora desde el inicio de los síntomas [1,4,13]. Así mismo, los niveles plasmáticos de triptasa se correlacionan con la gravedad clínica de la anafilaxia [7-9].

- **Otros:** Hay otros factores en estudio que prometen buenos resultados, aunque aún no están totalmente testados, como la carboxipeptidasa A3, la quimasa o el factor activador de plaquetas [11,14].

Son múltiples los agentes que se han descrito como desencadenantes de reacciones anafilácticas, pudiendo destacar por su importancia los alimentos (1ª causa en niños y 2ª en adultos), fármacos, picaduras de insectos o látex, entre otros. Debe prestarse especial atención a las posibles reacciones cruzadas. Igualmente, estímulos físicos, como el ejercicio o el aire frío pueden producir una activación directa de los mastocitos, y desencadenar una reacción anafiláctica.

Desde el punto de vista médico forense adquiere una especial importancia la anafilaxia perioperatoria. Se ha estimado su prevalencia en 1 de cada 5000-10000 anestesias [1], produciendo una mortalidad de entre el 3 y el 6% [15]. En estos casos las características de la reacción anafiláctica pueden ser confundidas con efectos dosis dependientes de los fármacos administrados.,

Los síntomas suelen iniciarse dentro de los 5-30 minutos tras la exposición [16] pero pueden durar más de una hora. Sin embargo, la velocidad de aparición y las características

clínicas varían en función de la sensibilización del sujeto, y de la concentración y vía de entrada del alérgeno. De forma genérica, a menor período de latencia entre el contacto con el alérgeno y el desencadenamiento de la reacción, suelen presentar una mayor gravedad [4].

Sin embargo, se han descrito cuadros de anafilaxia que pueden producirse con un inicio retardado (después de 30-60 minutos) y cuadros bifásicos, en los que existe una recurrencia de los síntomas entre 1 y 72 horas tras la resolución de un primer cuadro anafiláctico (generalmente unas 8-12 horas después), a pesar de no estar nuevamente expuesto al agente desencadenante [1,13].

El diagnóstico de la anafilaxia es fundamentalmente clínico. Se debe recoger información detallada acerca de los acontecimientos inmediatamente anteriores al inicio del cuadro [4]. Dados los múltiples posibles desencadenantes de la reacción anafiláctica, es importante la recogida variada de muestras, tanto de contenido gástrico e intestinal, como de sangre, bilis y orina, con el fin de identificar la posible etiología [17].

Las primeras manifestaciones de la anafilaxia se producen en las zonas con mayor concentración de mastocitos, como es el caso de la piel y mucosas, los pulmones, corazón y el tracto gastrointestinal. En las formas menos graves predomina la taquicardia con hipotensión más o menos intensa y los signos cutáneos, principalmente en tronco que pueden generalizarse rápidamente. En las formas más graves la reacción conduce al shock anafiláctico y paro cardíaco, o a la asfixia secundaria a la obstrucción de las vías respiratorias [15].

Las causas inmediatas de muerte son variadas, estableciéndose de forma más frecuente la asfixia en los casos secundarios a contacto con comida y shock en los casos relacionados con animales y reacciones iatrogénicas [17].

En los casos fatales, con obstrucción bronquial clínica, los pulmones muestran una importante hiperinsuflación en el examen macroscópico y microscópico. El enfisema agudo se atribuye a un broncoespasmo incoercible, que desaparece tras la muerte. El edema laríngeo se halla en la mitad de los casos y la eosinofilia en el tracto respiratorio en el 64.3% de los casos [18]. Este edema puede afectar a epiglotis e hipofaríngе, así como, en cierto grado, a la tráquea. En el examen microscópico se muestra una amplia separación entre las fibras de colágena y los elementos glandulares, así como congestión vascular e infiltración de eosinófilos, muy significativos en estas áreas.

Los hallazgos pulmonares macroscópicos e histológicos deben diferenciar tres situaciones:

1) En los casos de anafilaxia con oclusión laríngea se observará edema de la mucosa de la vía respiratoria superior, edema laríngeo con total o casi total obstrucción de la vía aérea, congestión de la mucosa laríngea con eosinofilia, sin cambios epiteliales ni tapones mucosos en bronquios

2) En los casos asma alérgico fatal con niveles de IgE elevados en sangre no encontraremos edema de la mucosa de la vía respiratoria superior, ní edema laríngeo con obstrucción total o casi total de la vía aérea, pero sí congestión de la mucosa bronquial con eosinofilia, cambios epiteliales y tapones mucosos en bronquios.

