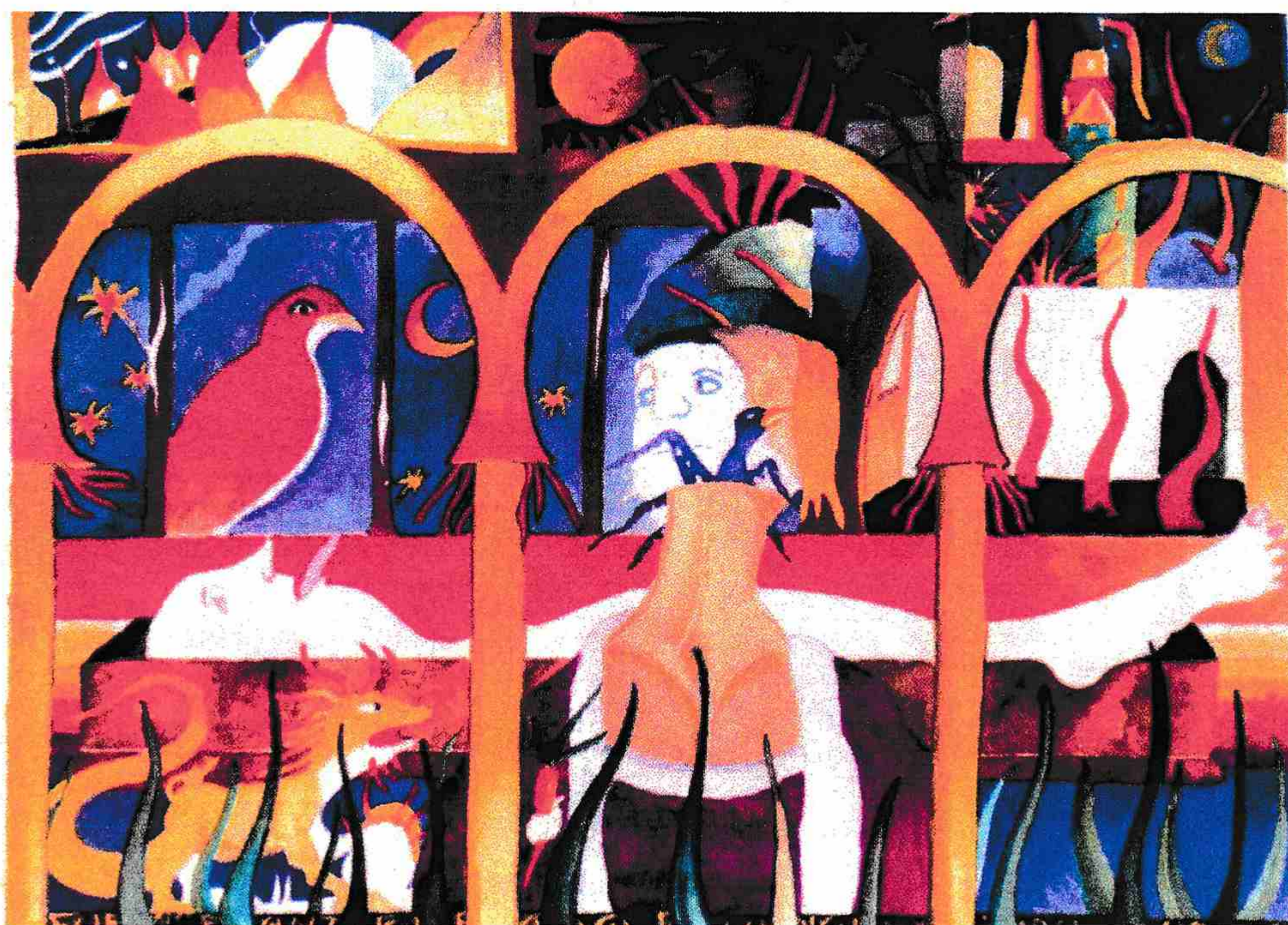


# **Cuadernos de Medicina Forense**

Asociación Andaluza de Médicos Forenses

---



**El Burnout, la nueva patología**

**Diagnóstico de malos tratos infantiles: a propósito de dos casos**

**Prevención de la transmisión del VIH en la práctica de riesgo de los Médicos Forenses**

**Identificación de restos cadavéricos mediante el estudio radiológico: presentación de un caso.**

**Nº 2**

**Octubre 1995**

# **Cuadernos de Medicina Forense**

## **Nº 2 Octubre 1995**

---

Asociación Andaluza de Médicos Forenses

---

### **DIRECTOR**

D. Alejandro Serratosa Sánchez de Ibargüen

### **CONSEJO DE REDACCIÓN**

D<sup>a</sup>. Elena Balanza Alonso de Medina  
D. José Luis Brell González  
D. Alfonso Galnares Ysern  
D. Martín Molina Arias de Saavedra  
D. Manuel Rodríguez Hornillo  
D<sup>a</sup>. Carmen Romero Cervilla  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. de los Ángeles Sepúlveda García de la Torre

### **CONSEJO ASESOR**

D. Jose Antonio Garcia Andrade  
D. Manuel García Blázquez  
D. Miguel Lorente Acosta  
D. Antonio Marín Rico  
D. Manuel Repetto Jiménez  
D. Jose Luis Romero Polanco

### **DIRECTOR DE PUBLICIDAD**

D. José Luis Brell González

**EDITA LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MÉDICOS FORENSES**

**Dep. Legal SE-1230-95**

### **CORRESPONDENCIA CON LA REVISTA**

Avda. República Argentina nº 37 6º B  
41011 Sevilla

**PORTADA: El Forense. Cuadro de M.Bosch. 1989**

# **Cuadernos de Medicina Forense**

## **nº 2 Octubre 1995**

---

Asociación Andaluza de Médicos Forenses

---

## **SUMARIO**

<b>Editorial</b>	<b>4</b>
<b>Notas de opinión</b>	<b>5</b>
<b>El Burnout, la nueva patología. J.A. García Andrade</b>	<b>7</b>
<b>Diagnóstico de malos tratos en la infancia: a propósito de dos casos. M.A. Sepúlveda García de la Torre</b>	<b>11</b>
<b>Cursos y congresos</b>	<b>22</b>
<b>Identificación de restos cadavéricos mediante el estudio radiológico: presentación de un caso. Félix Sánchez Ugena</b>	<b>23</b>
<b>Prevención de la transmisión del VIH en la práctica de riesgo de los médicos forenses. J.L. Cabanillas Moruno</b>	<b>27</b>
<b>Comentario de libros</b>	<b>32</b>

# EDITORIAL

Confieso que hemos pasado miedo. Desde que comenzamos a poner en marcha estos *Cuadernos* hasta mediados del pasado mes de agosto hemos estado asustados. Teníamos miedo al fracaso personal, a no poder cumplir con lo que habíamos prometido, a defraudar a los que nos habían confiado esta misión, a una mala acogida de la revista, al fracaso económico... hasta que llegó la primera respuesta, y la segunda, y así hasta una cincuentena, y las llamadas telefónicas, y las palabras de ánimo, y no solo desde Andalucía, sino desde bastante mas allá de Despeñaperros.

Desde esta página queremos expresar nuestro agradecimiento a todos los que se han tomado la molestia de contestar a la encuesta del primer número, a los que con sus sugerencias han contribuido a darle una nueva forma a los *Cuadernos*. Nuestro agradecimiento también a todos los que con sus palabras de ánimo nos han ayudado a dar este segundo paso. También damos la bienvenida a los nuevos componentes del Consejo de Redacción, que con su trabajo y su aporte imaginativo no dudamos que van a dar el impulso definitivo para el desarrollo de esta revista.

Las numerosas sugerencias que nuestros lectores han aportado son de difícil adecuación inmediata al contenido de los *Cuadernos*, no obstante procuraremos incorporarlas progresivamente conforme nuestras posibilidades técnicas y humanas vayan creciendo. Por lo pronto hemos decidido cambiar el formato; hemos pasado del A4 al B5, ciertamente mas cómodo y manejable (y mas barato para enviar por correo), como nos sugería uno de nuestros lectores. También hemos aumentado la tirada, ya que fuera de nuestro ámbito regional también están interesados en recibir los *Cuadernos*, y hemos incorporado la sección de "notas de opinión", como nos sugería otro lector. Otras sugerencias en cuanto al contenido de la revista, como la de hacer una reseña de Jurisprudencia con sentencias en las que sea relevante para el fallo el dictamen forense, van a tener que esperar un poco a que incorporemos en el equipo a alguien con conocimientos jurídicos mas amplios que los nuestros.

En cuanto al contenido de este segundo número, nos honramos con abrir la sección científica con un artículo sobre el Burnout, del Profesor García Andrade; también presentamos un artículo sobre el diagnóstico de malos tratos en la infancia, unos consejos desde Seguridad e Higiene en el Trabajo para la prevención de la transmisión del VIH en el grupo de riesgo específico de los médicos forenses y un caso práctico de necroidentificación que nos llega desde Badajoz.

# NOTAS DE OPINION

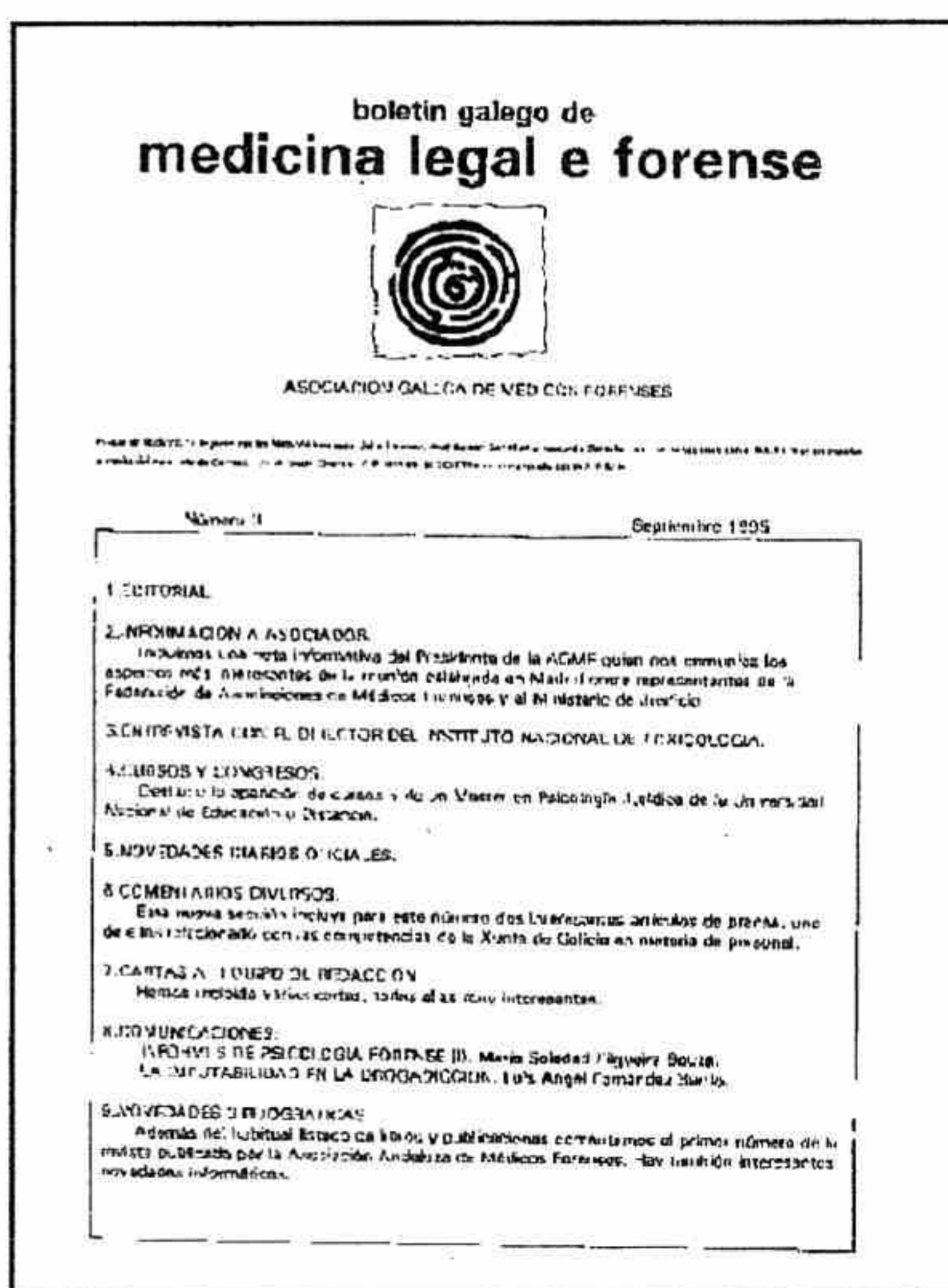
Referente al artículo titulado "Estudio necrópsico en las muertes originadas por armas de fuego de proyectil único. Caracteres macroscópicos", publicado en el nº1 de la revista Cuadernos de Medicina Forense, quisiera poder hacer algunas consideraciones que espero sean de utilidad.

En primer lugar, soy consciente de la dificultad que entraña la sistematización de un tema que responde a tantas variaciones como las heridas por armas de fuego. En alguna ocasión ha oído parafrasear a algún compañero que "la medicina legal es la ciencia de las excepciones", lo cual es especialmente aplicable a las heridas por armas de fuego.

Igualmente, es de suponer que no es la intención hacer una recopilación de todas las excepciones que puedan darse en estos casos, lo cual condicionaría una extensión excesiva a la exposición. Sin embargo, y en relación con el contenido del artículo mencionado, se echa de menos alguna mención acerca del fenómeno de la cavidad virtual que puede originarse por los componentes del disparo y del proyectil en su trayecto, lo cual explica muchos de los signos que se encuentran en el examen interno de un baleado.

