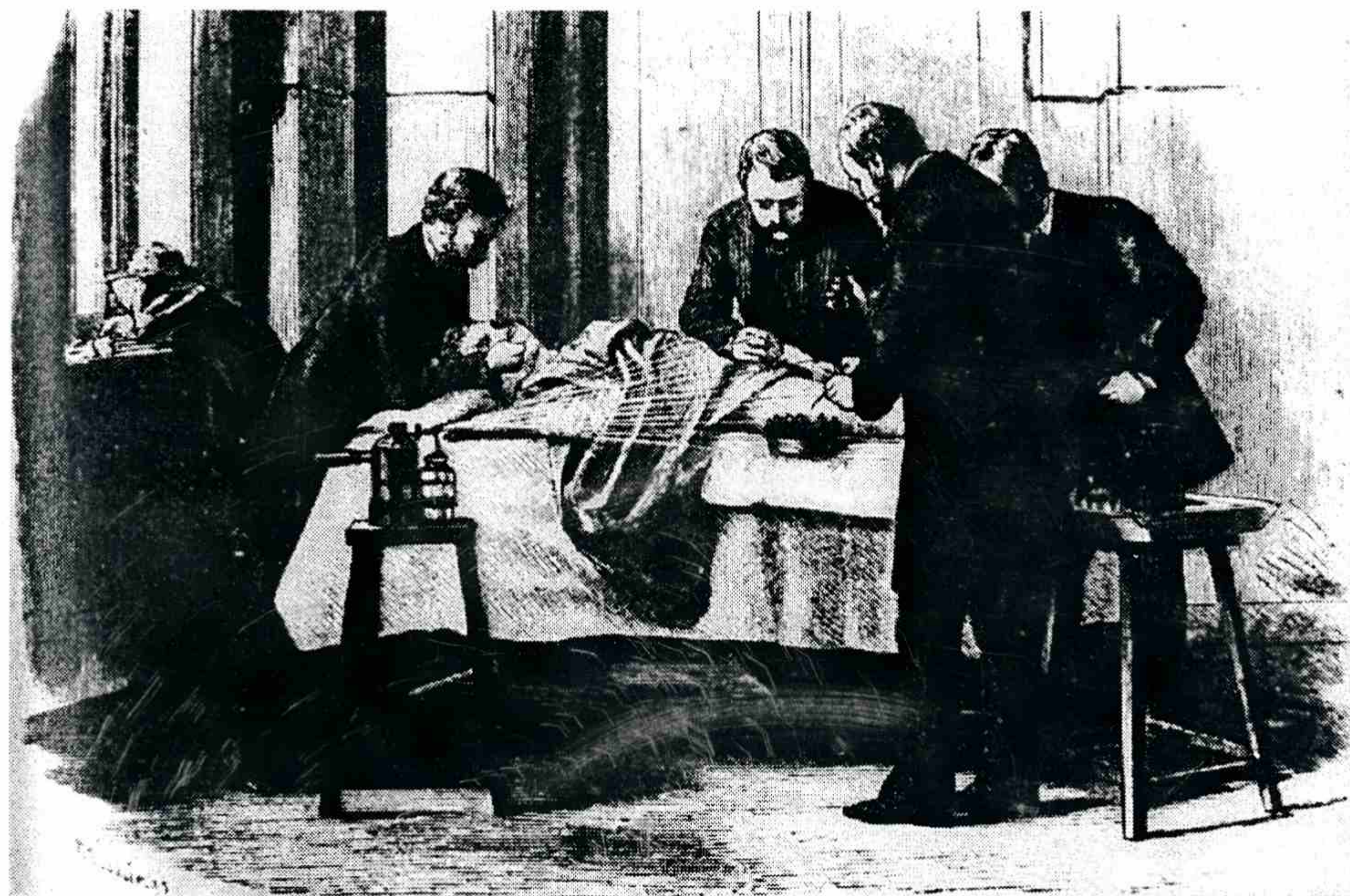


# Cuadernos de Medicina Forense

Asociación Andaluza de Médicos Forenses

---



Estudio sociológico-criminal y médico forense del delito de homicidio en Orense

El consentimiento informado

Legislación española vigente en materia de Policía Sanitaria Mortuoria. Algunas consideraciones entre las diferentes Comunidades Autónomas

Los ingresos psiquiátricos involuntarios en la provincia de Badajoz

Epilepsia postraumática

Nº 5

Julio 1996









**Cuadernos de Medicina  
Forense**

**Nº 5 Julio 1996**

Asociación Andaluza de Médicos Forenses

**DIRECTOR:**

Alejandro Serratos S. de Ibarguen

**CONSEJO DE REDACCIÓN:**

Elena Balanza Alonso de Medina  
Heidi M. Chavarría Puyol  
Alfonso Galnares Ysern  
Manuel Rodríguez Hornillo  
Carmen Romero Cervilla  
M<sup>a</sup>. Ángeles Sepúlveda G<sup>a</sup> de la Torre

**CONSEJO ASESOR:**

César Borobia Fernández  
Juan Luis Carrillo Martos  
José M<sup>a</sup>. Cava Villarejo  
José Antonio García Andrade  
Manuel García Blázquez  
Antonio Garfía González  
Emilia Lachica López  
Miguel Lorente Acosta  
Antonio Marín Rico  
Martín Molina A. de Saavedra  
Manuel Repetto Jiménez  
José Luis Romero Polanco  
Félix Sánchez Ugena