3) En los casos de asma idiopático fatal sin niveles de IgE elevados en sangre se observarán signos específicos de remodelación bronquial, ectasia de las ductos glandulares bronquiales, espirales de Curshmann y cristales de Charcot-Leyden [19].

Esto nos permite distinguir cuándo una muerte debe ser clasificada como anafiláctica y cuándo como asmática. Además, debemos recordar que las reacciones anafilácticas son agudas, severas y generalizadas. Las reacciones asmáticas resultado de un alérgeno inhalado son el resultado de una reacción local, pero no presentarán reacciones sistémicas

secundarias a dicho alérgeno [17].

En cuanto al uso de la inmunohistoquímica, ya que las tinciones convencionales no son específicas, el marcador de elección será el de triptasa de mastocitos (MCT), pudiendo emplearse también el CD117. Teóricamente, el hallazgo fundamental consistirá en observar a mastocitos con marcaje pericelular, que nos indicará la presumible degranulación. Es útil encontrar mastocitos en el parénquima pulmonar alejado de los bronquios [16,18] para diferenciarlo de posibles casos de asma. Aunque Fineschi afirma que es útil el contaje de células positivas al marcador [20], no propone una cifra que se deba alcanzar para confirmar el diagnóstico. Un importante marcaje con MCT es un hallazgo muy sugestivo de anafilaxia pero, por sí mismo, no es diagnóstico.

En cuanto a la autopsia cardíaca, recordar que el corazón sano presenta mastocitos en el miocardio y la íntima de las arterias coronarias. Así mismo, se ha evidenciado la presencia de mastocitos en las lesiones ateroescleróticas, contribuyendo a la aterogénesis. Algunos autores han propuesto que los mediadores liberados en la degranulación de mastocitos y basófilos podrían producir un espasmo coronario que provocaría un infarto de miocardio y/o arritmia [13].

El estudio histológico se complementará con los estudios bioquímicos. La determinación de triptasa en plasma, y de metilhistamina en orina se han evidenciado de gran importancia [12] hasta el punto de que algunos autores han recomendado la determinación del nivel sérico de triptasa para confirmar el diagnóstico de anafilaxia [21,22] El estudio de estos parámetros es clave en los casos peri-operatorios, ya que nos permite descartar los efectos adversos asociados a sobredosificación de fármacos [1].

La IgE tiene menor importancia en cuanto al diagnóstico, especialmente en los casos con escasa evolución, ya que es menos reactiva, aunque es estable durante varias semanas [23]. Sin embargo, en los casos en los que exista un alérgeno conocido o sospechado, nos permite filiar el origen de la reacción, al detectar los niveles de la IgE específica de ese antígeno, mediante un test RAST (radioallergosorbent test) [24]. Un aumento de la IgE específica sí nos orientará hacia la existencia de una reacción anafiláctica. El resto de IgE, o el valor global de IgE, simplemente nos orientará hacia la existencia de una sensibilización a uno o varios alergenos, sin implicar necesariamente su participación en el cuadro [13].

Ambos parámetros (IgE y triptasa) se estudian en suero o plasma, por lo que el recipiente de elección es un tubo separador de gel, si bien, de no disponer de éstos, la toma se podrá realizar en un tubo con EDTA o similar, con posterior centrifugado.

4. DISCUSIÓN.

Como hemos comentado, no hay hallazgos macro o microscópicos específicos de la muerte secundaria a una reacción anafiláctica, especialmente por la rapidez con la que sobreviene la muerte [17,25].

Se ha propuesto la determinación de la triptasa sérica como diagnóstico de muerte por anafilaxia [23]. Sin embargo, aunque es una ayuda muy importante, no puede ser el único hallazgo positivo en la autopsia, ya que puede encontrarse igualmente elevado en casos no alérgicos [26], como traumatismos [27], infarto de miocardio [28] y en formas de mastocitosis, leucemia mielocítica o síndromes mielodisplásicos [29]. No siempre se encuentra elevado en niños cuando el alérgeno es comida, o cuando la alteración es fundamentalmente respiratoria [30]. Sin embargo, si bien la elevación no es patognomónica, la ausencia sí descartará esta causa [28].