En lo referente al comentario sobre la cintilla de contusión en el que se afirma que "existe siempre, independientemente de la distancia a la que se ha efectuado el disparo", no puedo estar totalmente de acuerdo ya que existen excepciones importantes, como le oímos exponer al profesor Di Maio en las VII Jornadas de la Sociedad Española de medicina Legal y Forense, celebradas en Lleida el pasado mes de mayo. Estas excepciones que hacen que pueda no aparecer cintilla de contusión consisten en la localización de la herida (palma de la mano y planta del pie), la alta velocidad del proyectil (generalmente armas de guerra) o características del propio proyectil (balas blindadas o semiblandas); son circunstancias a tener en cuenta ya que pueden inducir a error en la interpretación del orificio de entrada/salida.

MRH



Aunque nuestra sección de novedades bibliográficas que incluimos en el número anterior ha sido sustituida por una nueva sección de comentario de libros, no podemos dejar de hacer referencia desde estas páginas al BOLETIN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE, una revista editada por la Asociación Galega de Médicos Forense, dirigida por el Dr. D. Fernando Serrulla Rech, que acaba de publicar su tercer número (septiembre de 1995), y cuya finalidad es servir de medio de comunicación entre todos los médicos forenses que componen la Asociación Galega de Médicos Forenses, aunque está abierta a la colaboración de todos los médicos forenses del Estado Español.

En este tercer número se incluyen una entrevista con el Dr. Sancho Ruiz, Director del

entrevista con el Dr. Sancho Ruiz, Director del Instituto Nacional de Toxicología de Madrid, un artículo de D<sup>a</sup>. María Soledad Filgueira Bouza, Doctora en Psicología, sobre un caso práctico, y un artículo sobre la Imputabilidad en la drogadicción, que firma D. Luis Angel Fernández Barrio, Juez del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción n<sup>o</sup> 2 de Verín (Orense). Además, este tercer número incluye informaciones diversas a asociados de la AGMF, entre las que se incluyen novedades editoriales, cursos y congresos, etc.

Deseamos desde aquí una dichosa andadura para esta revista hermana, y animamos a su equipo de redacción para continuar con la tarea emprendida con la misma dedicación que hasta ahora han demostrado.

Las comunicaciones con el BOLETIN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE pueden efectuarse a través del Apartado de Correos 129. Verin 32600.

**Redacción**

# El Burnout, la nueva patología

---

Prof. D. José Antonio García Andrade

---

En marzo de 1.993, presenté ante el Comité Sindical Europeo de Servicios Públicos, una ponencia con el mismo título que encabeza esta publicación, como un nuevo síndrome de estrés que afectaba a los Funcionarios de Prisiones dado el carácter especial de hipervigilancia a que se veían sometidos, pronunciándome en el sentido de que el Burnout debería ser considerado como una enfermedad profesional más. Como no podía ser menos, este cuadro clínico se ha ido ampliando a otros colectivos que trabajan en un medio ambiente opresivo y en constante alarma, como los hospitales y las Fuerzas de Seguridad, si bien en estos últimos Cuerpos en nuestro país reciben el nombre un tanto localista y, por tanto excesivo, de Síndrome del Norte.

Sin la aceptación de la libertad, sin la posibilidad de elegir libremente, ni de obrar de una forma o de otra, en definitiva, de ser responsable y poder ser cada uno el hacedor de su propia historia, no podríamos comprender la esencia de lo que supone el Burnout como nueva forma de patología.

El albedrío supone una fuerza electiva para escoger entre diferentes objetos que se ofrecen al entendimiento. Sería, pues, un absurdo que el hombre careciese de libertad, al estar dotado de sentir y de conocer y no poder elegir, pero quizá el mayor argumento en favor de la existencia

del albedrío en el hombre, sea la propia conciencia, que permite atestiguar cuando las determinaciones son voluntarias.

El impulso a la libertad surge en el hombre al ser éste el único ser que puede prever y conocer su muerte, lo que le convierte en trascendente abriéndose al mundo de los valores, aun cuando la inseguridad del hombre le haga oscilar entre el miedo a quedar vinculado, absorbido, sin personalidad, tutelado por el ambiente y el horror a una total independencia, al vértigo de la libertad.

La conducta inteligente es un comportamiento finalista de obtención ontogénica y filogenéticamente más tardío. El hombre la inicia alrededor de los dos años de edad de forma inmediata a la situación estimulante, para progresivamente irse independizando de esta inmediatez a los cuatro años y así, poco a poco, adquirir la voluntad razonada.

Cualquier voluntad razonada, cualquier ejercicio de la libertad, guarda una íntima relación con el ambiente, que es de especial trascendencia en el Burnout. Así, refería con respecto a los Funcionarios de Prisiones la importancia de la frustración que padecen los reclusos al haber perdido la libertad, similar al paciente que se encuentra dependiente de su enfermedad durante su estancia hospitalaria, y que crea un indudable clima de tensión mantenida

durante tiempo, y compartida con otros reclusos o enfermos, lo que potencia el estrés, percibiendo en ambos casos al Funcionario o al Sanitario como agentes frustrantes, que limitan ostensiblemente cualquier otro tipo de alternativas, y que pueden ofrecerse al Yo como mecanismos de defensas: la sublimación, el desplazamiento, la sustitución, la proyección, etc.

La peculiar suspicacia del recluso y el enfermo aumenta su sensibilidad, lo que dificulta la relación interpersonal, con el consiguiente desajuste ambiental que afecta tanto a ellos como a los Sanitarios o Funcionarios, con la disminución de la Tolerancia y la agresividad contra estos últimos, que se ven constantemente hostilizados, y buena prueba de ello es el aumento últimamente experimentado de las querrelas por mala praxis contra los médicos.

Tanto la Prisionización como la Hospitalización, suponen una regresión o infantilización por parte de los reclusos o enfermos, que les conduce a un peculiar estado de agresividad-sumisión, que repercute en sus cuidadores favoreciendo esa extraña relación de sado-masochismo, contra la que profesionalmente hay que estar prevenidos, que a veces adopta un curioso aspecto paternalista, ante la actitud ambivalente de esa nueva forma de comprender tanto al recluso como al enfermo, de dependencia o pérdida de la libertad, ya que ambos no pueden denegarse ante su propia situación, lo que amplía el concepto de dependencia, que no debe limitarse a las tóxicas, sino que debe ampliarse al sexo, al juego, al deporte, a la televisión o a la propia enfermedad.

Uno de los motivos que aumentan los estados agresivo-ansiosos es la soledad y el aislamiento que se experimenta en estas circunstancias y que tienen una especial

resonancia en los que serán mas adelante pacientes del Burnout, que han perdido el carácter enriquecedor del ensimismamiento, "el vivir desde sí mismos".

Dado el ambiente descrito en el que tiene que permanecer el funcionario de prisiones, el sanitario, y los componentes de las Fuerzas del Orden Público, no es extraño que estos presenten una serie de trastornos llamados Burnout, como respuesta específicamente profesional a un clima cuajado de riesgos, desencanto y cansancio, llegando a "quemarse", traducción mas aproximada del vocablo ingles de Burnout.

Posiblemente este riesgo de enfermar, sea mayor en los funcionarios de custodia, o entre los intensivistas, que son los más afectados por la peculiaridad de permanente alarma en que desarrollan su función.

El gravísimo criterio de retornar al enfermo mental a las prisiones, en las que en sus enfermerías son tratados incluso esquizofrénicos, lanza una mayor "quema" al funcionario, que se ve obligado a actuar como enfermero psiquiátrico, con un plus que no debería, sino creándose y generándose centros psiquiátricos de alto riesgo, forenses o psiquiátrico-penitenciarios, adecuados para su función.

Al hablar de la patología de los sistemas de autovigilancia, se recuerda que en el organismo están surgiendo constantemente células mutantes, esto es, genéticamente extrañas, contra las que para conservar la mismidad se dispone de unas células de limpieza, las células linfáticas denominadas T., dependientes del timo.

Existen también otros linfocitos llamados células B, encargadas de la



producción de anticuerpos, lo que de forma conjunta y por mecanismos diferentes, sufrirían durante el estrés una alteración en la eliminación de estos mutantes de células extrañas, que van surgiendo con los años, desencadenando una insuficiencia en el sistema de vigilancia y dando lugar al Burnout como una forma especial de enfermedad autoinmunitaria, a través del agotamiento del sistema timodependiente.

Al profundizar más en estos aspectos, se remarca la estrecha relación de los sistemas de vigilancia con los niveles neuroendocrinos y psicobiológicos por consiguiente, la influencia de las situaciones de estrés con el agotamiento autoinmunitario, lo que está en consonancia con los trabajos de la escuela australiana, que comprueban que la pérdida afectiva se acompaña de un defecto de función de las células T, del sistema timodependiente. Para esta escuela, la arteriosclerosis sería también un proceso autoinmunitario, con lo que se cierra el círculo patogénico del estrés, ya que, incluso la colessterina aumenta, no sólo por factores dietéticos sino por factores emocionales mantenidos.

Estos aspectos de desvalimiento y desesperanza se encargan de iniciar el síndrome de renuncia de LAIN, que estimula los sentimientos de autodestrucción que subyacen en todo hombre, favoreciendo el deterioro biológico y psíquico en las personas sometidas al Burnout, desequilibrando la persistencia de Eros, que puede darse como instinto de vida, en favor de Thanatos y su poder de muerte.

A todo ello hay que sumar el cerco económico que conlleva el ser rechazados por inútiles de sus puestos de trabajo, cerrándose así el círculo de la pérdida afectiva y de la desesperanza, lo que

disminuirá aún más los niveles de autovigilancia inmunológica y el aumento del deterioro.

Uno de los ejemplos más claros del influjo mutuo entre lo psíquico y lo somático se expresa en los trastornos de memoria, que es uno de los síntomas iniciales.

El comienzo suele ser solapado e incluso pasar inadvertido, lo que puede hacer interpretar este inicio sintomatológico como grosería lo que es ya un embotamiento ético. Se pierde la iniciativa, la amabilidad y la espontaneidad. La apatía se va invadiendo de nihilismo. Aparece el egoísmo, el temor, la suspicacia y la irritabilidad ante estímulos nimios.

Emocionalmente suelen ser lábiles que pasan de la risa al llanto en escasos segundos, o de la terquedad a la sugestionabilidad más extrema, un cierto "desarraigo" que se considera que más que una causa es una ocasión propicia para que se acentúen y desencadenen trastornos psíquicos que se hallan preformados y latentes en la personalidad; es decir, que estos cuadros tendrían un carácter mixto.

El síndrome depresivo se puede ver enriquecido por el consumo alcohólico, muy frecuente en estos cuadros ante el balance vital negativo, lo que, a su vez, favorece en ocasiones el desencadenamiento de cuadros delirantes junto a la actualización de los mismos, que también se producen por infecciones respiratorias o urinarias, avitaminosis, alteraciones del equilibrio de los electrolitos, anemias, hipertensión arterial, etc.

El delirio de perjuicio se ve también favorecido por los sentimientos de muerte ambivalentes, el déficit sexual como objeto de temor o realidad, la falta de esperanza

para iniciar un proyecto o rehacerlo y la acumulación de una larga experiencia.

Al ambiente propiamente dicho hay que añadir el carácter alterativo de la Administración con su defectuosa organización de tiempos vacíos, ordenes contradictorias, ambigüedad y equívocos que, junto a su desatención, favorecen aún

más el Burnout del funcionario y del Sanitario.

En definitiva, habrá que entender que la patología del Burnout se corresponde con una enfermedad profesional más, con objeto de impedir ese estado final del paciente afectado por este síndrome, como una personalidad de cáscara hueca, que ha quemado todo su interior.

# Diagnóstico de maltrato infantil: a propósito de dos casos.

**D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Angeles Sepúlveda Garcia de la Torre**  
(Médico Forense. Sevilla).

**RESUMEN:** El presente trabajo se basa en de dos casos de malos tratos infantiles. Por este motivo se realiza una revisión bibliográfica que tiene por objeto proporcionar una metodología práctica para su diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE:** Malos tratos, niños, lesiones.

**CASO N° 1.-**Niño de 3 años de edad que ingresa en el servicio de Urgencias del Hospital Virgen Macarena, desde donde se emite parte al Juzgado por sospecha de malos tratos.



Fotografía n° 1: Lesiones en cara

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** Condiciones familiares inestables. Nivel socioeconómico bajo. Madre de 28 años separada, con otro hijo más pequeño, que convive con hombre de 32 años divorciado a su vez, de profesión mecánico, consumidor de heroína y cocaína en dosis variables vía intravenosa desde los 20 años.

**RELATO DE LOS HECHOS:** Las lesiones fueron causadas por el compañero de la

madre, que según dijo "golpeó al niño porque se había hecho pipí", reconoció haber



Fotografía n° 2: hematomas, y equimosis alargadas en forma de palo, lesión impetiginizada en nalga izquierda.

utilizado para ello un palo de billar de juguete que además le introdujo repetidas veces por el ano, después envolvió al niño en una sábana y lo acostó. La madre refirió no haber oído nada

esa noche. Por la mañana trasladó al niño al hospital.

**EXPLORACIÓN:** a su ingreso en el hospital el niño presenta aspecto de enfermedad, ausente e inexpressivo. Se resiste a la exploración, en especial la de la zona anal.



Fotografía n° 3: lesiones contusas

Buen estado de nutrición. Facies adenoidea y tendencia a genu valgo.