**DIRECTOR DE PUBLICIDAD:**

José Luis Brell González

Dep. Legal SE-1230-95  
ISSN 1135-7606

**CORRESPONDENCIA CON LA  
REVISTA**

Avda. República Argentina nº 37 6ºB  
41011 Sevilla

**PORTADA:** Radio Times Hulton  
Picture Library

## SUMARIO

Editorial	4
BOE: Ultima legislación	5
Notas de opinión	9
Estudio sociológico-criminal y médico forense del delito de homicidio en Orense. F. Serrulla Rech	12
El consentimiento informado. E. Osuna Carrillo de Albornoz, M <sup>a</sup> . D. Pérez-Cárceles, A. Luna Maldonado	20
Legislación española vigente en materia de Policía Sanitaria Mortuoria. Algunas consideraciones entre las diferentes Comunidades Autónomas. M.A. Carnicero Giménez de Azcárate, F. Echevarría Gabilondo.	29
Los ingresos psiquiátricos involuntarios en la provincia de Badajoz. M. Casado Blanco, F. J. Vaz Leal, A. Bejar Trancón.	35
Epilepsia postraumática P. Martínez García	41
ARCHIVO DE CASOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGIA. DEPTO. REGIONAL DE SEVILLA. Muerte súbita en la silla del dentista de un paciente epiléptico tras crisis convulsiva: ¿status epilepticus, shock anafilactoide o sobredosis de anestésicos locales? A. Garfía González, M.M. Juan García, M. Rodríguez Hornillo, M.R. Repetto, M. Menéndez, M. Repetto Jiménez	48
PRUEBA PERICIAL El tratamiento médico. Distinción entre el delito y la falta de lesiones en atención a dicho concepto. J. E. Vázquez López	62
COMENTARIO DE LIBROS	65



# EDITORIAL

Pasados ya quince meses desde la aparición de esta revista, y habiéndose superado ampliamente las expectativas que el propio consejo de redacción inicial, compuesto sólo por tres personas, y, lógicamente, teniendo unas miras más cortas que las que ahora mismo pueden trazarse, se había propuesto, llega el momento de hacer una reestructuración tanto de las personas que la dirigen como de las formas y contenidos de la misma, y no porque las cosas no marchen, que marchan bastante bien, sino porque el volumen de trabajo y el ritmo actual de crecimiento así lo imponen. Es preciso profesionalizar, aún dentro del amateurismo editorial que tenemos, cada una de las funciones, y delimitar los campos de actuación de cada uno de los miembros, de forma que no existan solapamientos innecesarios entre las diversas actuaciones, y la transparencia, sobre todo en lo referente a lo económico, debe ser norma fundamental en la gestión de la revista. Por ello, a partir de la salida a la calle de este número, se realizarán los cambios pertinentes para que nuestro ritmo de crecimiento siga manteniéndose e incluso incrementándose. Vaya desde aquí nuestro agradecimiento a cuantos de una u otra forma han colaborado al nacimiento y crecimiento en su primera infancia de estos *Cuadernos*.

Por otra parte, queremos comunicar a nuestros lectores que, dado el éxito alcanzado por el primero, estamos comenzando a preparar un segundo número especial monográfico, que en esta ocasión tratará sobre la drogaadicción, y en el que intentaremos tratar la mayor parte de los puntos de vista sobre la misma, tanto toxicológicos como psiquiátricos, de prevención, tanatológicos, etc., por lo que los artículos que se vayan recibiendo sobre este tema, serán revisados aún más concienzudamente que los demás, y reservados para dicha publicación, que saldrá a la luz cuando el volumen y la calidad de los trabajos lo permita, que, calculamos, será dentro de unos tres o cuatro números.

Finalmente, queremos destacar, además de varios interesantes artículos sobre diversos temas que aparecen en esta revista, como el del *Consentimiento informado*, que no pudo ser incluido en el número monográfico de Responsabilidad profesional por haberse recibido fuera de plazo, el estudio sobre la diferente legislación sanitaria mortuoria en las distintas Comunidades Autónomas, la epilepsia postraumática, el ingreso involuntario de pacientes psiquiátricos en la provincia de Badajoz, o el estudio criminalístico del homicidio en la provincia de Orense, la consolidación de dos secciones fijas de indudable interés: el *Archivo de casos del Instituto Nacional de Toxicología*, y la *Prueba Pericial*, dirigidas respectivamente por el Dr. Garfía González, jefe de la sección de Anatomía Patológica del INT, departamento de Sevilla, y el letrado D. José Enrique Vázquez López, que no escatiman esfuerzos y dedicación para dejarnos en cada número parte de su sabiduría.



# BOE: ÚLTIMA LEGISLACIÓN

-B.O.E. nº 65 de 15 de marzo de 1996.- Real Decreto 298/96 de 23 de febrero, Ministerio de Justicia e Interior, por el que se establece la plantilla orgánica del Ministerio Fiscal.

-B.O.E. nº 71 de 22 de marzo de 1996.- Real Decreto 387/96 de 1 de marzo, Ministerio de Justicia e Interior, por el que se aprueba la Directriz Básica de Planificación de Protección Civil ante el riesgo de accidentes en los transportes de mercancías peligrosas por carretera y ferrocarril. En el art. 2 se crea un Comité Estatal de Coordinación, en cuya vocalía figuran representantes del Instituto Nacional de Toxicología, y de la Dirección General de Salud Pública.

-B.O.E. nº 72 de 23 de marzo de 1996.- Orden de 21 de febrero de 1996, Ministerio de la Presidencia, corrección de errores de dicha Orden, por la que se regula la confección de las nóminas de la Administración de Justicia. Entre las "claves asignadas a las retribuciones del personal" se recogen, entre otras, la penosidad del servicio fuera de horario, la especial dificultad, la guardia de presencia y de tipos de disponibilidad, y los plus de peligrosidad y de toxicidad para el personal laboral incluidos los mozos de autopsia.

-B.O.E. nº 72 de 23 de marzo de 1996.- Real Decreto 411/96 de 1 de marzo, Ministerio de Sanidad y Consumo, por el que se regulan las actividades relativas a la utilización de tejidos humanos. Las actividades referidas en dicho Real Decreto son las de donación, obtención, preparación, procesamiento, preservación, almacenamiento, transporte, entrada y salida de España, distribución, suministro e implantación.

-B.O.E. nº 72 de 23 de marzo de 1996.- Real Decreto 412/96 de 1 de marzo, Ministerio de Sanidad y Consumo, por el que se establecen los protocolos obligatorios de estudio de los donantes y usuarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida y se regula la creación y organización del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana.