Distintos estudios han correlacionado la severidad de la reacción alérgica en humanos con la degranulación temprana de las células mastoideas y la correspondiente elevación de la triptasa [7-9]. Esta elevación es más acusada en casos por drogas, anestésicos y picaduras de insectos, y más moderada en reacciones a los alimentos [8,9,31].

La muestra para la determinación de la triptasa debe de ser obtenida de los vasos femorales, ya que la sangre cardíaca puede dar falsos positivos [26]. Una alternativa podría ser el líquido pericárdico, que ha demostrado dar resultados positivos, aunque los niveles son mucho menores que en sangre. La orina y el humor vítreo no son muestras aptas para esta determinación [32].

El punto de corte diagnóstico es controvertido. Se ha propuesto el de 10 ng/ml y el de 11.40 ng/ml, en base al valor de referencia normal (4.5 ± 2.1 ng/ml) [23,26,33]. Debemos recordar que estos valores de referencia son válidos a partir de los 6 meses de edad [34]. Antes de esa edad el valor de referencia normal será de 6.1 ng/ml [35]. En mayores de 80 años este valor de referencia será de 6.6 ng/ml [36]. Otros autores proponen un punto de corte más elevado, y por lo tanto más conservador, que entendemos como más acertado, situándolo en 44.3 ng/ml [20,37,38]. Aún así se han encontrado casos de muerte natural de origen cardíaco con triptasa por encima de este valor de corte [39]. El situar el límite en 110 ng/ml tal como propone McLean [3] parece excesivo ya que debe de tenerse en cuenta que, según el tiempo de evolución, si el mismo es corto, pueden considerarse valores pequeños como negativos cuando no lo son [34]. El uso de valores relativos de triptasa según la evolución temporal, tan usado en la clínica, no es una opción en nuestro campo [40].

Algunos autores han recomendado la determinación de la metilhistamina en orina como hallazgo con gran relevancia diagnóstica, si bien dicho parámetro no ha sido estudiado en nuestro caso [12].

La histología convencional es orientativa pero inespecífica, por lo que recomendamos el uso de MCT. Si el marcaje es abundante, será un indicio importante, pero por el momento no están definidos los límites diagnósticos, por lo que será únicamente un dato de apoyo al diagnóstico final.

El diagnóstico correcto de muerte por reacción anafiláctica deberá emitirse con una comparación prudente de los datos extraídos del levantamiento de cadáver, información clínica, necrópsica y de pruebas de laboratorio, y excluir otras posibles causas de muerte distintas a la anafilaxia [17,41].

En el caso que presentamos, la información recogida en el levantamiento del cadáver fue clave en su orientación, a partir tanto de las manifestaciones de los testigos, como del examen externo, en el que se evidenciaron 7 picaduras de abeja, con el aguijón aún presente. Sin embargo, en el caso actual no existía constancia médica de antecedentes de alergia, presentando antecedentes de cardiopatía que podrían haber justificado una descompensación a raíz de episodio estresante. En otras ocasiones, los datos de levantamiento pueden ser inespecíficos o puede ser necesario descartar otras causas. Un estudio de la triptasa sérica, en la que se evidencie, un aumento de este parámetro; así como un estudio histopatológico que permita mostrar una importante degranulación de estas células, orientarán el diagnóstico. Así mismo, de obtener un correcto diagnóstico de muerte secundaria a reacción anafiláctica, se podrá proceder a intentar identificar el probable desencadenante a partir del estudio de IgE específicas (RAST), o a descartar posibles alérgenos de interés en el caso concreto.

5. CONCLUSIONES.

La muerte secundaria a reacción anafiláctica presenta una gran dificultad en su correcto diagnóstico. Por ello recomendamos que se tenga en consideración esta posible causa, no sólo en aquellos casos con testimonios que puedan orientar hacia ésta, si no en todos aquellos casos con una historia clínica y datos sugestivos, en los que no existan hallazgos específicos en la autopsia; y en aquellos de muerte súbita inesperada con autopsia no concluyente. Para ello el patólogo forense deberá recoger sangre, preferentemente en un tubo separador de gel, para permitir el estudio de la triptasa e IgE. Puede resultar igualmente de interés la determinación de metil-histamina en orina. Estos estudios deberán ir acompañados

de los correspondientes estudios histológicos, entre los que destacamos el marcador MCT.

BIBLIOGRAFÍA:

1 Toche P. Anafilaxia. Rev Med Clin Condes 2011;22(3):265-269.

2 Da Broi U, Moreschi C. Post-mortem diagnosis of anaphylaxis: A difficult task in forensic medicine. Forensic Sci Int 2011 Jan 30;204(1-3):1-5.