**LESIONES.-** Erosiones y estigmas ungueales en frente, nariz y mejillas, con dermatitis infecciosa inespecífica. Hematomas en región frontal e interescapular con erosiones en hombros. En zonas lumbar y glútea erosiones, estigmas ungueales, edematización, hematomas y equimosis múltiples de forma alargada, de 0,5 cms. de anchura, semejantes a un palo y que se corresponden con el instrumento utilizado. Lesión impetiginizada



Fotografía n° 4: Contusiones en zona anal y perianal. Hematoma testicular.

en nalga izda. Hematomas en muslos (cara externa e interna zona 1/3 superior) y lesiones contusas alargadas similares a las descritas anteriormente, de mayor intensidad en la cara externa del muslo izdo. Hematomas y erosiones en región anal y perianal. Edema y equimosis en pene, área testicular y zona inguinal. En las rodillas escoriaciones, erosiones y hematomas al igual que en pierna derecha zona 1/3 medio. Erosiones y estigmas ungueales en 1/3 inferior de las piernas y tobillos. (Fotografías n°1,2,3,4).

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:**

-Exploración rectal colposcópica, que mostró lesiones consistentes en escoriación en el canal rectal y dos desgarros en ampolla rectal a las 5 y 7 horas en el sentido figurado de las agujas del reloj, compatibles con la introducción del instrumento contuso referido (palo de billar de juguete).

- Estudios de laboratorio: Hemograma normal. Serología sífilis, hepatitis, VIH negativa. Urocultivo negativo. Orina: microhematuria. Ionograma normal. Amilasa algo elevada.

-Rx de abdomen:normal

-Rx de miembros inferiores: ligera tendencia al genu valgo, no se observaron fracturas.

-Ecografía normal.

**EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA:** El día de ingreso y a las pocas horas de sufrir la agresión el niño tenía la mirada perdida, ausencia de estímulos afectivos, aislamiento y perplejidad. Transcurridos unos días mejoró su estado emocional. Nivel cognitivo (escala de Gessell) normal y acorde con su edad cronológica. Lenguaje, psicomotricidad, y capacidad de relación normal.

El niño fue dado de alta hospitalaria a los 46 días de su ingreso, curando sin secuelas físicas.

**CASO N° 2.-**Niña de 22 meses de edad que ingresa en el servicio de Urgencias del Hospital Infantil Virgen del Rocío, desde donde se emite parte al Juzgado por sospecha de malos tratos.



Fotografía nº 5: Aspecto general de la niña al segundo día de ingreso hospitalario.

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** Entorno familiar inestable. Madre de 28 años, soltera, con otros dos hijos (uno mayor y otro más pequeño, que convive con un hombre de 22 años, consumidor de hashish, sin profesión. Nivel social bajo.



Fotografía nº 6: lesiones en el rostro

**RELATO DE LOS HECHOS:** Las lesiones fueron producidas por el compañero de la madre, el que manifestó que "la pequeña se había caído por un terraplén". La niña fue llevada al hospital por su madre.

**EXPLORACIÓN:** Aceptable estado general, despejada, no febril, buen estado de nutrición e hidratación.

**LESIONES:** Hematomas y lesiones erosivas en la cara, principalmente en hemicara derecha, hematoma palpebral, herida contusa en párpado inferior derecho. Contusión y erosión en labio inferior. Hematomas en lóbulo de oreja derecha. Otorragia derecha. En la cara destacan otros hematomas de coloración más amarillenta que los anteriores. Contusiones en hombro derecho, espalda, y en zona lumbar, algunas de ellas se encuentran ya evolucionadas. En piernas contusiones y erosiones, destacando tumoración de 1/3 medio de pierna derecha con impotencia funcional. (Fotografías nº 5,6,7 y 8).



Fotografía nº 7: contusiones en la espalda. El cambio de coloración de los hematomas obedece a la diferente data.

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:**

-Radiografías de Cráneo y Tórax normales. La radiografía de miembro inferior derecho muestra fractura espiroidea de 1/3 medio de la tibia.

-Estudios de laboratorio: Hemograma recuento leucocitario normal con linfocitosis.

Glucemia y transaminasas normales. Serología a toxoplasma, lues, brucellas, salmonella, rickettsias, citomegalovirus, VIH, Epstein Barr, negativos. Mantoux negativo.



Fotografía nº 8: Hematomas en el lóbulo de la oreja. Por su localización estas lesiones se consideran intencionales.

Orina normal. Estudio de parásitos en heces negativo.

La niña fue dada de alta hospitalaria a los 20 días de su ingreso, curando sin secuelas físicas.

## DEFINICION Y TIPOLOGIA

En la actualidad la agresión a niños se contempla desde una perspectiva multidisciplinar, teniendo en cuenta entre otros factores, el momento histórico-social en que nos hallamos y la perspectiva profesional de quien lo detecte o investigue. Se considera maltrato "**cualquier acción u omisión no accidental** que comprometa la satisfacción de las necesidades básicas del menor, y que prive a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o dificulten su óptimo desarrollo".(Guía de atención al maltrato infantil, ADIMA, 1992).

De los diferentes criterios de clasificación existentes podemos destacar la llamada **tipología básica** que distingue:

**1) Maltrato emocional o psíquico.-**  
Según la manera de producirse puede ser:

**-1.a)-Por omisión.-** "La falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño/a y falta de iniciativa e interacción por parte de la figura adulta" (ADIMA, 1992).

**-1.b)-Por acción.-** Consiste en cualquier acto o conducta intencionada que produzca desvalorización, sufrimiento o agresión psíquica en la víctima y/o destruya su equilibrio psicológico. En este sentido hablamos de hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla o amenaza, conductas como rechazar, aislar, o aterrorizar con castigos vagos o siniestros, crear miedo intenso, etc....

Para que exista maltrato emocional debe haber cronicidad y continuidad en los comportamientos.

**2) Maltrato físico.-** A su vez se divide:

**-2.a)-Por omisión.-** Abandono físico, falta de alimentación, de higiene, de protección frente al frío, de cuidados médicos, de escolarización, etc...

**-2.b)-Por acción:** En ese apartado distinguimos:

**-Maltrato físico propiamente dicho:**  
Toda acción no accidental que provoque o pueda provocar daño físico o enfermedad. En este apartado podíamos hablar de lesiones de todo tipo, golpes, quemaduras, fracturas, desde las más leves hasta las más graves incluso la muerte.

**- Abuso sexual de menores:**  
"Cualquier clase de contacto sexual con un menor de 18 años realizado por un adulto desde una posición de poder o autoridad" (GUIA DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL, ADIMA). La manifestación del abuso sexual incluye tocamientos, caricias, frotamientos, sexo oral, anal, vaginal, exhibicionismo, etc...

La víctima nunca sufre una sola forma de maltrato; la mayoría de las veces se producen agresiones mixtas, en las que las conductas de acción y abandono afectan a las esferas psíquica y física, como sucede en los cuadros lesionales acompañados de desnutrición, negligencia, insultos, vejaciones, etc...

Un tipo de maltrato, de creciente incidencia en el ámbito médico es el **Síndrome de Münchhausen por poderes**, entendiéndose por ello "las situaciones en las que el padre/madre somete al niño a continuos ingresos y exámenes médicos, alegando síntomas físicos patológicos ficticios o generados de manera activa por los propios padres (inoculando sustancias al niño, por ejemplo)" (MARTINEZ ROIG, 1991), de esta manera se somete al niño a continuos ingresos hospitalarios, estudios médicos, pruebas diagnósticas y tratamientos.

#### DIAGNÓSTICO:

Ante la sospecha de malos tratos se procederá a un meticuloso estudio de la víctima de tipo interdisciplinar (médicos forenses, pediatras, internistas, psicólogos, psiquiatras, ginecólogos, asistentes sociales, etc...), debiendo elaborarse una historia clínica detallada que incluirá:

- A) Antecedentes familiares incluyendo los antecedentes socioeconómicos.
- B) Antecedentes de vacunación, alimentación y patológicos.
- C) Historia de las lesiones, versión de los padres o testigos.
- D) Exploración física completa:
  - Actitud y aspecto de la víctima (triste, inquieto, etc...)
  - Aspecto general, ropas, estado de higiene.
  - Peso, talla y perímetros, comparándolo con el percentil correspondiente a la edad del niño.
  - Examen completo sin olvidar genitales, establecer asimetrías, trastornos de marcha etc..
  - Examen de las lesiones: número, tipo, forma, tamaño, color, antigüedad y

localización de las lesiones externas, prestando especial atención si la lesión es o no compatible con la historia o explicaciones dadas por los padres o testigos. Se deben realizar fotografías de las lesiones.

#### E) Exploraciones complementarias:

- 1.-Pruebas de laboratorio: Estudio analítico completo de sangre y orina, incluyendo estudios de coagulación, tiempo de hemorragia, recuento de plaquetas, tiempo de protrombina, recuento sanguíneo completo, velocidad de sedimentación, bioquímica completa y análisis de tóxicos.
- 2.-Estudio radiográfico de huesos largos, cráneo, costillas y pelvis; útil para diagnosticar y datar una lesión esquelética, y determinar el tipo de fuerza y mecanismo productor de la lesión.
- 3.-Otras: Colposcopio en casos de agresiones sexuales, TAC si existe tce, ecografías, exámenes histopatológicos de las lesiones, etc...

#### F)-Estudio psicológico.

A no ser que un niño haya sido severamente traumatizado, los signos de lesiones externas no siempre evidencian malos tratos, a veces los datos clínicos son inespecíficos o simulan otro tipo de patología no traumática. Dado el polimorfismo clínico del síndrome y el carácter mixto de los malos tratos, podemos establecer el diagnóstico basándonos en una serie de requisitos o **indicadores** que bien por sí mismos, bien en su conjunto, configurarían el cuadro clínico del síndrome de maltrato infantil, así distinguimos:

#### 1.-actitud y comportamiento del niño:

- Niño desconfiado, asustado, sobresaltado, temeroso, que hace ademán de defensa protegiéndose la cara con los brazos o manos, o cerrando los ojos cuando el personal hospitalario se acerca a él.
- Indiferencia, apatía, tristeza, mirada baja, evitación de la mirada del adulto.

- Retraso mental real o aparente, fracaso escolar.
- Enuresis o encopresis.
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento, neurosis, psicosis, intentos de suicidio.
- Respuestas evasivas, cortas y con monosílabos, intentando justificar o involucrar a las figuras parentales.
- Una vez que son ingresados en el hospital y tras 4 o 5 días de adaptación, los niños no quieren regresar a su casa.

**2.-indicadores de abandono físico:** El criterio para determinar la existencia de negligencia o abandono viene determinado por la **cronicidad**. Se considerará abandono físico si se presenta un sólo Indicador o varios Indicadores simultáneamente de manera reiterada y/o continua. Deben diferenciarse las situaciones motivadas por estrés familiar, ignorancia, actitudes culturales e incluso religiosas. Los principales indicadores de abandono físico serían:

- Desnutrición, deshidratación.
- Retraso estaturó-ponderal, principalmente el primer año de vida, delgadez excesiva, parámetros de crecimiento por debajo de los normales para la edad. El peso se encuentra generalmente más afectado que la talla, estando el perímetro cefálico relativamente respetado.
- Occipucio plano, postura pasiva de "ancas de rana".
- Higiene deficiente, restos de heces secas adheridos a la piel, parásitos, dermatitis de pañal importante.
- Carencia de cuidados básicos de salud, como falta de vacunaciones, enfermedades crónicas no tratadas, caries dentales intensas y precoces.
- Alteraciones dérmicas inespecíficas: micosis, señales de rascado, infecciones, heridas sobreinfectadas.
- Todo aquello que sugiera abandono o negligencia en el cuidado del niño, como hambre constante, ropa inadecuada, etc...
- Ganancia de peso en el hospital

**3.- cuadro lesional:** El cuadro clínico característico del Síndrome del Niño Maltratado comprende lesiones generalmente múltiples, de diferente naturaleza, en diversos periodos de evolución, situadas en distintos planos anatómicos, más frecuentemente en zonas orgánicas protegidas y no prominentes, producidas por objetos que a veces dejan su marca en la piel, y que pueden o no estar acompañadas de síntomas de abandono.

Naturaleza o tipo de lesiones

A) lesiones externas: en piel y mucosas. Los estigmas cutáneos de los malos tratos infantiles se incluyen dentro del capítulo de las dermatitis facticias llamadas también dermatitis artefacta. Se denominan así las lesiones de piel y cabellos inducidas de forma deliberada. Dentro de las lesiones externas distinguimos:

1) Contusiones.- Producidas por todo tipo de agentes vulnerantes: enseres domésticos, palos, bastones, correas, zapatos, martillo, paraguas, órganos naturales de ataque y defensa del hombre como manos (bofetadas, puñetazos, empujones), pies (patadas) uñas, dientes en caso de mordedura. Más frecuentemente encontramos:

- Contusiones simples con integridad de la piel: equimosis, equimomas, hematomas, bolsas sanguíneas...
- Contusiones con lesión cutánea: erosiones (arañazo), escoriaciones.
- Contusiones complejas: arrancamientos por tracción (arrancamiento de orejas), aplastamientos...
- Contusiones abiertas: producidas por objetos romos como piedras o palos.