-B.O.E. nº 72 de 23 de marzo de 1996.- Real Decreto 413/96 de 1 de marzo, Ministerio de Sanidad y Consumo, por el que se establecen los requisitos técnicos y funcionales precisos para la autorización y homologación de los centros y servicios sanitarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida.

-B.O.E. nº 75 de 27 de marzo de 1996.- Orden de 1 de marzo de 1996, Ministerio de Justicia e Interior, sobre selección propuesta y nombramiento de funcionarios interinos para cubrir plazas vacantes de los Cuerpos de Médicos Forenses, Oficiales, Auxiliares y Agentes de la Admón. de Justicia y de aquellos que prestan sus servicios en el Instituto Nacional de Toxicología.

-B.O.E. nº 76 de 28 de marzo de 1996.- Acuerdo de 20 de marzo de 1996 del Pleno del Consejo General del Poder Judicial, por el que se modifica la disposición final cuarta del



Acuerdo de 7 de junio de 1995, por el que se ordena la publicación de los Reglamentos de la Carrera Judicial, de la Escuela Judicial, de los Jueces de Paz, de los Órganos de Gobierno de Tribunales y de los Aspectos Accesorios de la Actuaciones Judiciales, así como de la relación de ficheros de carácter personal existentes en el Consejo General del Poder Judicial.

-B.O.E. nº 76 de 28 de marzo de 1996.- Orden de 22 de marzo de 1996, Ministerio de Economía y Hacienda, por la que se aprueban los modelos de declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y del Impuesto sobre el Patrimonio.

-B.O.E. nº 76 de 28 de marzo de 1996.- Resolución de 1 de marzo de 1996 de la Dirección General de Telecomunicaciones, acerca de las tarifas en telefonía móvil.

-B.O.E. nº 77 de 29 de marzo.- Resolución de 8 de febrero de 1996, de la Secretaría de Estado de Justicia, por la que se dictan instrucciones sobre jornada y horarios en el ámbito de la Admón de Justicia.

-B.O.E. nº 78 de 30 de marzo de 1996.- Consejo de Europa nº 70, Jefatura del Estado, Convenio Europeo sobre la validez internacional de las sentencias penales.

-B.O.E. nº 82 de 4 de abril de 1996.- Resolución de 22 de marzo de 1996, de la Secretaría General para la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se constituye el Equipo de Valoración de Incapacidades en determinadas Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Las Direcciones Provinciales donde se constituyen dichos Equipos de Valoración de Incapacidades son las de Alicante, Castellón, Córdoba, Granada, Jaén, Málaga, Las Palmas, Pontevedra, Santa Cruz de Tenerife, Sevilla, Valencia y Melilla.

-B.O.E. nº 87 de 10 de abril de 1996.- Real Decreto 409/96 de 1 de marzo, Ministerio para las Administraciones Públicas, por el que se amplían los servicios traspasados a la Generalidad de Cataluña, en materia de provisión de medios materiales y económicos al servicio de la Administración de Justicia. En el Anexo del Real Decreto se establece el traspaso a la Generalidad de Cataluña de la provisión de los medios materiales y económicos al servicio de las Fiscalías y de los Institutos de Medicina Legal.

-B.O.E. nº 87 de 10 de abril de 1996.- Real Decreto 441/96 de 1 de marzo, Ministerio para las Administraciones Públicas, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Generalidad de Cataluña en materia de medios personales al servicio de la Admón de Justicia. En el Anexo del Real Decreto se establece el traspaso de las funciones y servicios de personal perteneciente a los Cuerpos de Médicos Forenses, Oficiales, Auxiliares y Agentes, en los términos establecidos en sus respectivos Reglamentos Orgánicos.



- B.O.E. nº 88 de 11 de abril de 1996.- Ministerio de Justicia e Interior, Corrección de errores del Real Decreto 249/96 de 23 de febrero por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de Médicos Forenses.

- B.O.E. nº 88 de 11 de abril de 1996.- Ministerio de Justicia e Interior, Corrección de errores del Real Decreto 249/96 de 23 de febrero por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de los Cuerpos de Oficiales, Auxiliares y Agentes al servicio de la Administración de Justicia.

- B.O.E. nº 88 de 11 de abril de 1996.- Real Decreto 410/96 de 1 de marzo, Ministerio para las Administraciones Públicas, por el que se amplían los servicios traspasados a la Comunidad Autónoma del País Vasco, en materia de provisión de medios materiales y económicos al servicio de la Administración de Justicia. En el Anexo del Real Decreto se establece el traspaso a la Comunidad de la provisión de los medios materiales y económicos al servicio de las Fiscalías y de los Institutos de Medicina Legal.

-B.O.E. nº 89 de 12 de abril de 1996.- Real Decreto 514/96 de 15 de marzo, Ministerio para las Administraciones Públicas, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma Vasca en materia de medios personales al servicio de la Admón de Justicia. En el Anexo del Real Decreto se establece el traspaso de las funciones y servicios de personal perteneciente a los Cuerpos de Médicos Forenses, Oficiales, Auxiliares y Agentes, en los términos establecidos en sus respectivos Reglamentos Orgánicos.

-B.O.E. nº 99 de 24 de abril de 1996.- Real Decreto 414/96 de 1 de marzo, Ministerio de Sanidad y Consumo, por el que se regulan los productos sanitarios. En este Real Decreto se establecen las condiciones que deben reunir los productos sanitarios y sus accesorios, para su puesta en el mercado, puesta en servicio y utilización, así como los procedimientos de evaluación y condiciones para su utilización en investigaciones clínicas.

-B.O.E. nº 102 de 27 de abril de 1996.- Orden de 26 de abril de 1996, Ministerio de Justicia e Interior, por la que se modifica el contenido y formato de la tarjeta del documento nacional de identidad.

-B.O.E. nº 106 de 2 de mayo de 1996.- Orden de 25 de marzo de 1996, Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las normas de funcionamiento del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones.

-B.O.E. nº 108 de 4 de mayo de 1996.- Corrección de la Orden de 18 de enero de 1996, Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se aprueba el Reglamento de Régimen Interior de la Comisión Nacional para el Uso Racional de los Medicamentos.