3 McLean-Tooke A, Goulding M, Bundell C, White J, Hollingsworth P. Postmortem serum tryptase levels in anaphylactic and non-anaphylactic deaths. J Clin Pathol 2014 Feb;67(2):134-138.

4 Rubio C, Lasa E, Arroabarren E, Garrido S, Garcia BE, Tabar AI. Anaphylaxis. An Sist Sanit Navar 2003;26 Suppl 2:103-110.

5 Lockey R. Anaphylaxis: Synopsis. World Allergy Organization 2012.

6 Jogie-Brahim S, Min HK, Fukuoka Y, Xia HZ, Schwartz LB. Expression of alpha-tryptase and beta-tryptase by human basophils. J Allergy Clin Immunol 2004 Jun;113(6):1086-1092.

7 Stone SF, Cotterell C, Isbister GK, Holdgate A, Brown SG, Emergency Department Anaphylaxis Investigators. Elevated serum cytokines during human anaphylaxis: Identification of potential mediators of acute allergic reactions. J Allergy Clin Immunol 2009 Oct;124(4):786-92.e4.

8 Vadas P, Perelman B, Liss G. Platelet-activating factor, histamine, and tryptase levels in human anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol 2013 Jan;131(1):144-149.

9 Van der Linden PW, Hack CE, Poortman J, Vivie-Kipp YC, Struyvenberg A, van der Zwan JK. Insect-sting challenge in 138 patients: relation between clinical severity of anaphylaxis and mast cell activation. J Allergy Clin Immunol 1992 Jul;90(1):110-118.

10 Schwartz LB, Yunginger JW, Miller J, Bokhari R, Dull D. Time course of appearance and disappearance of human mast cell tryptase in the circulation after anaphylaxis. J Clin Invest 1989 May;83(5):1551-1555.

11 Nishio H, Suzuki K. Serum tryptase levels in sudden infant death syndrome in forensic autopsy cases. Forensic Sci Int 2004 Jan 6;139(1):57-60.

12 Simons FE. 9. Anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol 2008 Feb;121(2 Suppl):S402-7; quiz S420.

13 Brazilian Association of Allergy and Immunopathology (Associacao Brasileira de Alergia e Imunopatologia), Brazilian Society of Anesthesiology (Sociedade Brasileira de Anestesiologia). Anaphylaxis: diagnosis. Rev Assoc Med Bras 2013 Jan-Feb;59(1):7-13.

14 Vadas P, Gold M, Perelman B, Liss GM, Lack G, Blyth T, et al. Platelet-activating factor, PAF acetylhydrolase, and severe anaphylaxis. N Engl J Med 2008 Jan 3;358(1):28-35.

15 Llanos Palmira, Lisette Elena et al. Anafilaxia y anestesia en la paciente Obstétrica. A propósito de un caso. Rev cuba anestesiol reanim 2011;10(1):52-59.

16 Perskvist N, Edston E. Differential accumulation of pulmonary and cardiac mast cell-subsets and eosinophils between fatal anaphylaxis and asthma death: a postmortem comparative study. Forensic Sci Int 2007 Jun 14;169(1):43-49.

17 Pumphrey RS, Roberts IS. Postmortem findings after fatal anaphylactic reactions. J Clin Pathol 2000 Apr;53(4):273-276.

18 Shen Y, Li L, Grant J, Rubio A, Zhao Z, Zhang X, et al. Anaphylactic deaths in Maryland (United States) and Shanghai (China): a review of forensic autopsy cases from 2004 to 2006. Forensic Sci Int 2009 Apr 15;186(1-3):1-5.

19 M. Tsokos. Asthma deaths. Phenomenology, pathology and medicolegal aspects. In: M. Tsokos, editor. Forensic Pathology Reviews vol 4 Totowa, NJ: Humana Press; 2005. p. 107-141.

20 Fineschi V, Cecchi R, Centini F, Reattelli LP, Turillazzi E. Immunohistochemical quantification of pulmonary mast-cells and post-mortem blood dosages of tryptase and eosinophil cationic protein in 48 heroin-related deaths. Forensic Sci Int 2001 9/1;120(3):189-194.

21 Lieberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, Kemp SF, Lang DM, Bernstein DI, et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 Update. J Allergy Clin Immunol 2010 9;126(3):477-480.e42.