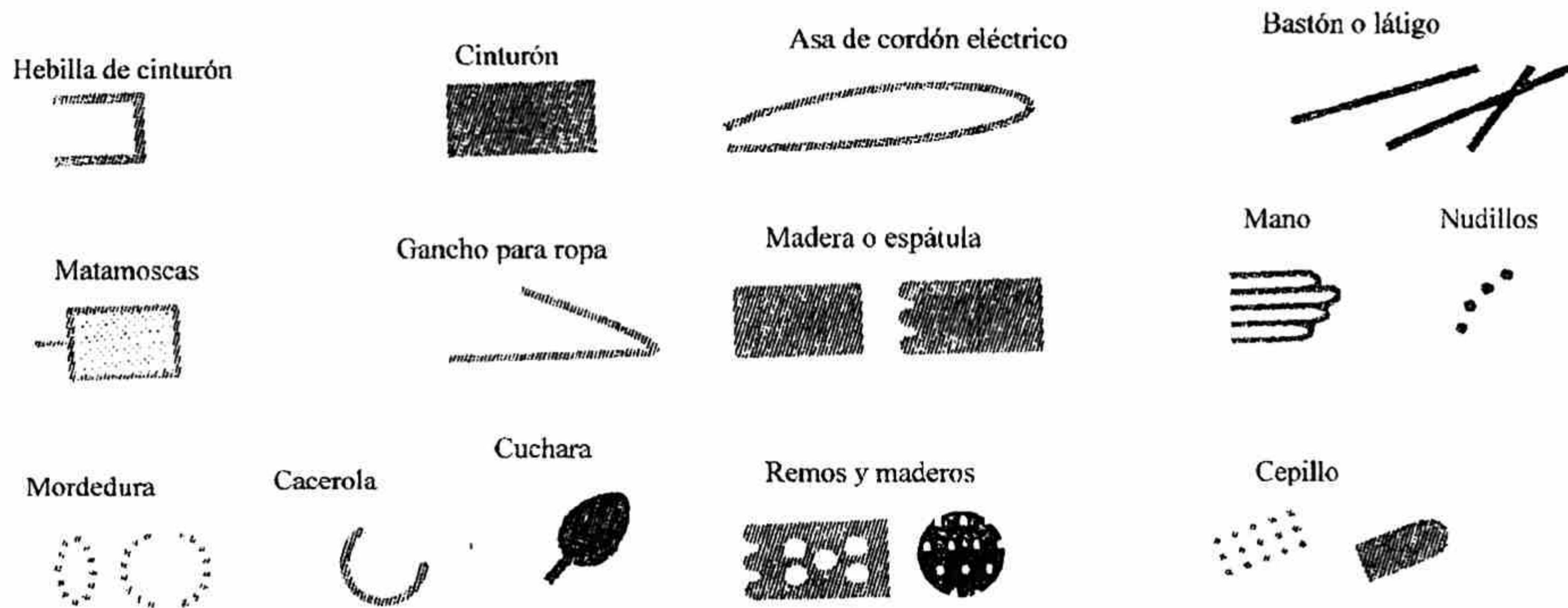
Algunas veces las lesiones reproducen la forma del agente vulnerante, son las llamadas **lesiones figuradas o a estampa**; cuando aparecen en el niño maltratado son indicativas de intencionalidad y ayudan a establecer el diagnóstico del objeto que las produjo. Como ejemplo nombraremos las equimosis alargadas paralelas que reproducen la forma de un palo, señales de lazo producidas por cable eléctrico, impresión de la forma de los dedos en el rostro (en las



bofetadas), imagen de piel punteada bordeando la zona (típica de la mordedura), sugilaciones o equimosis punteadas por succión, erosiones lineales por arañazos,

erosiones lineales longitudinales paralelas que implican arrastre, marca de los zapatos señales de ligadura por ejemplo al atar las manos y los pies, etc.. (figura nº1).

Figura nº 1



Las estructuras anatómicas subyacentes pueden influir en la morfología de la lesión, y así cuando un objeto plano choca contra apófisis óseas subyacentes (como las apófisis espinosas, dorso de las manos o costillas) pueden dejar señales sólo en la parte superior de la prominencia ósea porque el tejido blando subyacente ha sido comprimido contra el hueso duro.

Los cambios de coloración de los hematomas muestran la antigüedad de la lesión:

- Color pardo o rojizo: Lesión reciente (1-2 días)
- Color verdoso: Lesión antigua (4-7 días)
- Color amarillo: Lesión de mayor antigüedad (más de 10 días)

Es típico de maltrato y orienta al carácter repetitivo del mismo, los hallazgos de hematomas de distinta coloración en la superficie corporal.

2) Heridas: lesiones con solución de continuidad en la piel, de tipo punzantes, incisivas o incisopunzantes. Los objetos de agresión más frecuentes en estos casos son alfileres, tenedores, cuchillos etc... Hay que destacar los desgarramientos himenales y anales en los casos de agresión sexual, y la laceración de labio superior con desgarramiento del frenillo al

introducir con violencia la cuchara o el biberón.

3) Alopecias: como resultado de tirones de pelo brutales y repetidos. Puede presentarse en forma de placa pseudopeládica o de zonas de rarefacción del cabello. Por lo general presentan en su centro una zona cicatricial antigua o un puntillado microhemorrágico difuso correspondiente a los folículos pilosos lesionados, en el caso de que sean recientes.

4) Quemaduras: Producidas por objetos diversos como cigarrillos encendidos, planchas, derrame de líquidos calientes, obligar al niño a sentarse sobre estufa, inmersión en agua caliente, etc. Menos frecuentes son las quemaduras químicas por cáusticos, encontrándose descritas en la literatura médica las quemaduras por microondas.

Las quemaduras intencionales suelen ser múltiples, simétricas y de bordes nítidos, a diferencia de las accidentales de carácter único, asimétricas y bordes irregulares. El objeto o mecanismo que produjo la quemadura puede reproducir su forma sobre la piel (figura nº2), y así las causadas por inmersión presentan una distribución en calcetín o guante, las producidas por cigarrillos son redondeadas. El grado de la quemadura dependerá de la temperatura del

agente vulnerante y del tiempo de exposición al mismo. Al investigar las quemaduras hay que tener en cuenta la edad del niño, los pequeños que gatean o caminan con andadores pueden acercarse espontáneamente a estufas, cordones eléctricos unidos a

recipientes que contienen líquidos calientes tirando de ellos y lesionándose.

La localización de las lesiones ayuda a diferenciar las producidas por accidente de las intencionales. Los hematomas accidentales se encuentran con más frecuencia en las zonas de las crestas óseas o en zonas mal protegidas

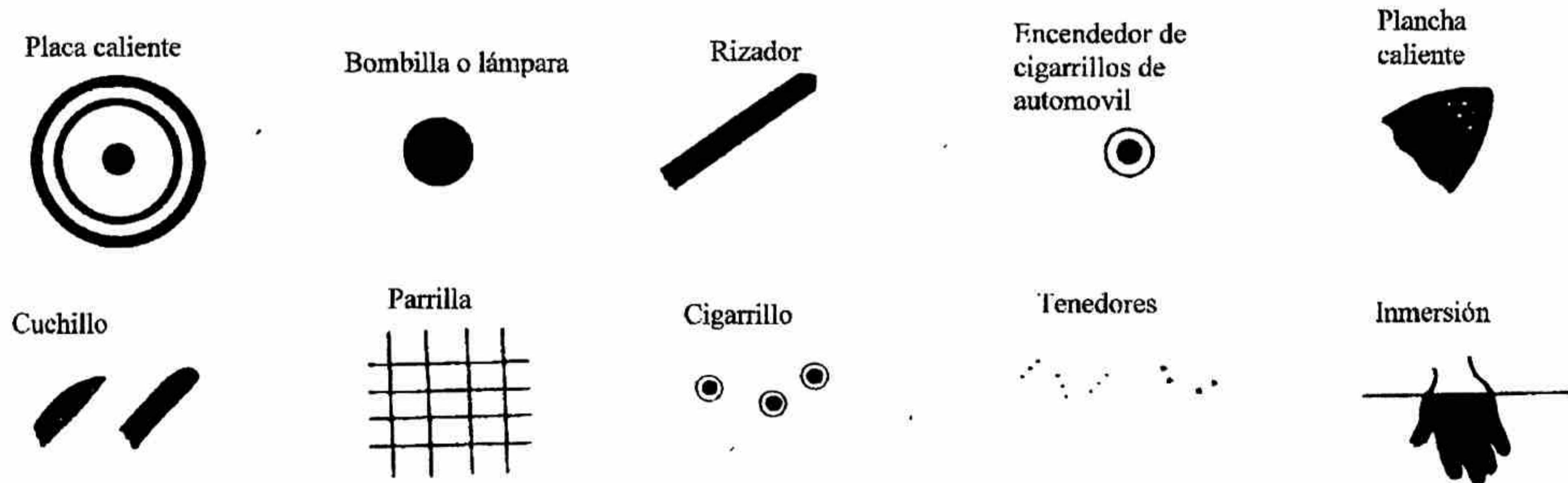


Figura nº 2

por la musculatura o panículo adiposo, y las quemaduras no intencionales se sitúan generalmente en partes descubiertas o en la mitad superior del cuerpo. Sin embargo en los casos de malos tratos los traumatismos se hallan también en zonas orgánicas protegidas o cubiertas por las ropas. Las localizaciones más frecuentes de las lesiones en la forma activa de maltrato son la cara, nalgas, superficies de extensión de las extremidades y la porción superior de la espalda. Las contusiones situadas en zonas anal, genital, perianal, perigenital y en cara interna de los muslos son indicativas de abuso sexual.

**b) lesiones internas:**

1) Osteoarticulares: Las fracturas son las lesiones por maltrato más habituales después de las contusiones, pudiendo encontrar también luxaciones, fisuras y derrames. La radiografía es imprescindible para el diagnóstico de la lesión y el mecanismo de producción de la misma.

El cuadro lesional osteoarticular comprende: polimorfismo lesional, fracturas óseas múltiples de diferente data, callos y consolidaciones viciosas por fracturas que han evolucionado hacia la curación sin que haya

habido intervención médica, hematomas subperiósticos y aparición de núcleos ectópicos de osificación.

Las lesiones en las **extremidades** son las más frecuentes. Las más características son las de los huesos largos, diafisarias y metafiso-epifisarias. Los diferentes tipos de fracturas resultan de distintos mecanismos de producción, por lo que podemos encontrar:

- Traumatismo directo: fractura transversa, elevación perióstica.
- Traumatismo rotacional o por torsión: fractura espiral.
- Fuerza flexora: fractura transversa, deformidad plástica.
- Fuerza tractora: fractura metafisaria, elevación perióstica
- Los zarandeos o sacudidas: arrancamientos metafisarios.

Las fracturas diafisarias por sí solas no son específicas de lesión no accidental. Sin embargo las metafiso-epifisarias en la práctica se consideran diagnósticas de lesión intencional, ya que las fuerzas necesarias para producir tales fracturas no pueden generarse por caídas simples. Son indicativos de maltrato los hematomas subperiósticos

diafisiarios y metafisiarios y la reacción perióstica abundante y activa, con engrosamiento cortical como residuo de reacciones periósticas ya curadas.

Las fracturas de la **jaula torácica** son poco frecuentes, presentan una distribución inversa con la edad ya que casi un 90% de las fracturas costales relacionadas con maltrato se producen en niños menores de dos años. Las lesiones de clavícula y de cabeza de radio suelen ser de causa accidental. La fractura **vertebral** es rara, y cuando se produce es debido a un mecanismo de hiperflexión-hiperextensión que tiene lugar en el sacudimiento.

2) Musculares: Hematomas intramusculares. Desgarros o arrancamientos ligamentosos, como los que se producen al suspender al niño por los brazos.

3) Viscerales:

- Cerebrales.- Hematoma subdural, se produce en los traumatismos craneales y como consecuencia de un violento zarandeo (síndrome del niño sacudido), en el que la rápida aceleración y desaceleración de la cabeza provoca un desgarro de las venas anastomóticas, con la formación de una hemorragia que desemboca en el espacio subdural generalmente de forma bilateral. El hematoma subdural agudo interhemisférico es considerado una lesión intracraneal característica.

- Toracoabdominales: Menos frecuentes que los anteriores. Dentro de éstos tiene más incidencia los hematomas duodenales y las lesiones pancreáticas, las lesiones esplénicas y renales suelen ser de origen accidental. La mayor parte de las lesiones abdominales se producen cuando existen traumatismos violentos con fuerzas rápidamente desaceleradas sobre la zona, como proporcionadas con un puño o un puntapié.

4) Órganos de los sentidos:

\* Oído:

- Rotura de tímpano, hemotímpano (típico tras una bofetada).

- Oreja de boxeador.

- Oreja en coliflor.

\* Lesiones oculares:

- Hematoma periorbitario.

- Hemorragia conjuntival.

- Abrasión corneal.

- Hipema.

- Luxación del Cristalino.

- Hemorragia del vítreo.

- Desprendimientos de retina.

- Hemorragias retinianas, acompañan al hematoma subdural en el Síndrome del niño sacudido.

\* Nariz:

- Epistaxis.

- Fracturas: podemos encontrar nariz de boxeador como resultado de golpes repetidos, y lisis de tabique y subtabique nasal. Esta última se produce tras un trauma que da lugar a una fractura nasal y hematoma subpericondrial bilateral, el cartilago desprendido queda deficientemente irrigado, se necrosa y es asiento de infección secundaria; La cicatriz resultante es retráctil de tipo infundibuliforme.

\* Boca:

- Traumatismo labial.

- Desgarro del frenillo (apretón del biberón.)

- Fractura dentaria.

- Traumatismo faríngeo posterior.

- Obstrucción de la vía respiratoria.

#### 4-indicadores de abuso sexual:

- Actitud del niño captada en la entrevista, lenguaje, conocimiento, indicadores comportamentales de Maltrato.

- Hallazgo de lesiones y hemorragias en zonas anal, genital, perianal y perigenital. Las lesiones suelen ser eritemas, impresiones digitadas, arañazos al separar los muslos, señales de mordeduras, fisuras y desgarros himeneales y anales.

- En caso de penetración anal continuada se encuentran: contracción o dilatación anal refleja, desaparición de los pliegues cutáneos normales, condilomas

acuminados, hiperpigmentación de la zona.

- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Dificultades para andar y sentarse.
- Dolores o picores en zona genital.
- Contagio de enfermedades: ETS, Herpes genital, SIDA.
- Detección de espermatozoides (hasta las 72 horas después de la agresión)
- Embarazo.
- Si no existe penetración, tras un reciente episodio de caricias o frotamientos repetidos pueden hallarse eritema, edema localizado o petequias en zonas genitales.