-B.O.E. nº 114 de 10 de mayo de 1996.- Orden de 22 de marzo de 1996, Ministerio de Justicia e Interior, por la que se dispone la entrada en funcionamiento de la Gerencia Territorial de Órganos Centrales del Ministerio de Justicia e Interior.

-B.O.E. nº 116 de 15 de mayo de 1996.- Orden de 25 de abril de 1996, Ministerio de Justicia e Interior, por la que se aprueban las normas reguladoras del Registro Central del Personal al Servicio de la Administración de Justicia y el programa para su implantación. Dicho Registro se configura como el sistema estatal en el que se asegura la inscripción de todos los empleados al servicio de la Administración de Justicia, así como de todos los actos que afecten a su vida administrativa, y el archivo estatal de los expedientes personales documentales de todos los empleados.

**Allianz**  **RAS**

---



# NOTAS DE OPINIÓN

Recientemente ha salido a la luz el octavo número de la revista *Eguzkilo*. Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología - *Kriminologiaren Euskal Institutoa*. Esta revista se hace eco de ponencias pronunciadas en las distintas reuniones de especialistas en Criminología, tanto a nivel nacional como internacional.



EGUZKILORE. Cuadernos del Instituto Vasco de Criminología. N.º 8. San Sebastián 1994. 338 pag.

Este número nos introduce en el XI Congreso Internacional de Criminología, celebrado en Budapest en agosto de 1993, en el que expusieron ponencias y comunicaciones una docena de miembros del Instituto; y en el Curso Criminológico de Actualización Penitenciaria, impartido en San Sebastián en noviembre de 1994. En estas jornadas académicas se debatieron las nuevas doctrinas y praxis carcelarias tendentes a la resocialización y repersonalización del delincuente, sin olvidar la preferencia a sanciones alternativas, no privativas de libertad, y más abiertas a la asistencia a las víctimas.

papeles en Criminología, aunque hasta ahora hayan pasado más inadvertidos.

La revista, además, nos brinda en su sección "Miscelánea" las reflexiones del Magistrado Antonio Giménez Pericás sobre el proceso de "Neutralización de la víctima" y las del Catedrático José Llompert, de la Universidad Sophia en Tokio, sobre "Delitos contra el Estado y Delitos del Estado", ambos temas de la mayor actualidad, pues la víctima y el Estado juegan destacados

Finalmente, *Eguzkilo* también recoge noticias sobre los principales eventos criminológicos en el País Vasco, e informa acerca de las promociones I de Master y VII de Criminólogos, el acto solemne de entrega de la medalla al Mérito Social Penitenciario a Antonio Beristain, Director del IVAC-KREI, y la Memoria de Actividades del Instituto.

Las últimas páginas publican los Estatutos de la Asociación Vasca de Criminólogos - Kriminologoen Euskal Elkartearen Estatutuak, pionera en España y, en cierto sentido, también en Europa. □

F. Etxeberria





Al parecer, y debido a las fechas de cierre de edición, sufrimos un cierto desfase con el *Boletín Galego de Medicina Legal e Forense*, órgano de la Asociación Galega de Médicos Forenses, también de publicación trimestral, al igual que estos *Cuadernos*, lo que nos obliga a recoger en este número el contenido de su número 5, que vio la luz en el mes de abril de 1996.

En el citado número, el sumario consta de los siguientes apartados:

- Editorial
- Opinión: se presenta un artículo de la Dra. Filgueira Bouza, que ya se había asomado anteriormente a las páginas del *Boletín* con una serie de artículos sobre psicología forense, titulado “Peritar la enfermedad mental ante la Ley”.

- Novedades de diarios oficiales: en esta sección, y mediante una separata, se recogen íntegramente

los textos de los Reglamentos del Cuerpo de Médicos Forenses y de los Institutos de Medicina Legal.

- Comentarios diversos y cursos y congresos.

- Presentación de casos: se recogen varios casos de la práctica diaria, bajo los siguientes títulos: “Suicidio. Shock hipovolémico”, “Coartación de aorta. Muerte súbita” y “Perforación de esófago”.

- Comunicaciones: “Normas sobre la toma y envío de muestras para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual en casos de violaciones”, en el que se incluye un modelo de cuestionario a rellenar para análisis biológico en casos de agresión sexual, y “El reto ético del consentimiento informado”

- Novedades bibliográficas, apartado en el que se hace referencia a la aparición de una nueva revista de medicina forense, el *Boletín* de la Asociación de Médicos Forenses de la Comunidad Valenciana. □

Redacción





# LA MAS NUEVA Y COMPLETA GAMA DE SEGUROS DE AUTOMOVILES



## CREADA PARA TI

TENEMOS LA MAS AMPLIA GAMA DE SEGUROS A LA MEDIDA DE SUS NECESIDADES Y CON LOS PRECIOS DEL AÑO PASADO.  
ADEMAS, APLICAMOS HASTA UN 50% DE BONIFICACION POR NO TENER SINIESTROS (APLICACION BONUS MALUS).

INFORMESE EN NUESTRAS OFICINAS O LLAME AL TELEFONO 900 11 21 22

**OFICINAS EN:**

<b>SEVILLA OFICINA PRINCIPAL.....</b>	<b>Ronda Los Tejares s/n .....</b>	<b>Telf.: 428 90 00</b>
URBANA LOS REMEDIOS .....	C/ Virgen de Aguas Santas s/n .....	Telf.: 445 01 22
URBANA TRIANA .....	Plaza Altozano, 4 .....	Telf.: 434 12 87
URBANA R. MERCEDES .....	Paez de Rivera, L-3 .....	Telf.: 423 93 68
URBANA HTA. SALUD .....	Plaza Alfonso Cossio, 1 Local 5 Acc .....	Telf.: 453 24 67
URBANA J.S. ELCANO .....	J.S. Elcano, 34 .....	Telf.: 428 15 18
URBANA ALFALFA .....	Plaza Alfalfa, 4 Acc .....	Telf.: 422 67 70
URBANA STA. CECILIA .....	C/ S.V.Paul, 22-Local 2 .....	Telf.: 433 19 68
URBANA EL ARENAL .....	C/ Castelar, 2 Bajo-B .....	Telf.: 456 21 08

Septiembre 1995



# Estudio sociológico-criminal y médico forense del delito de homicidio en Orense.

---

F. Serrulla Rech<sup>1</sup>

---

**Resumen:** El autor presenta los resultados de una investigación de tipo estadístico-descriptiva sobre las sentencias de homicidios, asesinatos, parricidios e infanticidios ocurridos en la provincia de Orense en el periodo 1968-1991. Se analizan los siguientes aspectos: 1) Datos del proceso penal; 2) Datos del autor o autores; 3) Datos del propio hecho homicida y 4) Datos de la víctima. Se realiza un análisis sociológico-criminal y médico forense. El objeto fundamental del estudio es tratar de indagar las causas de la conducta homicida y estudiar sus características en una provincia eminentemente rural de la Galicia interior.