22 Cichocka-Jarosz E, Sanak M, Szczeklik A, Brzyski P, Gielicz A, Pietrzyk JJ. Serum tryptase level is a better predictor of systemic side effects than prostaglandin D2 metabolites during venom immunotherapy in children. J Investig Allergol Clin Immunol 2011;21(4):260-269.

23 Yunginger JW, Nelson DR, Squillace DL, Jones RT, Holley KE, Hyma BA, et al. Laboratory investigation of deaths due to anaphylaxis. J Forensic Sci 1991 May;36(3):857-865.

24 Horn KD, Halsey JF, Zumwalt RE. Utilization of serum tryptase and immunoglobulin e assay in the postmortem diagnosis of anaphylaxis. Am J Forensic Med Pathol 2004 Mar;25(1):37-43.

25 Bury D, Langlois N, Byard RW. Animal-related fatalities--part II: characteristic autopsy findings and variable causes of death associated with envenomation, poisoning, anaphylaxis, asphyxiation, and sepsis. J

Forensic Sci 2012 Mar;57(2):375-380.

26 Edston E, van Hage-Hamsten M. beta-Tryptase measurements post-mortem in anaphylactic deaths and in controls. Forensic Sci Int 1998 May 11;93(2-3):135-142.

27 Edston E, van Hage-Hamsten M. Mast cell tryptase and hemolysis after trauma. Forensic Sci Int 2003 Jan 9;131(1):8-13.

28 Randall B, Butts J, Halsey JF. Elevated postmortem tryptase in the absence of anaphylaxis. J Forensic Sci 1995 Mar;40(2):208-211.

29 Schwartz LB. Diagnostic value of tryptase in anaphylaxis and mastocytosis. Immunol Allergy Clin North Am 2006 Aug;26(3):451-463.

30 National Institute for Health and Clinical Excellence. Anaphylaxis: assessment to confirm an anaphylactic episode and the decision to refer after emergency treatment for a suspected anaphylactic episode. December 2011(NICE clinical guideline 134).

31 Sala-Cunill A, Cardona V, Labrador-Horrillo M, Luengo O, Esteso O, Garriga T, et al. Usefulness and limitations of sequential serum tryptase for the diagnosis of anaphylaxis in 102 patients. Int Arch Allergy Immunol 2013;160(2):192-199.

32 Comment L, Reggiani Bonetti L, Mangin P, Palmiere C. Measurement of beta-tryptase in postmortem serum, pericardial fluid, urine and vitreous humor in the forensic setting. Forensic Sci Int 2014 Jul;240:29-34.

33 Fellinger C, Hemmer W, Wohrl S, Sesztak-Greinecker G, Jarisch R, Wantke F. Clinical characteristics and risk profile of patients with elevated baseline serum tryptase. Allergol Immunopathol (Madr) 2014 Sep 12.

34 Vitte J. Human mast cell tryptase in biology and medicine. Mol Immunol 2015 Jan;63(1):18-24.

35 Belhocine W, Ibrahim Z, Grandne V, Buffat C, Robert P, Gras D, et al. Total serum tryptase levels are higher in young infants. Pediatr Allergy Immunol 2011 Sep;22(6):600-607.

36 Gonzalez-Quintela A, Vizcaino L, Gude F, Rey J, Meijide L, Fernandez-Merino C, et al. Factors influencing serum total tryptase concentrations in a general adult population. Clin Chem Lab Med 2010 May;48(5):701-706.

37 Edston E, Eriksson O, van Hage M. Mast cell tryptase in postmortem serum-reference values and confounders. Int J Legal Med 2007 Jul;121(4):275-280.

38 Mayer DE, Krauskopf A, Hemmer W, Moritz K, Jarisch R, Reiter C. Usefulness of post mortem determination of serum tryptase, histamine and diamine oxidase in the diagnosis of fatal anaphylaxis. Forensic Sci Int 2011 Oct 10;212(1-3):96-101.

39 Palmiere C, Comment L, Vilarino R, Mangin P, Reggiani Bonetti L. Measurement of beta-tryptase in postmortem serum in cardiac deaths. J Forensic Leg Med 2014 Mar;23:12-18.

40 Brown SG, Stone SF, Fatovich DM, Burrows SA, Holdgate A, Celenza A, et al. Anaphylaxis: clinical patterns, mediator release, and severity. J Allergy Clin Immunol 2013 Nov;132(5):1141-1149.e5.