La exploración de genitales debe hacerse en la posición "de rana" (las prepúberes) o genupectoral. Para lograr una observación más detallada puede utilizarse un otoscopio sin espéculo o un colposcopio. El uso de espéculos en prepúberes es doloroso y está contraindicado excepto en caso de hemorragia vaginal o lesiones vaginales penetrantes.

#### **5.-existencia de intoxicaciones no accidentales**

Las manifestaciones clínicas de la intoxicación van siempre en consonancia con la sustancia ingerida. Como exponente de maltrato nombraremos el uso y abuso de sedantes y psicotrópicos para dormir al niño, y el consumo de drogas y alcohol por menores.

#### **6.- datos de laboratorio**

- Recuento hemático completo (comprobación de anemia), pruebas de coagulación (demostrarán si el niño desarrolla hematomas ante el mínimo traumatismo). Son indicativas de malos tratos las equimosis y hematomas con coagulación normal.
- Nitrógeno ureico en sangre, densidad urinaria (deshidratación)
- Análisis de tóxicos en sangre y orina, (envenenamiento)
- Hematest de orina (Traumatismo de tracto urinario, mioglobinuria)
- CPK ( Traumatismo muscular)

- Determinación de calcio, fosforo y fosfatasa alcalina en suero (enfermedad ósea).

#### **7.- otros indicadores**

- Motivo de consulta que no coincide con los hallazgos exploratorios
- Historia del traumatismo poco convincente.
- Lesiones físicas no "normales", en el rango de lo previsible en un niño de su edad y características.
- Historia de "múltiples accidentes", en especial en menores de 2 años. Suelen ser inciertas las historias de lactantes rodando sobre los brazos, autolesiones, etc....
- Existencia de intervalo no justificado desde que se produce la lesión hasta la consulta sanitaria. Intento de ocultar el hecho.
- Desconocimiento del hecho, las madres generalmente manifiestan estar ausentes en el momento en que ocurrió el hecho
- Contradicción entre las versiones ofrecidas por los acompañantes cuando se le interrogan por separados, historias confusas, ajustes de la historia a medida que va avanzando la investigación, discrepancia entre la versión de los autores y la de los testigos.
- Actitud de los padres: indiferente, exagerada sobreprotección, agresividad manifiesta hacia el niño, resistencia a facilitar información sobre el caso.
- Características de los padres o cuidadores que indican "alto riesgo": alcoholismo, toxicomanías, enfermedades mentales..
- Espectacular mejoría al sustraerlo de su ambiente

#### **BIBLIOGRAFIA**

- ADIMA. Guía de atención al maltrato infantil, ADIMA, 1992.
- ADIMA, resumen de ponencias del III simposio sobre maltrato infantil "el abuso sexual en la infancia y adolescencia", 1993.

- Ayoun P. Entre reconocimiento y acogida niños víctimas de malos tratos, Clínica y salud, vol 5, 1994 (p.159-168).
- Bonnet E.F.P., Psicopatología y psiquiatría forenses, Lopez Libreros Editores, 1983, (p. 500-515).
- Bonnet E.F.P., Medicina Legal, Lopez Libreros Editores, Buenos Aires, 1983, (p. 474-486).
- Calvo Rosales, El niño maltratado, CEA ediciones, 1986
- Gallardo Ruiz J.A., Malos tratos a los niños, Narcea ediciones, 1988.
- Gisbert Calabuig, Medicina Legal y Toxicología, Edit. Salvat, 1991, (p. 408-411).
- Nelson W.E., Tratado de Pediatría, Edit. Salvat, 1982, (p.104-108).
- Portero Lazcano G., Malos tratos y violación, Consejo General del Poder Judicial, Cuadernos de derecho Judicial, Medicina legal, Edición especial del Ministerio de Justicia, 1993. (p.45-100)
- Reece R., Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Monografía "el niño maltratado" Ed. Interamericana 1990.
- Ruggero Caputo y otros, Revista de dermatología y dermatopatología pediátrica II, nº 10, dermatitis facticia, (p.315-329).
- Simonin C., Medicina Legal Judicial, Edit. JIMS S.A., 1982, (p.276-279).
- Tiempos Médicos, número monográfico sobre Malos tratos, 1989.
- Unión de Asociaciones Familiares U.N.A.F., La violencia en las familias, (p. 252-272).
- Vargas Alvarado, Medicina Forense y Deontología Médica, Tirillas, 1990, (p.632-640).
- Wilian Schartz M. y otros, Manual de atención primaria en pediatría, 1994, (p. 376-392).

## CURSOS Y CONGRESOS

**Sevilla 95. La psiquiatría en la década del cerebro.** Congreso conjunto organizado por la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y la Asociación Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) en asociación con el Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología y con la colaboración de la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP). Este congreso se celebrará en Sevilla los próximos días 24, 25, 26, 27 y 28 de octubre de 1995. Para inscripciones contactar con Secretaría Inscripciones Sevilla 95. Viajes Halley. Cea Bermúdez 66. 28003 Madrid. Teléfono 91-4416766. Fax 91-4415729.

**Curso de Avances en Rehabilitación. "Hombro" Patología y tratamiento.** Organizado por la Fundación MAPFRE Medicina, a celebrar en FREMAP, Centro de Prevención y Rehabilitación, Avda. de Jerez s/n 41012 SEVILLA los días 30 y 31 de octubre de 1995. Para inscripciones contactar con la Srta. Maribel Jimenez en FREMAP, Centro de Prevención y Rehabilitación, Avda. de Jerez s/n 41012 SEVILLA.

**III Congreso Nacional de Valoración del daño Corporal.** Organiza la Asociación Catalano-Balear de Especialidades Universitarias en Valoración del daño Corporal. A celebrar en Barcelona los días 9, 10 y 11 de noviembre de 1995. Inscripciones en Secretaría Técnica. Grupo Geysco S.L. C/ Muntaner 77, 08011 Barcelona. Teléfono 93- 4539289. Fax 93-4532494.

**IIª REUNION: Daño Cerebral Traumático y Calidad de Vida.** Organizado por la Fundación MAPFRE Medicina, a celebrar en FREMAP Centro de Prevención y Rehabilitación. Ctra. Pozuelo-Majadahonda, km 3,5. Majadahonda (Madrid) los días 16 y 17 de noviembre de 1995. Inscripciones en Fundación MAPFRE Medicina. Srta. Susana Huertas Martínez. Ctra. Pozuelo-Majadahonda, km 3,5. 28220 Majadahonda (Madrid). Teléfono 91-6265721. Fax 91-6265825.

**III Jornadas Catalanas de Actualización en Medicina Forense.** Organizado por el Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia y la Generalidad de Cataluña, a celebrar en Barcelona los días 16 al 18 de noviembre de 1995. Inscripciones en el Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada del Departamento de Justicia de la Generalidad de Cataluña, en la calle Roger de Flor, 196, 08013 Barcelona. Teléfono 93-2073114. Fax 93-2076747.

**I Congreso Nacional sobre adicciones,** a celebrar en Sevilla los días 16 a 18 de noviembre de 1995. Secretaría del Congreso en Colegio de Farmacéuticos de Sevilla. C/ Alfonso XII, 51, 41011 Sevilla. Tlf. 4220840.

**Curso de Especialista en Tanatología.** Organizado por la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Secretaría en el Departamento de Medicina Legal de dicha Facultad. Telefonos 91-3941574-3941577-3941303. Fax 91-3941606.

**V Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías.** Santiago de Compostela, 9 al 11 de noviembre de 1995. Secretaría científica: Cátedra de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (Hospital General de Galicia). C/ Galeras s/n 15705 Santiago de Compostela. Teléfonos 981-586077 y 540000 (extensiones 40304, 40413, 40451).

**IV Congreso Estatal Sobre Infancia Maltratada.** Sevilla 8 al 11 de noviembre de 1995. Información e inscripciones en Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y el Maltrato Infantil (ADIMA). C/ Trastamara nº 33. 41001 Sevilla.

# Identificación de restos cadavéricos mediante el estudio radiológico: presentación de un caso.

**D. Félix Sánchez Ugena** (Médico Forense. Badajoz)

**RESUMEN:** En el presente trabajo se expone un caso de necroidentificación de restos cadavéricos. La identificación fue posible gracias a los estudios comparativos entre las radiografías que se habían realizado al individuo en vida (datos PRE-MORTEM) y las realizadas a los restos óseos encontrados (datos POST-MORTEM).

En esta ocasión se tomaron como elementos identificadores los senos frontales del cráneo y el húmero derecho.

**Palabras clave:** Necroidentificación. Estudio radiológico de restos cadavéricos.

Hacia finales del año 1989 se descubren en el interior de un pozo semiseco situado en un paraje rural, unos restos cadavéricos en período de esqueletización avanzado.

Por los antecedentes sumariales disponibles, podría tratarse de los restos de un individuo de nacionalidad americana, desaparecido hacía aproximadamente un año y presuntamente asesinado.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Se trataba de unos restos óseos pertenecientes a un solo individuo y que formaban un esqueleto casi completo. En algunas zonas persistían aún algunas partes blandas adheridas y algunos mechones de cabellos. El esqueleto en conjunto presentaba un aspecto robusto, llamando la atención las crestas de inserción óseas muy marcadas (Fotografía nº 1).

Los estudios antropológicos y antropométricos realizados permitieron deducir que los huesos pertenecían a un solo individuo, de raza blanca, sexo masculino, de una edad



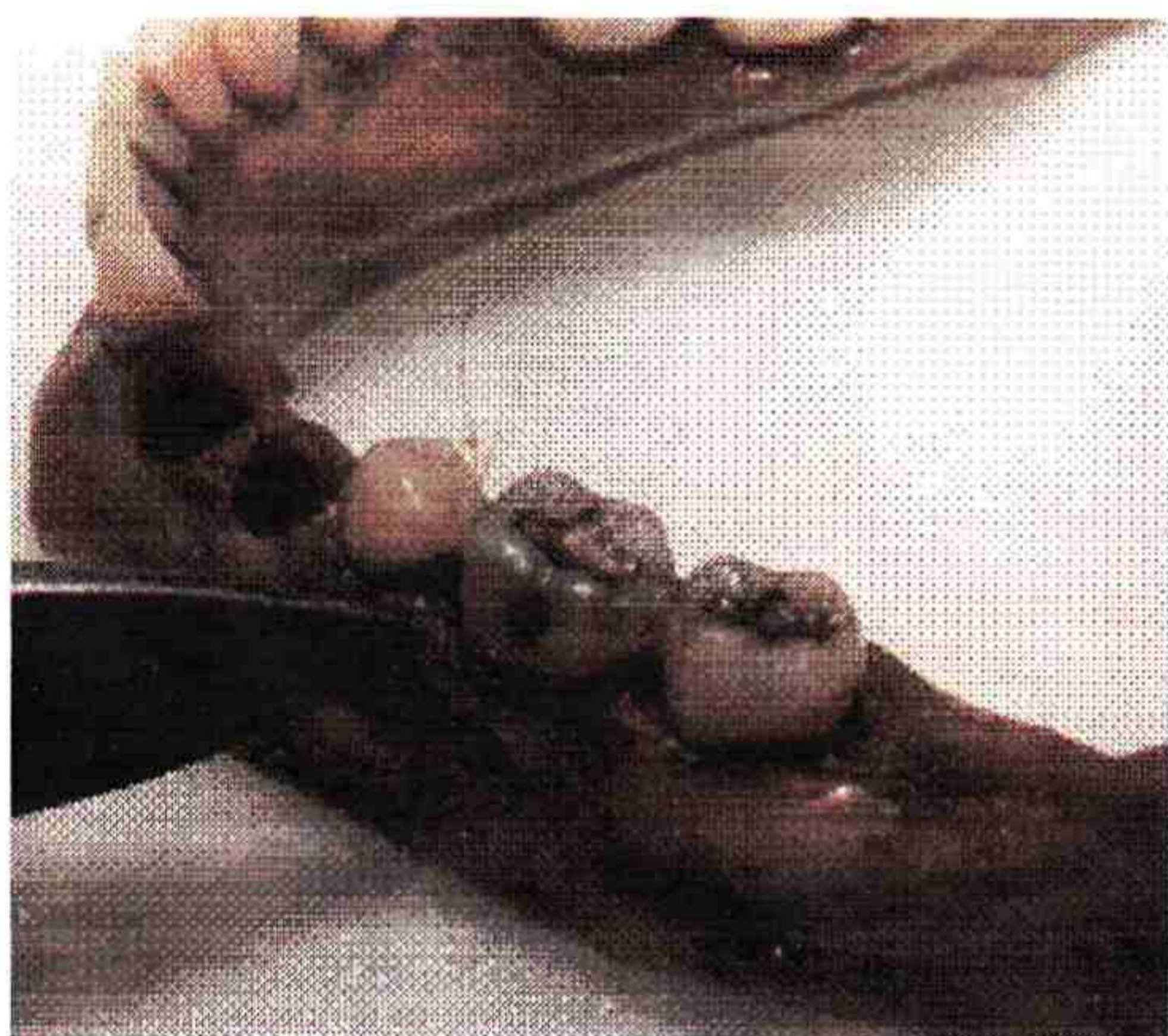
**Fotografía nº 1:** Aspecto de los restos cadavéricos recién sacados del pozo donde fueron hallados.

aproximada de 35 años y alrededor de 175 cm de talla. Teniendo en cuenta el estado de los restos y el medio donde habían sido encontrados, la data de la muerte podía establecerse en un año aproximadamente, compatible con la fecha de desaparición del individuo. Además, se comprobó la

existencia de un importante traumatismo torácico, con fracturas costales, posiblemente abiertas, producido en un momento en torno a la muerte.

Todos estos datos eran concordantes con las características y circunstancias del desaparecido. Solo quedaba, por tanto, hacer el diagnóstico de individualización.

Para ello se contaba inicialmente con la existencia de ambos maxilares, perfectamente conservados, los cuales presentaban numerosos caracteres individualizadores (Fotografía nº 2).