---

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio se ha realizado en una provincia donde el gran desarrollo industrial no ha hecho su aparición y por lo tanto no existen los inconvenientes de la despersonalización que aquél conlleva, ni tampoco la riqueza que produce. Algunas poblaciones todavía conservan ritos ancestrales y otras tradiciones culturales porque la sociedad urbana moderna (sociedad tecnológica) no ha logrado introducirse hasta el punto de minimizar estos valores. Más de 2/3 partes de la población orensana vive en el ámbito rural y puede por lo tanto afirmarse que muchas características sociológicas de esta provincia coinciden con las características propias de la sociedad tradicional: economía simple, organización social en torno a la parentela y los grupos de edad, mentalidad basada en el empirismo, conservadurismo, fusión de lo sagrado y de lo profano y pensamientos mítico y mágico.

La idea inicial de la investigación era analizar todas las sentencias relativas a los delitos contra la vida, con excepción del aborto, ocurridas en la provincia de Orense en los últimos 25 años, buscando los siguientes

## OBJETIVOS:

### 1. General:

Efectuar un análisis descriptivo sobre aquella conducta humana dirigida a acabar con el Bien Jurídico Vida y tipificado en el anterior Código Penal en su Título VIII, Capítulos I y II, artículos 405 a 410 (De los delitos contra las personas: Del Homicidio y Del Infanticidio).

---

<sup>1</sup> Médico Forense Jgdos. Verín (Orense)



## 2. Específicos:

- a) Realizar un análisis sociológico-criminal de los delitos antes mencionados en la búsqueda del perfil criminológico del autor y de la víctima, así como la caracterización del hecho delictivo en sí mismo. De igual modo se ha pretendido aportar datos de interés sociológico sobre el Proceso Judicial.
- b) Estudio médico legal sobre aspectos concretos del fenómeno criminal estudiado incluyendo los ámbitos psiquiátrico, criminalístico y médico forense.
- c) Estudio criminológico comparativo con otros estudios similares efectuados en nuestro entorno sociopolítico y geográfico.

## MATERIAL Y MÉTODO:

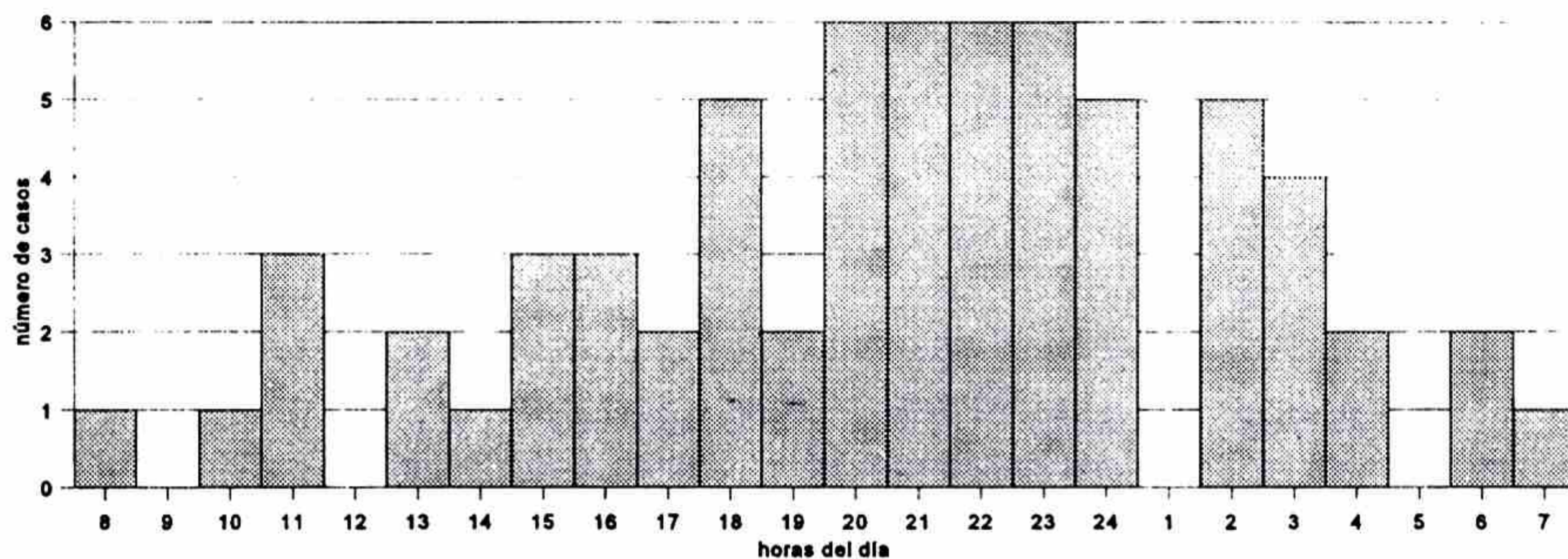
Los datos se recogieron el 22 de diciembre de 1992 y, por lo tanto, era posible que algunos de éstos delitos ocurridos en el año 1992 no tuvieran todavía sentencia, por ello se suprimieron de la investigación los ocurridos en 1992.