41 Low I, Stables S. Anaphylactic deaths in Auckland, New Zealand: a review of coronial autopsies from 1985 to 2005. Pathology 2006 Aug;38(4):328-332.

DEGÜELLO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE SUICIDIO Y HOMICIDIO. EXPOSICIÓN DE UN CASO PRÁCTICO.

SLAUGHTERING: DIFFERENCIAL DIAGNOSIS BETWEEN SUICIDE AND HOMICIDE: A CASE REPORT.

ROMERO TIRADO M A[1] DEL RÍO TAJES I[2]

RESUMEN.
El degüello es una lesión poco frecuente en nuestro medio y fundamentalmente de etiología suicida. No obstante, es importante estudiar detenidamente tanto las características de la lesión como los datos del levantamiento, para no obviar posibles casos de homicidio. En el presente artículo se revisan los puntos más importantes a tener en cuenta para el diagnóstico diferencial entre heridas incisas suicidas y homicidas, tomando como ejemplo un caso clínico del Servicio de Patología de la Subdirección territorial de Pontevedra del IMELGA.

PALABRAS CLAVES: Degüello, heridas incisas, suicidio, homicidio.

ABSTRACT.
Slaughtering it's an uncommon wound lesion in our surroundings, and normally its etiology is suicide. Nevertheless, it's really important pay attention to the wound's features and the findings from the crime scene, in order not to overlook possible homicide cases. In this article, we overview the most important issues that should be beard in mind to make the differential diagnosis between suicide and homicide incise wounds, taking as an example a real case from the Pathology Service of the IMELGA (Pontevedra Department)

KEYWORDS: Slaughtering, incise wounds, suicide, homicide.
Iria del Río Tajes. Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA) Pontevedra. Tomás y Valiente s/n, 36071 Pontevedra. email: iria.delrio@justicia.es.

CONTACTO: joseluisgomezmarquez@gmail.com

INTRODUCCIÓN.

El degüello se define como una/s herida/s incisas que afectan a estructuras profundas de la parte anterior del cuello, tales como los músculos esternocleidomastoideo, las arterias carótidas, las venas yugulares y la tráquea[1].

En las heridas incisas el mecanismo lesional es el deslizamiento de un borde afilado del objeto vulnerante sobre los tejidos blandos, produciendo un corte limpio de las fibras elásticas de los tejidos. Como consecuencia, sus características morfológicas son: bordes bien definidos sin puentes de unión y colas de entrada y de salida, siendo esta última normalmente más larga y superficial que la de entrada.

En algunos casos pueden se heridas mixtas (incisopunzantes) si el objeto vulnerante posee además de un filo una punta y esta es introducida previamente al deslizamiento de la hoja. En este caso la cola de entrada se produce por una distensión de las fibras elásticas de la piel, por lo que será más anfractuosa y redondeada que en el caso de las heridas incisas simples [2].

EXPOSICIÓN DEL CASO.

Mujer de 41 años de raza asiática que al parecer es asaltada en el comercio que regentaba. En el lugar del levantamiento se observan manchas de sangre por toda la acera por la que huyó el agresor y en el lugar donde se encontraba el cuerpo se observa un gran charco de sangre (mínimo de dos litros de volumen) sobre el que se aprecian pisadas de distintos sujetos y que se prolonga por todo el pasillo.

En la autopsia se observa una única lesión en cara anterior de cuello, de 18 cm de longitud, con

1 Médico Forense. Jefa de Sección de Patología, IMELGA Pontevedra.
2 Médico Forense. Subdirectora Territorial de IMELGA Pontevedra.

un trayecto rectilíneo y paralelo al plano de sustentación y con cola de entrada en el lateral izquierdo y cola de salida en lateral derecho.

La lesión desgarra de forma superficial el músculo esternocleidomastoideo izquierdo y va ganando profundidad conforme se acerca a la línea media, seccionando completamente la tráquea por debajo del cartílago tiroides, el cual se encuentra retraído hacia la región submandibular. La arteria carótida y la vena yugular derechas están seccionadas parcialmente y el esternocleidomastoideo homónimo se encuentra completamente seccionado.

El plano anterior del cuerpo vertebra de C4 se observa una incisión superficial.

El resto de la autopsia es anodina excepto la presencia de sangre aspirada en pulmón.

DISCUSIÓN.