**Fotografía nº 2:** La dentadura poseía numerosos elementos individualizadores. En la fotografía, detalle de la hemimandíbula izquierda.

*La ausencia del canino y del primer premolar no tiene interés médico forense, ya que su desprendimiento fue postmortem. El primer molar presenta un punto de obturación con amalgama de plata en su cara vestibular y una amplia obturación con el mismo material en la cara oclusal, al igual que el segundo molar. El tercer molar, ausente, fue extraído en vida del sujeto.*

A través de la Brigada de Homicidios de la Policía Judicial encargada del caso, se contactó con la familia del desaparecido a fin de que remitiese toda la documentación médica que poseyese, especialmente en lo referente a tratamientos odontológicos.

Desafortunadamente, la familia no conocía la identidad del posible dentista que lo hubiese atendido en vida. Sin embargo, sí poseían un amplio estudio radiológico que se había realizado un año antes de su

desaparición, a consecuencia de un traumatismo sufrido en el hombro derecho.

A través de la embajada correspondiente se recibió el estudio radiológico, en el que se incluían radiografías simples, varias placas de tomografías y artrografías de doble contraste.

Para iniciar el estudio se partió de la primera imagen radiológica de una de las placas de tomografía enviada, que incluía la cintura escapular y el cráneo, la cual fue ampliada convenientemente.

Posteriormente se procedió al estudio radiológico del cráneo y huesos de la cintura escapular, practicándose radiografías en la misma proyección que el material recibido. Como elementos individualizadores del cráneo se tomaron los senos frontales del mismo. Para ello se encuadraron en unas coordenadas para su cotejo, constatando los puntos coincidentes entre ambos (Fotografía nº 3).



**Fotografía nº 3:** El cráneo estudiado con la mandíbula colocada, visto de frente.

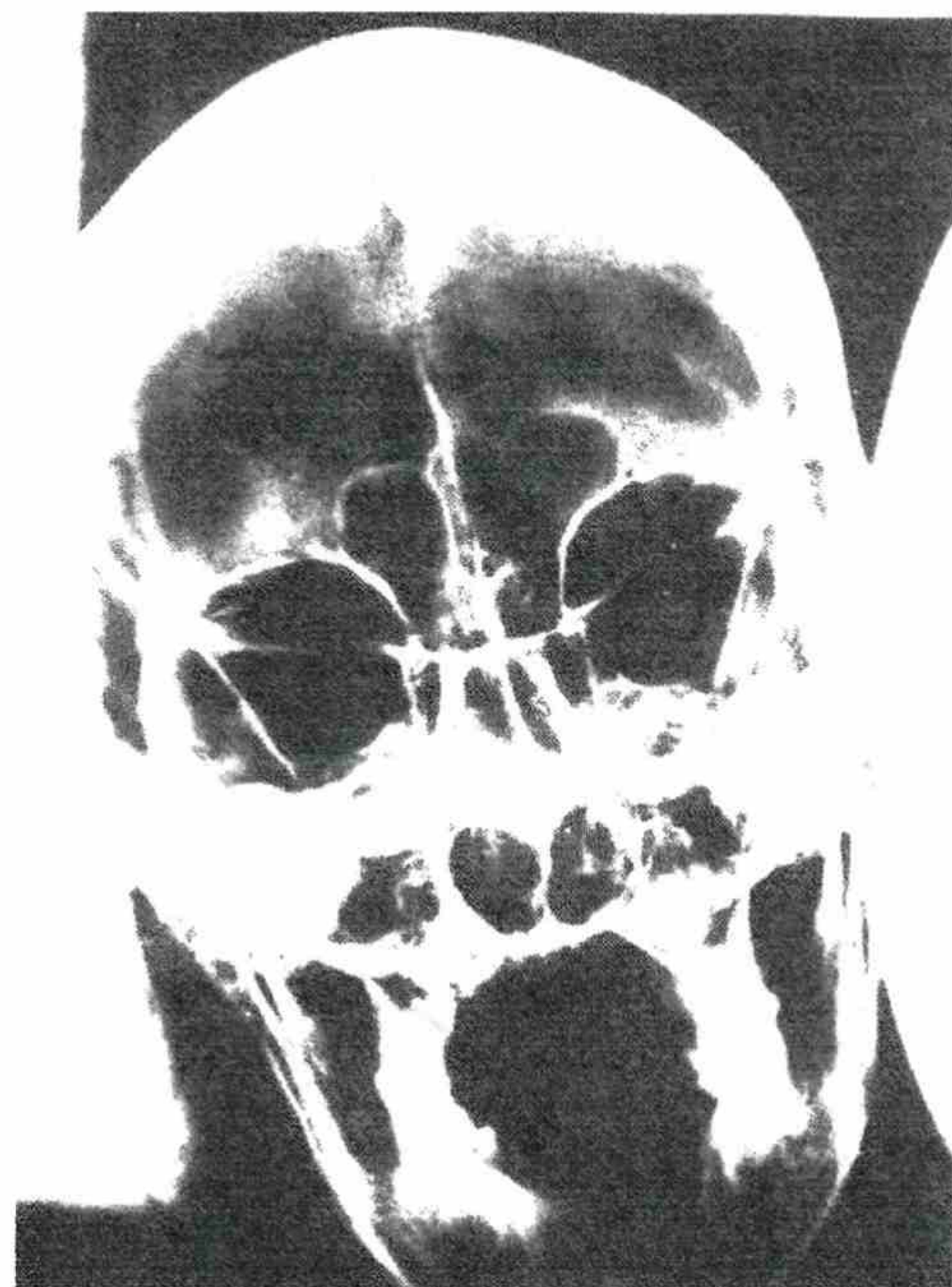




**Fotografía n° 3 bis:** *El cráneo estudiado, con la mandíbula colocada, visto de perfil*

Los puntos concordantes que se tuvieron en cuenta fueron los siguientes:

- el conjunto de los senos frontales presentaba una morfología trilobulada y asimétrica.
- el seno del lado izquierdo era mayor que el derecho y estaba bilobulado.
- por el contrario, el seno del lado derecho estaba formado por un solo lóbulo.
- el tabique intersinusal se encontraba lateralizado hacia la derecha, respecto a la cresta frontal.
- el seno izquierdo llegaba próximo a la línea media del reborde orbitario de ese lado.
- el agujero supraorbitario del lado izquierdo se localizaba justo en la intersección del techo de la órbita con la pared lateral del seno.
- el agujero supraorbitario derecho no se apreciaba, por tratarse solo de una escotadura.
- el tabique nasal se encontraba desviado, formando una curva de concavidad derecha.
- las siluetas radiológicas de las zonas correspondientes a las amalgamas dentarias eran semejantes.
- además, se apreció en el estudio radiológico del húmero derecho una imagen compatible con un infarto óseo. Esta imagen también podía apreciarse en las tomografías recibidas.



**Fotografía n° 4:** *Radiografía postmortem del cráneo problema, donde pueden apreciarse los senos frontales con algunos de los puntos identificadores mencionados: morfología trilobulada y asimétrica; seno izquierdo mas voluminoso que el derecho y bilobulado; tabique intersinusal situado a la derecha de la cresta frontal; seno izquierdo próximo a la línea media del reborde orbitario de ese lado y con el orificio supraorbitario justo a ese nivel.*

#### DISCUSIÓN:

Aun solo tomando en consideración los caracteres de los senos frontales, teníamos un elemento individualizador de primer orden, pues puede afirmarse que prácticamente no existen dos sujetos que presenten idéntica extensión y morfología en los mismos (1).

Los puntos concordantes descritos fueron suficientes para llegar a la conclusión de que los restos óseos encontrados pertenecían al individuo desaparecido (2).

La necroidentificación o identificación del cadáver consiste en contrastar los datos que podamos obtener del cadáver, conocidos como datos POST-MORTEM, con los datos que podamos recoger en el transcurso de las

investigaciones, los llamados datos ANTE-MORTEM (3).

Aunque cualquier parte del esqueleto puede servir para la comparación y la identificación, existen ciertas áreas, como son los senos frontales y la dentadura, que se consideran de gran valor identificativo, similar al de las huellas dactilares, por lo que se les denominan "huellas dactilares del cráneo" (4).

En ocasiones el problema tanatológico a resolver no solo son el mecanismo y la causa de la muerte, sino su identificación. Salvo casos de identificación indudable, precisar de qué persona se trata es una de las funciones mas importantes y mas difíciles a las que puede enfrentarse el médico forense, y que en ocasiones requiere de muchas horas de estudio (5).

#### CONCLUSIÓN:

En el caso presentado, el estudio comparativo realizado entre las radiografías practicadas a los huesos encontrados y las pertenecientes al sujeto desaparecido, puso de manifiesto una serie de puntos idénticos en ambos que permitieron afirmar que se trataba del mismo individuo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) MEDICINA LEGAL. Tomo I. Bonnet. López Libreros Editores. Buenos Aires. Pag.860.
- (2) ANTROPOLOGIA FORENSE. José María Reverte Coma. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Madrid. Pag.236-237.
- (3) SEMINARIO SOBRE LA DILIGENCIA DE INSPECCIÓN OCULAR, IDENTIFICACIÓN Y LEVANTAMIENTO DEL CADÁVER. Introducción a la Necroidentificación. J.J. Peñalver Olmos. Ministerio de Justicia. Centro de Publicaciones. Pag.116.
- (4) ANTROPOLOGIA FORENSE. José María Reverte Coma. Obra citada. Pag.237.
- (5) ATLAS DE MEDICINA FORENSE. M. Alva Rodríguez y A. Nuñez Salas. Editorial Trillas. Pag.45.

#### AGRADECIMIENTO

A la Unidad Orgánica de Policía Judicial de la 131 Comandancia de la Guardia Civil de Badajoz por su colaboración en el repositivado del material radiológico.

# Prevención de la transmisión del VIH en la práctica de riesgo de los Médicos Forenses.

**Juan Luis Cabanillas Moruno.** Médico del Trabajo. Área de Medicina Laboral. Centro de Seguridad e Higiene del Trabajo. Sevilla.

**RESUMEN:** En el presente artículo, el autor hace unas consideraciones sobre prevención del contagio de VIH en el grupo específico de riesgo de los médicos forenses.

**Palabras clave:** Infecciones. VIH. SIDA. Riesgo ocupacional.

## INTRODUCCIÓN

Aunque el riesgo de transmisión ocupacional del VIH es muy bajo, las consecuencias pueden ser importantes. Además, la incertidumbre de no saber si el accidentado está o no infectado puede tener un grave efecto psicológico.

En 1981 los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, USA, alertaron sobre la existencia de un síndrome desconocido hasta entonces y que, fundamentalmente, afectaba a hombres homosexuales. El cuadro respondía a una alteración de la inmunidad celular, que permitía la aparición de infecciones respiratorias oportunistas y de un tumor cutáneo poco frecuente, el angiosarcoma de Kaposi, donde aparecen lesiones cutáneas o mucosas, asintomáticas, con forma de nódulos, placas o simplemente manchas de color entre pardo-rojiza y púrpura o azul.<sup>1</sup>

En mayo de 1981 *The New England Journal of Medicine* publicaba un trabajo de Gotlieb et al, "Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men.

Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency".<sup>2</sup> Desde entonces comenzaba a estudiarse, a investigarse y a difundirse los conocimientos del SIDA, una enfermedad que ha convulsionado al mundo, y que aún hoy no podemos determinar su repercusión.

Mann, ex-director de la OMS piensa que el origen de la infección fue una pandemia de inicio silente en África Central en los años 70. No obstante, afirma no estar suficientemente claro. En África Central se hicieron algunos estudios observacionales retrospectivos y se demostró un importante aumento de sarcoma de Kaposi, infecciones respiratorias y diarreas crónicas, que constituyen signos indirectos del SIDA. En Europa, por esos mismos años, también se atendieron casos aislados de SIDA en africanos, que se diagnosticaron retrospectivamente.<sup>3</sup>

Al principio de la enfermedad parecía que su origen estuvo en USA. Pero la frecuente coincidencia en los primeros varones homosexuales de haber pasado un período de vacaciones en Haití, país donde se daba cita los homosexuales hizo pensar que este era el

país de origen del VIH. Posteriormente se localizó la pandemia de Zaire, que parecía anterior a la aparición de la enfermedad en Haití y en USA. Las relaciones Haití-Zaire en los años 70 fueron muy activas, lo que hizo probable la expansión de la enfermedad. Debieron ser los homosexuales americanos los que posteriormente la llevaron de Haití a EEUU y de aquí a Europa. Al menos ésta es la hipótesis del Dr. Gallo, que aunque no está confirmada, sí parece plausible.<sup>4</sup>

El mono verde africano era el reservorio del virus STLV-III, que debió sufrir una mutación, dando lugar al VIH, del que existen dos tipos VIH-I y VIH-II.

A groso modo, el número de personas infectadas por el VIH es de medio millón en Europa, un millón en Norteamérica, otro en Hispanoamérica, otro en Asia y siete millones en África. En 1994, hay cuatro millones de casos de SIDA en el mundo.<sup>4</sup> Y las previsiones son que el continente asiático puede ser el que presente más casos en el futuro.

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, que se caracterizan por poseer una envoltura de naturaleza glucoprotéica y por codificar su información genética en forma de ARN monocatenario. Esta información se integra dentro del genoma de la célula infectada y la transcriptasa inversa o retrot transcriptasa, cataliza el paso de ARN a ADN.<sup>5</sup>

## TRANSMISIÓN

Los mecanismos principales de transmisión del VIH son las relaciones sexuales, compartir jeringuillas y la transmisión materno-fetal. La transmisión ocupacional del VIH constituye una parte insignificante del total de infecciones.