Se fotocopiaron todas las sentencias con asiento en el libro de registro de la Audiencia Provincial entre los años 1968 y 1991 (ambos inclusive), tomándose nota de todos aquellos asientos donde figuraran las palabras "*muerte*", "*homicidio*", "*asesinato*", "*parricidio*" o "*infanticidio*" y que además contaran con sentencia publicada. De este modo se obtuvo una primera relación de 136 sentencias.

Durante el proceso de reproducción de los libros de sentencias fueron desestimadas como objeto de estudio un total de 52 sentencias por tratarse de casos de "*homicidio por imprudencia*", "*tentativas o frustraciones*", etc. Del resto de las sentencias, todavía se desestimaron 15 más por tratarse de sentencias absolutorias por falta de pruebas. Así pues, **han sido utilizadas un total de 69 sentencias** en las que el autor o autores han sido reconocidos judicialmente como causantes de un delito de homicidio, asesinato, parricidio o infanticidio.

No se han considerado objeto de estudio los siguientes casos:

- Los casos de tentativa ó frustración.



**GRÁFICO 1. Distribución de los casos criminales según hora del día en que han ocurrido los hechos.**

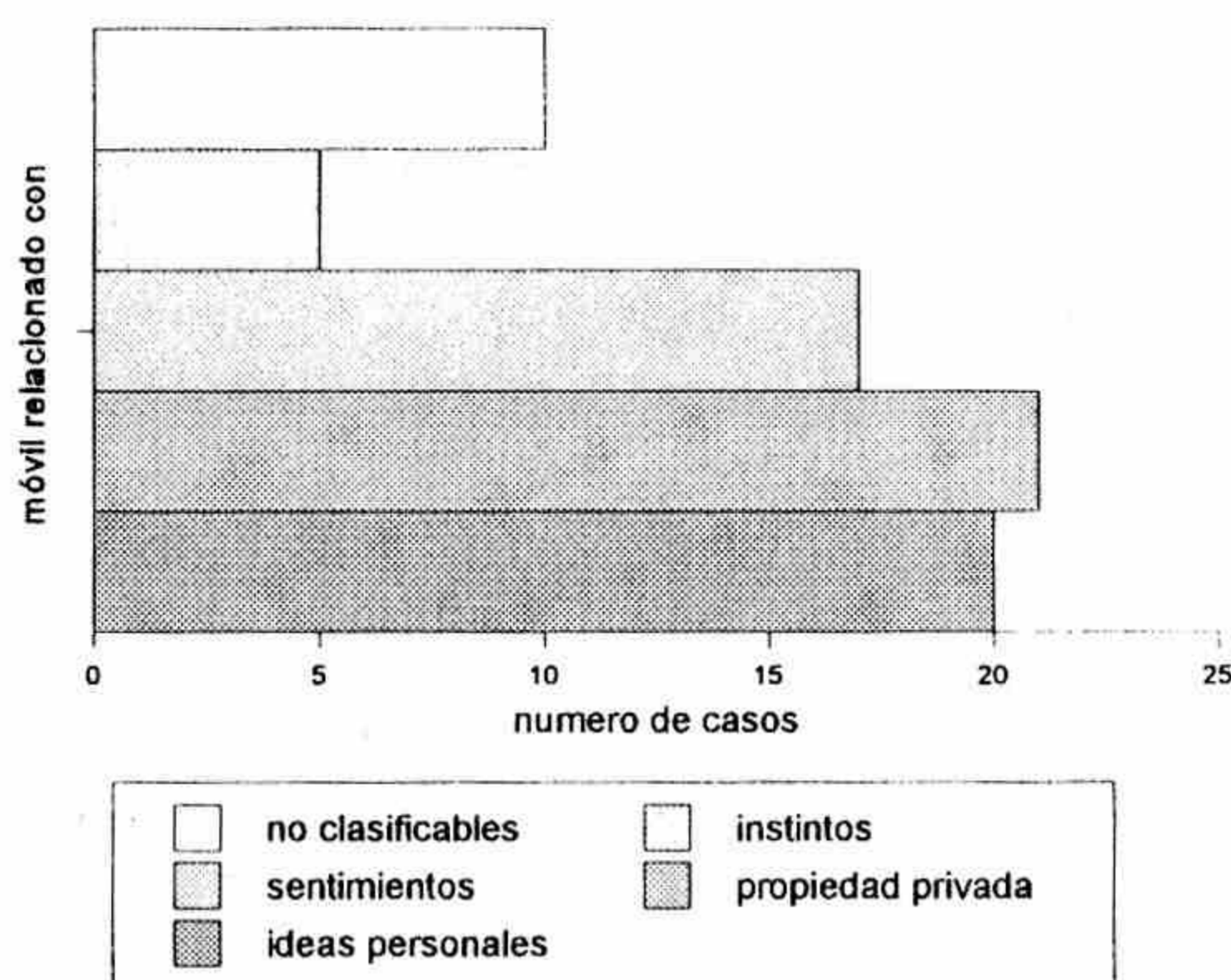


- Delitos contra la vida en los que no se ha juzgado a su autor en la Audiencia Provincial, bien por no conocerlo, bien por no haberlo detenido, o incluso porque la instrucción o enjuiciamiento hubiera correspondido a otro Tribunal (Audiencia Nacional en casos de bandas armadas).
- No es objeto de estudio el aborto por presentar este delito caracteres sociológicos muy distintos de los restantes.