Las lesiones incisas en cuello son raras en nuestro medio y suelen estar relacionadas con mecanismos suicidas. Son frecuentes las lesiones de tanteo, más superficiales y cortas, bien alrededor de la herida que causa la lesión mortal, bien en otras localizaciones como muñecas y flexura de los codos debido a las dudas del sujeto. Las colas de entrada y salida nos revelan la dirección en la que fue realizado el corte; así un sujeto diestro se autoinflingiría la lesión de izquierda a derecha y un sujeto zurdo lo haría de derecha a izquierda y ambos lo harían de arriba abajo [3,5].

El diagnóstico diferencial con una lesión de este tipo pero de origen homicida, depende de la posición relativa de la víctima y el agresor.

Si el ataque se produce por delante, el sujeto tendrá tendencia a apartarse hacia atrás por lo que la profundidad de la herida será menor y normalmente incisopunzante. También suelen producirse lesiones por defensa al intentar agarrar el arma con las manos, por lo que es frecuente que aparezcan heridas incisas profundas en las palmas de las manos. La dirección de la herida dependerá una vez más de la extremidad dominante del agresor, si bien en los ataques de frente la direccionalidad es muy variable por lo que deben ser estudiadas en detalle las colas.

Si el ataque homicida es posterior, la víctima tiene menos espacio para defenderse por lo que son menos frecuentes la lesiones incisas de defensa en manos, se produce una hiperextensión del cuello, haciendo que la lesión sea infratiroidea; también se puede ejercer mayor fuerza provocando así lesiones más amplias y profundas. El hecho de que existan lesiones de tanteo en estos casos no excluye el diagnóstico de la etiología médicolegal, no sólo porque el agresor dude, sino porque es frecuente que previamente amenace e inmovilice a la víctima apoyando el filo de la hoja sobre la piel, dando lugar a erosiones y/o cortes superficiales.

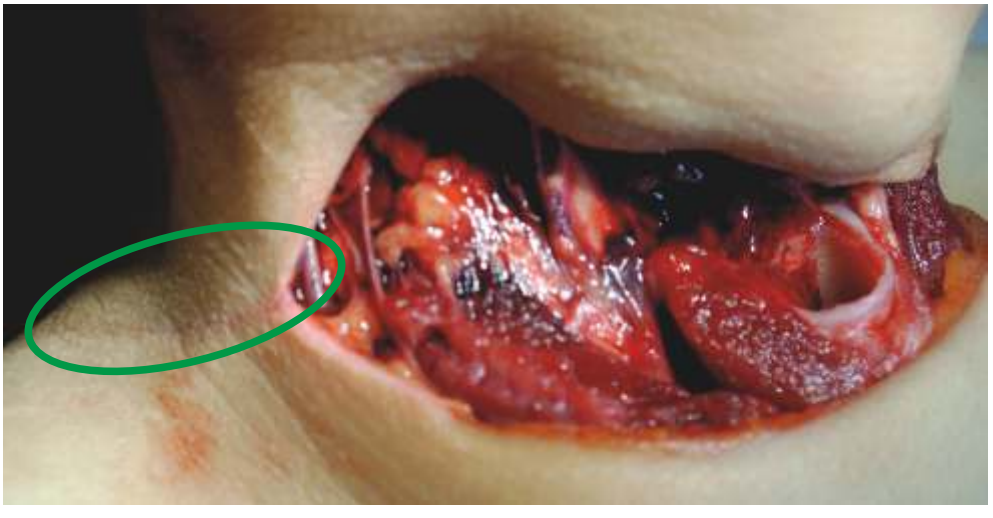
En cualquier caso, el diagnóstico diferencial entre ambas etiologías no siempre es fácil por lo que es fundamental realizar una buena toma de datos en el lugar del levantamiento que nos permita, en la medida de lo posible, reconstruir los hechos [4].

En el caso que nos ocupa, ya en el levantamiento se hacía evidente la intervención de terceras personas. En primer lugar, por las huellas de calzado impregnado de sangre que se alejaban del lugar; y segundo porque el charco de sangre demostraba que el cuerpo había sido movido mientras que sangraba profusamente, cosa que hubiera sido imposible que realizara la víctima de forma autónoma dadas las circunstancias de la lesión.