Pero resulta importante, que en los trabajos de riesgo se conozca el alcance de éste. Y en el caso de los médicos forenses es importante por varias razones: La primera porque existe una percepción del riesgo de infectarse por VIH muy superior a la que

realmente existe. Y es posible que de esta percepción dependa la calidad de la práctica profesional del médico-forense sobre personas infectadas por el VIH. El desconocimiento del riesgo real de transmisión ocupacional del VIH y de las medidas preventivas eficaces conduce a trabajar con miedo y a adoptar precauciones desproporcionadas y, quizás, a marginar a los individuos seropositivos.<sup>6</sup>

El médico, profesional ejemplarizante ante la sociedad, puede condicionar el comportamiento de la sociedad en el trato a los pacientes seropositivos.

La utilización de medidas preventivas para el VIH evitarían la transmisión ocupacional de otros virus como VHB y VHC, con más facilidad para transmitirse por vía sanguínea y de consecuencias graves. Los responsables de la posible transmisión del VIH en Medicina Forense en la sangre y el líquido pleural, que son los únicos fluidos biológicos donde existe transmisión ocupacional documentada. Documentada, actualmente, en el medio extralaboral, son secreciones vaginales, semen y leche materna e intraútero. Y no se ha documentado la transmisión en ningún caso, pero se ha aislado el virus en suero, líquido alveolar, saliva, lágrimas, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido amniótico, cerebro y médula ósea.<sup>7</sup>

Los mecanismos de transmisión ocupacional del VIH a los médicos forenses son: accidentes percutáneos (pinchazos y heridas), contacto con piel no intacta y contacto con mucosas.

Una vez producido el accidente ¿De qué depende el riesgo de que se transmita el VIH?:

En el accidente percutáneo depende de varios factores:

- a) Características del accidente: de la cantidad de sangre u otro fluido inyectado, del lapso de tiempo entre la utilización del instrumento manchado y la producción del accidente, de la temperatura, de la humedad, del pH, de la profundidad

de la lesión en el médico y de la utilización de guantes.

b) Del individuo infectado: Del estadio de la infección VIH, que se relaciona frecuentemente con la intensidad de la viremia, del tratamiento con antivirales y de las características de la cepa viral (en especial si hay resistencias a antirretrovirales).

c) Susceptibilidad del médico forense a la infección: estado inmunitario y profilaxis con antirretrovirales.<sup>8</sup>

d) De la prevalencia de la enfermedad en nuestra comunidad, que conlleva una gran variación geográfica.

Hasta aquí los mecanismos de transmisión ocupacional, pero el riesgo de la transmisión es muy variable. Hay muchos estudios centrados en trabajos hospitalarios sobre el riesgo de que se produzca la seroconversión frente al VIH, los CDC dan riesgos del 0,36%, y los italianos del 0,17%.

## ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Los médicos forenses deben asumir que cualquier persona sobre la que ejerzan su especialidad puede estar infectada por SIDA o por cualquier otro agente transmisible por sangre. El mejor modo de protegerse es la buena práctica profesional junto con las Precauciones Universales, conjunto de recomendaciones elaboradas por los CDC de Atlanta en 1987, que se completan con algunas precauciones para procedimientos invasivos, para dentistas, para autopsias, para diálisis, para laboratorios. Las que nos afectan en la práctica profesional del médico forense son las que enumeramos a continuación, síntesis de las precauciones Universales más las particulares.

Los CDC consideraron imposible identificar de manera fiable a todos los pacientes infectados por el VIH, por lo cual las Precauciones Universales deben tenerse

en cuenta con todos los individuos de los que se ocupa el médico forense cuando maneja de aquellos, sangre, líquido cefalorraquídeo, pleural, sinovial, amniótico, peritoneal y pericárdico, semen, secreciones vaginales, leche materna.

Bajo esta perspectiva se consideran potencialmente infecciosos de VIH, VHB y VHC y otros patógenos de transmisión sanguínea a todos los individuos.

Las medidas a tomar para evitar la transmisión sanguínea de estos patógenos sería:

1.- Vacunación frente a hepatitis B.

2.- Higiene personal. Normas :

a) Cubrir las heridas del médico con apósitos impermeables antes de iniciar el trabajo. Las lesiones cutáneas de las manos se cubrirán con guantes. Evitar anillos y otras joyas.

b) Lavado de manos cuando éstas se hayan manchado de material potencialmente contaminado. El lavado efectivo requiere 20 segundos de fricción con agua y jabón, mejor líquido, secándose las manos con toallas de papel desechable.

3.- Elementos de protección de barrera: Deben usarse cuando haya que prevenir la exposición a sangre, fluidos corporales que contengan sangre y otros fluidos como semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, pleural, amniótico, sinovial, peritoneal y pericárdico.

a) Guantes: Los de látex constituyen la protección más importante, y aunque no evita el pinchazo o el corte, se ha demostrado que reduce el volumen de sangre transferido en un 50%. El riesgo de infectarse por microorganismos de transmisión sanguínea depende de la cantidad de microorganismos inoculados.

Si durante su empleo se perforaran es preciso quitárselos, lavarse

inmediatamente las manos y usar unos nuevos.

b) Mascarillas: Evitan las salpicaduras de sangre o fluidos corporales a las mucosas oral o nasal. En el transcurso de las autopsias pueden producirse aerosoles que los CDC consideran que pueden evitarse con el uso de mascarillas.

c) Gafas: La protección ocular evita las salpicaduras de sangre o líquidos corporales a la mucosa ocular.

d) Batas: Si se prevé la producción de grandes salpicaduras de sangre o fluidos biológicos pueden usarse batas suplementarias y delantales impermeables.

4.- Manejo de objetos cortantes y punzantes: Se extremará el cuidado al manejar este tipo de objetos. Si se usan agujas no deben ser reencapuchadas. Los materiales cortantes y punzantes que se desechan se deberán colocar en recipientes resistentes a la punción.

5.- Otras recomendaciones:

a) Señalización: Usando estas precauciones no hace falta ninguna señal especial para las muestras biológicas de personas infectadas. La señalización especial sólo concede una falsa seguridad al personal que las manipula. Tratando todas las muestras con la máxima seguridad, la eficacia de la prevención es mayor.

b) Eliminación de residuos: Los residuos y desechos contaminados con sangre o con otros fluidos biológicos de cualquier persona deberán considerarse como potencialmente infecciosos y ser incinerados o eliminados de acuerdo con las normas sobre desechos infecciosos.

c) Salpicaduras de sangre o fluidos sobre superficies u objetos: Para limpiarlo los trabajadores usarán

guantes resistentes, lejía diluida al 10% (una parte de lejía doméstica en 9 de agua) sobre la superficie contaminada.

En el ámbito de la Medicina Forense estas medidas preventivas deberían extenderse. Habría que establecer unos objetos estratégicos que conduzcan a la disposición del material adecuado y a obtener de éste el mejor rendimiento. Los objetivos estratégicos serían: Objetivo crear para los MF un ambiente laboral más seguro frente al VIH y otras infecciones.

1.- Elaboración de las recomendaciones adaptadas a nuestro entorno, que sean eminentemente práctica.

2.- Información a los cuadros directivos de los médicos forenses en el Ministerio de Justicia: Se trata de sensibilizar a los que tienen la llave del suministro adecuado del material preventivo.

3.- Grupos de trabajo que critiquen y aporten novedades a las recomendaciones elaboradas. De este modo la práctica y las opiniones de cada médico forense tenidas en cuenta.

Hay que aclarar la escasa seguridad que otorga al médico que el individuo tenga una analítica negativa frente al VIH. De las 3 enfermeras infectadas por transmisión sanguínea ocupacional, hasta ahora en Italia, una lo fue con sangre de un paciente que estaba en el período ventana: paciente infectado, que podía transmitir al virus, pero aún sin anticuerpos.

## EXPOSICIÓN OCUPACIONAL

Ocurre cuando se ha producido un contacto con sangre o con otro fluido por inoculación percutánea, contacto con herida abierta, piel no intacta o mucosa, durante el desarrollo de la práctica profesional.

Tras el accidente hay que hacer lo siguiente:

1.- Accidente percutáneo (pinchazo o corte):

a) Retirar el objeto punzante o cortante.

b) Limpiar la herida con agua corriente sin restregar permitiendo que la sangre fluya libremente 2-3 minutos bajo agua corriente. Inducir el sangrado si fuera necesario.

c) Desinfecta la herida con povidona yodada o gluconato de clorhexidina, y aclararlo bien.

d) Cubrir con apósito impermeable.

2.- Salpicaduras de sangre o fluidos a piel: lavar con agua y jabón.

3.- Salpicaduras a mucosas de sangre o fluidos: lavar con agua abundante.

Todos los accidentes deben ser comunicados a:

- Servicio de Medicina Preventiva del hospital de referencia del Sistema Nacional de Salud.

- La autoridad laboral de la provincia: Delegado Provincial de la Consejería de Trabajo de la Junta de Andalucía: Cumplimentando un parte de accidente laboral. Que facilitará en adelante la consideración de enfermedad profesional si hubiera lugar.

Al personal expuesto al VIH puede tratarse con zidovudina (ZDV) a pesar de no haberse demostrado la eficacia del tratamiento. La decisión de tratamiento debe hacerse de forma individualizada, instaurar el basado en el estudio clínico del caso. Para conocer el estado inmunitario se determina el nivel del accidente frente al VIH, volviendo a hacerlo en el año para verificar si se produjo o no la seroconversión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Center for Disease Control: Kaposi's sarcoma and Pneumocystis carinii pneumonia among homosexual men in New York City and California. MMWR, 1981. 30: 305-308.

2.- Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men. New Engl J Med. 1988. 24 (3): 456-465.

3.- Piot P, Plummer FA, Mhalu FS. AIDS: an international perspective. Science. 1992. 239: 572-579.

4.- Delgado A. Manual SIDA. Organización Médica Colegial. Madrid, ed. IDEPSA, 1993.

5.- De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA. SIDA: etiología y diagnóstico, tratamiento y prevención. Ed. Salvat, Barcelona, 1988.

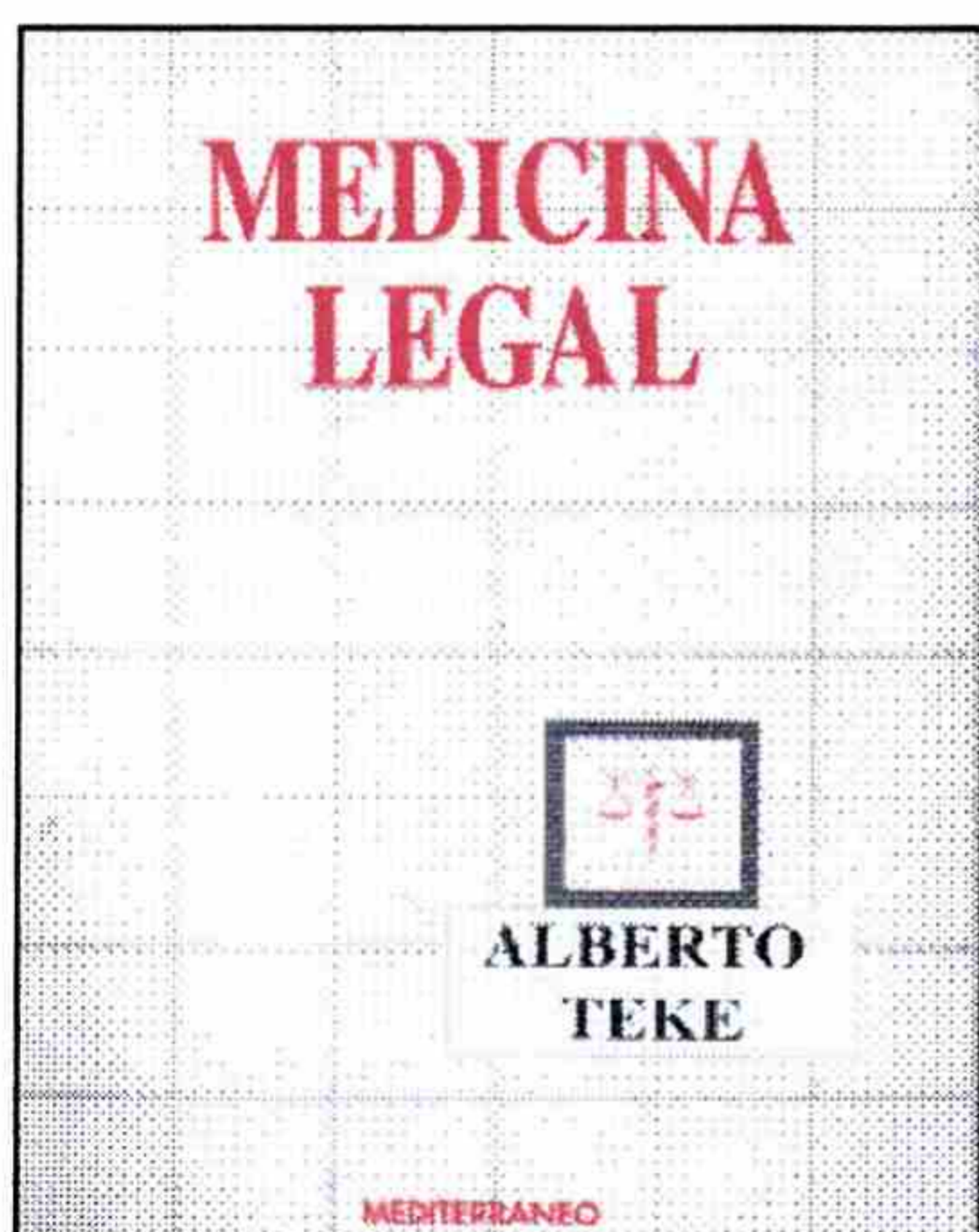
6.- Grupo de Trabajo de Medicina Preventiva y Salud Laboral sobre el Plan del SIDA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Jano, 1135 (19). Barcelona, 1995.