**Consideraciones metodológicas:**

Los datos de las 69 sentencias estudiadas se han recogido en un modelo de ficha que incluye los siguientes apartados:

- 1.- DATOS DEL PROCESO: Partido Judicial donde acaecieron los hechos, fecha de publicación de la sentencia, fecha de los hechos, diferencia en días entre ambas fechas, petición del Ministerio Fiscal, petición de la Acusación Particular cuando la hubiere, petición de la Defensa y Fallo. Para éstos últimos 4 apartados sólo se han tenido en cuenta las penas privativas de libertad con el objeto de simplificar la exposición.
- 2.- DATOS DEL AUTOR: sexo, edad en la fecha de comisión del delito, lugar de nacimiento, estado civil previo al crimen, profesión, nacionalidad, antecedentes penales



**GRÁFICO 2. Estimación del móvil: aparente causa que desencadena la conducta homicida.**

computables para la sentencia (según concepto jurídico-penal de reincidencia, art. 10.15 del anterior Código Penal), características de la detención (tiempo en horas desde la comisión de los hechos hasta la detención, si se entregó o le detuvieron, etc.), lugar de residencia, formación (con o sin instrucción), clase social (según la profesión, solvencia, descripciones de la sentencia...), relación con la víctima y enfermedades previas (aquí se han considerado, además de los padecimientos físicos y psíquicos, algunas circunstancias personales relacionadas como pueden ser la ingestión previa de alcohol, consumo previo de otros tóxicos, concurrencia de circunstancias vitales especiales como la prostitución o el ser hijo ilegítimo, etc.).

- 3.- DATOS DEL HECHO: fecha, hora y lugar de comisión del hecho delictivo (rural ó urbano, casa, camino, campo, calle, etc.), arma homicida utilizada, causa de la muerte (se ha estudiado también si las lesiones afectaron al tórax, cabeza, abdomen) y se ha incluido por último un apartado donde indicar el posible “móvil” del crimen a tenor de lo



comentado en la sentencia. Además se ha recogido el hecho de si junto al homicidio se cometieron otros delitos (contra la propiedad, de lesiones, etc...).

4.- DATOS DE LA VICTIMA: sexo, edad, lugar de nacimiento, nacionalidad, estado civil, profesión, antecedentes penales, lugar de residencia, formación, clase social, relación con el autor y enfermedades.

Se definen los siguientes conceptos:

A) TASA DE HOMICIDIOS POR 100.000 HABITANTES Y AÑO: Número total de homicidios, asesinatos, parricidios e infanticidios acaecidos en un año determinado y referido al número total de habitantes de hecho de la década a la que corresponde el año estudiado.

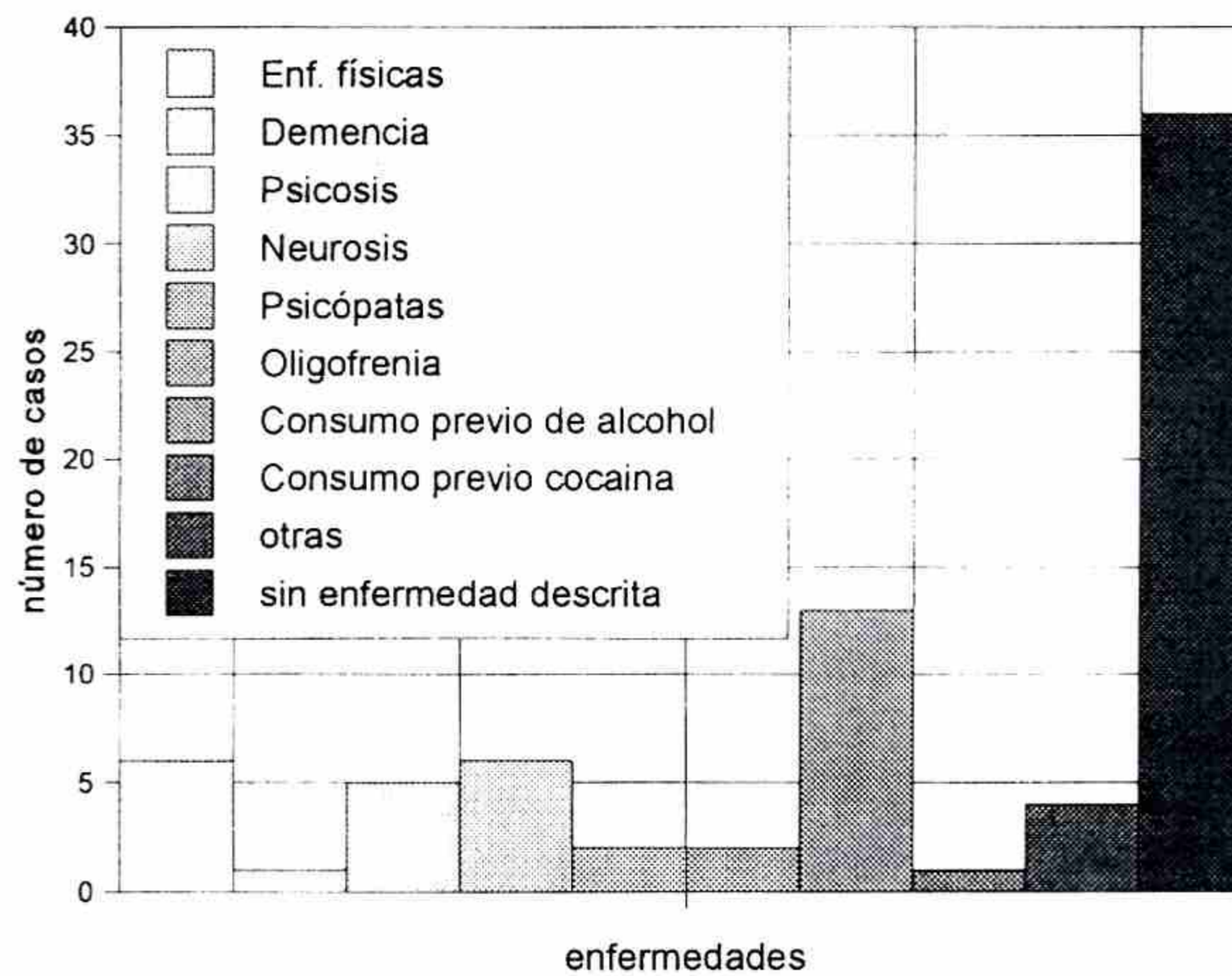


GRAFICO 3. Distribución de los casos criminales según las enfermedades previas del autor.

B) TASA DE CRIMINALIDAD HOMICIDA POR 1000 HABITANTES PARA EL PERIODO ESTUDIADO: Relación existente entre el número de casos homicidas ocurridos en un Partido Judicial y la milésima parte del número de habitantes de hecho del mismo Partido Judicial (considerados los años 1968 a 1991).