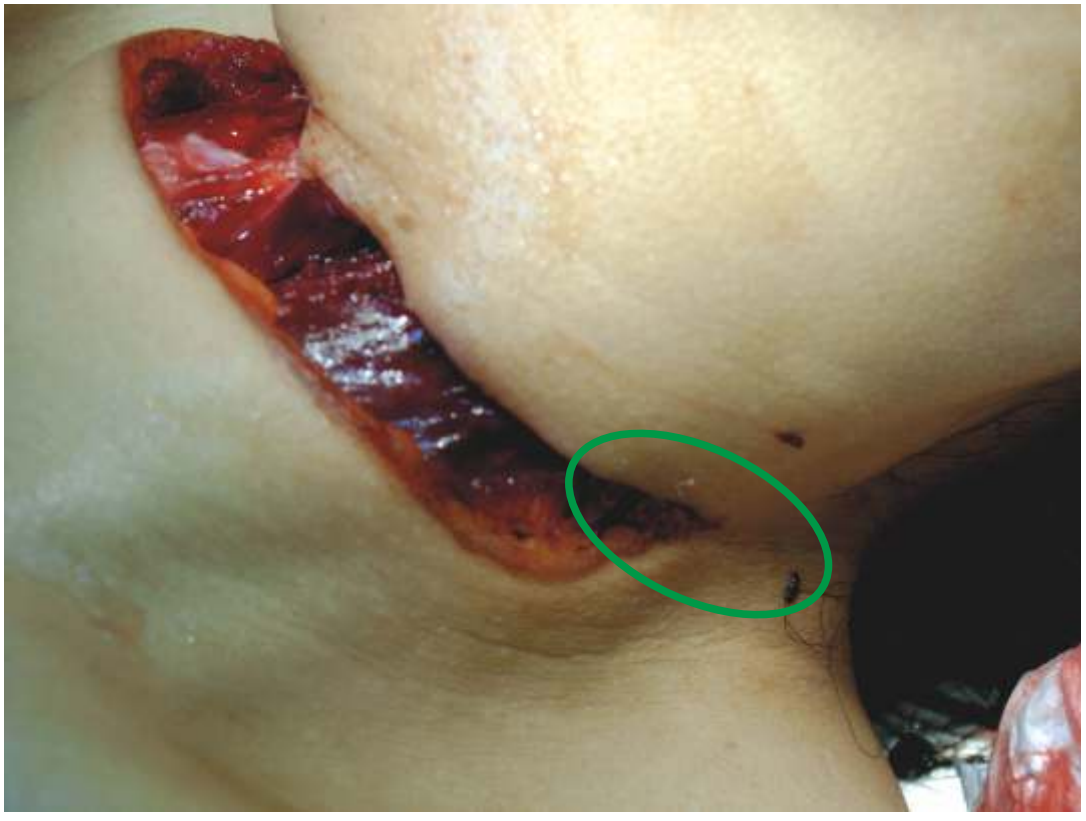
La autopsia confirma la hipótesis homicida por la extensión y profundidad de la lesión, que llega a afectar la cara anterior del cuerpo vertebral. En ningún caso es posible que un sujeto se autoinflinja una lesión de estas características. Además, del estudio de la herida se desprende que se trató de un ataque posterior, con el cuello en hiperextensión, ya que la herida estaba por debajo del cartílago tiroides (Mason 2000); y que el individuo era diestro (ya que la herida iba de izquierda a derecha) y bastante más alto que la víctima dado que la herida era completamente horizontal.

FOTOGRAFIA 1:Vista general de la lesión con afectación tráquea, carótida, yugular y esternocleido mastoideo derechos. Se observa el plano prevertebral.

FOTOGRAFIA 2: Cola de salida en lateral derecho larga y superficial.



FOTOGRAFIA 3: Cola de entrada más profunda y corta.



BIBLIOGRÁFIA.

1. Gisbert Calabuig JA. Lesiones por Arma Blanca. 6ª Ed. Edit. Masson. Barcelona 2004.

2. González Fernández J. Lesiones por Arma Blanca. www.minjus.gob.pe.2006.

3. Martínez-García P. et al. Degüello Homicida. Cuad Med Forense, 11(42), Octubre 2005.

4. Del Valle D., Payo Barroso JJ. El degüello suicida, importancia de la evaluación de la escena, característica lesionales y relaciones con la psicopatología. Boletin Galego de Medicina Legal e Forense nº 14. Diciembre 2005.

5. Di Maio Vincent J. M., Dana Suzanna E. Manual de Patología Forense Ed. 2003. Editorial Díaz de Santos.