7.- Kelen GD. HIV and the emergency department: risk and risk protection for health care providers. Ann Emerg Med. 1990; 19:242-248.

8.- Chamberland M. Assessment of risk of occupational transmission of bloodborne pathogens. Conference on prevention of transmission of bloodborne pathogens in Surgery and Obstetrics. Atlanta, 13-15 febrero, 1994.

9.- Fitch K, Pérez L, de Andrés R, Nájera R. Transmisión accidental del VIH en el ámbito sanitario. PO SEISIDA. 1993; 4(9):491-500.

# COMENTARIO DE LIBROS



Alberto Teke.- MEDICINA LEGAL:  
Publicaciones Técnicas Mediterránea Ltda.  
281 pag. Santiago de Chile.-1993.

El Profesor Teke Schlicht y su Equipo docente interprofesional del Departamento de Medicina Legal de la Universidad de Chile presenta en este libro la actualidad de la Especialidad que en su país tiene una tradición mas que centenaria.

En el Prefacio se da a conocer que la presente edición modifica otras tres anteriores con el propósito de que sea de utilidad a médicos, juristas y funcionarios.

Aparte está el hecho de que se considera la Medicina Legal no solo actuante a demanda de órganos jurisdiccionales sino que se considera rebasada por extensión a cualquier actividad médica con protagonismo de iniciativa y carácter de oficialidad, lo que comprendería la Medicina del Trabajo, las de previsión y asistenciales sani-

tarias y las regulaciones legales y éticas de la pro-pia actividad profesional. Con estas bases se comprende que la obra trate con muy distinta extensión los distintos capitulos y que en todos estén contenidos los conceptos fundamentales expuestos ordenadamente y con gran claridad.

El texto está dividido en diez capítulos, siendo el primero El Derecho en Medicina Legal, distinguiendo el Derecho Médico ó Medical Law referente a bienes a proteger y la Medicina Forense equiparable a la Victimología y estudio del agresor. Sigue lo que es llamado Lesionología, dentro de lo que se incluyen los "Hechos de Tránsito", a propósito no denominados accidentes para no prejuzgar, y en cuya descripción se lee la singularidad estadística de la mayor seguridad de la sordera por mayor capacidad de concentración. Como Lesionología Especial se tratan los malos tratos al menor y se dedica mayor extensión a las lesiones por arma de fuego, a la Neurología traumática con gran detalle en SN Periférico y por último a la Asfisiología, donde también destacamos con carácter de singularidad la defensa de la posibilidad de shock anafiláctico en los ahogados de procedencia digestiva por paso a sangre de proteínas insuficientemente desdobladas.

En el Capitulo dedicado a la Tanatología, consideramos de interés la descripción de los trámites del certificado de defunción en Chile, donde se faculta reguladamente a los Jefes de Servicio y Directores Hospitalarios, donde se contempla la llamada a la Medicina Legal una vez iniciada la autopsia clínica y donde existe la posibilidad de inscripción de la defunción verificando la defunción por declaración de testigos.



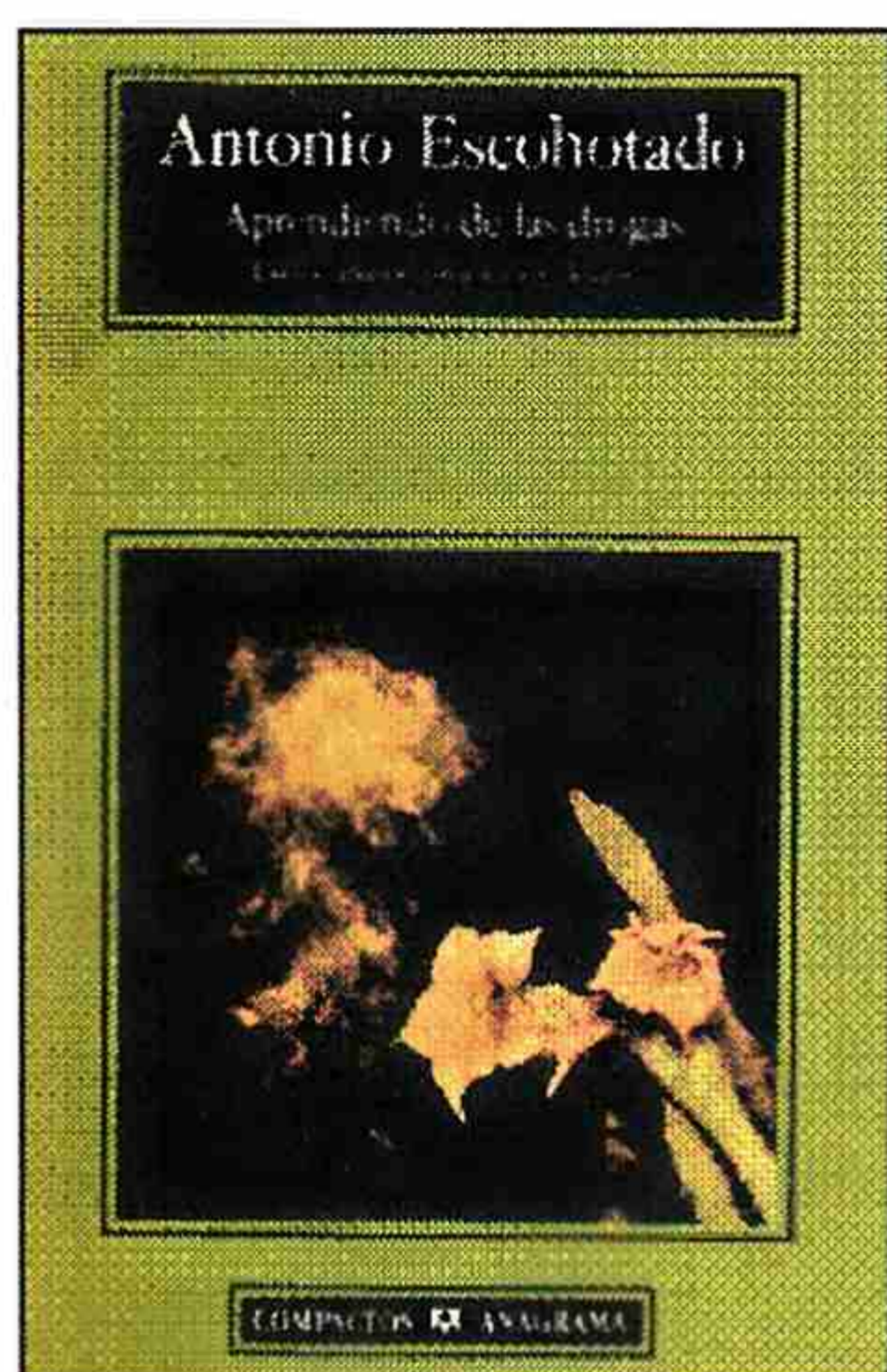
La Toxicología está tratada muy brevemente y de acuerdo con las características medicolegales antes descritas, atendiendo a diagnósticos clínicos y a tratamientos y estudiando temas de Toxicología Industrial.

Menos espacio aun se da a la Psiquiatría, que solo es enunciativa y mas bien dirigida a lectores no médicos. En el Capitulo de Identificación, se menciona con justicia a la ampliación de la Dactiloscopia o Clave Chilena y se incluye un amplio apartado de Odontología Forense. Por último hay capítulos dedicados al Laboratorio, a la Medicina Legal Social y a la Medicina Legal Profesional.

Queda solamente señalar que el Texto, dentro de su ámbito, no hace concesiones a lo anecdótico, que muy poco le falta y nada le sobra.

*Dragy*

## Comentario de Libros



Antonio Escotado.  
APRENDIENDO DE LAS DROGAS  
Edit. Anagrama- 1995. Barcelona 247 pag.

No es ni mucho menos un libro de Medicina Legal pero dentro de ella está el recoger cuanta información sobre drogas aparezca publicada. Todos los libros enseñan algo y este se titula Aprendiendo de las Drogas.

Su autor es un profesor de Sociología conocido por la frecuente aparición de sus criterios en los distintos medios de comunicación. Su principal mérito está en que durante mas de veinte años se ha sometido a autoexperiencias con drogas. Uniendo la autoridad de esta práctica con observaciones e informaciones de primera mano el arte del bien escribir lo atentamente observado, hace que el libro sea leído con interés e incluso que algunas páginas merezcan el honor de la relectura.

La obra, que según declaración del autor está adaptada a cualquiera con costumbre de leer periódicos y que es una revisión de dos ediciones anteriores de distintos títulos, está construida ordenadamente, dividiendo el estudio en drogas de paz, de energía y visionarias (ateniéndose sin decirlo a la clasificación de Delay y Deniker) y a su vez tratando por separado en cada caso la toxicología general, los efectos subjetivos y los principales usos.

Las sustancias están descritas con precisión y sus usos y efectos claramente relacionados aportando una versión personalista e interpretativa muchas veces distante de las bases de la práctica habitual. De todo el conjunto resaltan por su valor los posicionamientos históricos, sociales y culturales y la descripción de las circunstancias personales extratóxicas en la modulación de las distintas presentaciones de toxicomanía, tema que hemos visto siempre insuficientemente tratado a pesar de su fundamental interés.

Al principio del libro se expresan agradecimientos por los datos psiquiátricos y químicos facilitados, pareciendo que no ha existido mejor asesoramiento médico fisiopatológico y operativo, hasta el punto de sucederse los errores, como afirmar la inexistencia de efectos por cobre y plásticos, el cuestionar la existencia de la inoperatividad de la vía oral para ciertos antibióticos, el incluir el Artrodesmol como Meprodamato y la Eufilina como benzodiazepina, el hablar de fallo pulmonar o el considerar que la posición de Trendelenburg es con las rodillas hacia arriba y entre ellas la cabeza. Restamos importancia a estas inexactitudes, lo que no podemos hacer con el párrafo que transcribimos literalmente desde la página 68, por sustentar dogmáticamente la equivocación y por la interpretación malévola y no ajustada a la realidad: *"Jamás puede atribuirse a heroína una muerte casi instantánea o consumada en minutos. Como los forenses prefieren evitarse la autopsia y los jueces no objetan, hoy es sencillo asesinar a cualquier usuario incómodo sin mover a la menor sospecha; el expediente se archivará como muerte por sobredosis de heroína"*. Salvando este importante escollo se considera que el libro cumple su objetivo de facilitar información evitando a los lectores la búsqueda de datos en otras fuentes inaccesibles por su volumen y complejidad.

*Dragy*

**NORMAS DE PUBLICACIÓN:** El formato de los trabajos, que se enviarán por duplicado (se agradece también su envío en diskette en formato WP 5,1 ó WP 6.0), y que deberán estar mecanografiados en formato DIN-A4, a doble espacio, incluyendo el resumen y la bibliografía, con margen izquierdo de tres centímetros, deberá cumplir las siguientes normas:

**1) Página del Título:** Contendrá el Título del trabajo, nombre del o de los autores (primer apellido y dos iniciales), lugar de realización y dirección para la correspondencia. El primer autor deberá especificar con una nota a pie de página su actual posición profesional.

**2) Resumen:** Como segunda página deberá ir un resumen que no excederá de 150 palabras, en el que aparecerán de forma lo mas concisa posible el método, los resultados y las conclusiones. En la parte inferior aparecerán tres o mas palabras claves que identifiquen el trabajo.

**3) Texto:** La extensión del trabajo no excederá de diez folios.

**4) Bibliografía:** Deberá adaptarse a los ejemplos puestos a continuación:

a) Artículo de revista: Sánchez UF. Molina AM y Botet JF. Efecto de las radiaciones ionizantes sobre la putrefacción. Medicina Legal, 1995; 12/1 (12-18).

b) Capitulo de libro: García AJ. Secuelas psicológicas de la violación. En García AJ. Psiquiatría Criminal y Forense. Ed. Centro de Estudios Ramón Areces. 1993. (139-141).

**5) Tablas, figuras y fotografías:** Las tablas irán en folios aparte con un breve texto que las comente. Las figuras irán sin pie, yendo este en otra hoja diferente. Las fotografías podrán ser en blanco y negro o en color, siendo importante que sean de buena calidad, y siendo necesario que aparezca la referencia de todas ellas en el texto.

**6) Agradecimientos:** En este apartado se podrán citar todas aquellas personas u organismos que hayan colaborado de alguna manera en la elaboración del trabajo.

En cuanto a las Notas de Opinión, no excederán de 1000 palabras, y se permite una única tabla o figura.

Los trabajos que no cumplan con el estilo y formato requeridos, o que no sean legibles y claros serán devueltos sin revisión. No se devolverán los trabajos que vayan a ser publicados, quedando en poder de la Asociación Andaluza de Médicos Forenses.

Esta revista, cuya edición es trimestral, se distribuye gratuitamente a los asociados de AAMEFO, Audiencias y Fiscalías Provinciales de Andalucía, Cátedras de Medicina Legal de las Facultades de Medicina Andaluzas, Colegios de Médicos de Andalucía y Asociaciones de Médicos Forenses.

Para publicidad en esta revista pueden contactar con el Director de publicidad en el número de teléfono 95-4281560.

**Boletín de Suscripción a Cuadernos de Medicina Forense**

Si, Quiero suscribirme a **Cuadernos de Medicina Forense**, al precio de 3.000 pts (tres mil pesetas) anuales (cuatro números).

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**Autorización de domiciliación bancaria**

Banco \_\_\_\_\_

Caja de Ahorros \_\_\_\_\_

Domicilio de la sucursal \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Cuenta corriente Clave Banco Clave sucursal DC Numero cuenta o libreta

Lbta. Ahorros \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Nombre Titular de la cuenta \_\_\_\_\_

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deben adeudar en mi cuenta o libreta los efectos que anualmente les sean presentados para su cobro por AAMEFO.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Enviar a Asociación Andaluza de Médicos Forenses. Avda. de la Borbolla 47, 41410 Sevilla