Para enmarcar los resultados en una realidad socioeconómica concreta, se consultaron diversos censos y anuarios relativos al ámbito poblacional estudiado [1, 2 y 3].

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

En Orense provincia existen más de 3 homicidios por año para una población cercana a los 354.000 habitantes. Esta cifra da lugar a una TASA HOMICIDA MEDIA POR 100.000 HABITANTES Y AÑO en los últimos 24 años de **0,73 homicidios por 100.000 habitantes y año**. Se han encontrado 5,3 homicidios por cada asesinato, y 5,8 por cada parricidio. Únicamente se juzga un caso de infanticidio cada 24 años. Todos los tipos delictivos estudiados se cometen fundamentalmente en ausencia de otros delitos asociados. El delito de homicidio se comete fundamentalmente por un sólo autor que



ocasiona una sola víctima. Poco más de un 7% de los casos se cometen variando esta relación.

El mayor número de casos criminales homicidas tiene lugar en el Partido Judicial de Orense. El Partido Judicial de Verín es el segundo en frecuencia, sin embargo la TASA DE CRIMINALIDAD HOMICIDA POR 1000 HABITANTES PARA EL PERIODO CONSIDERADO (1968-1991) es de 0,36 para Verín y 0,24 para Orense. Por lo tanto el Partido Judicial de Verín presenta la Tasa de Criminalidad Homicida más elevada de toda la provincia de Orense.

La inmensa mayoría de los homicidas son varones de entre 18 y 50 años, la mayor parte de los que son juzgados en Orense han nacido en la provincia y no en su capital. El 93 % son de nacionalidad española y sólo un 7% son portugueses. La gran mayoría de los homicidas orensanos tienen escasa formación educacional y pertenecen a la clase

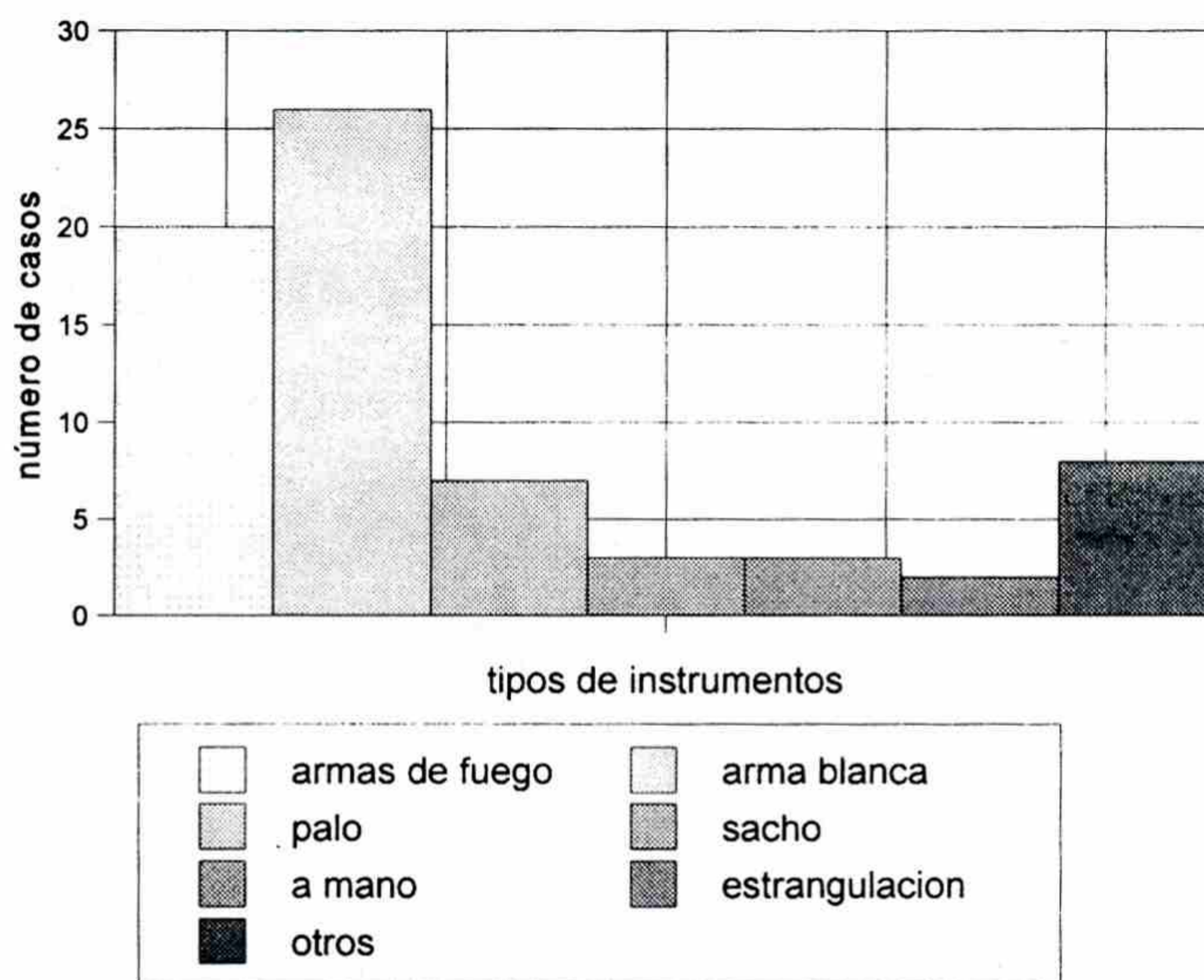


GRÁFICO 4. Distribución de los casos criminales según el arma homicida.

social baja o media-baja, con una profesión poco o nada cualificada; en concreto, las profesiones más frecuentes halladas han sido la de agricultor y peón de albañil.

Más de un 80% de todos los homicidas carecían de antecedentes penales en el momento de cometer el hecho. Esto confirma la idea de que el delito de homicidio en Orense es principalmente un delito ocasionado por delincuentes primarios, no habituales ni profesionales. Casi una tercera parte de los homicidas parece ser plenamente consciente de la gravedad del hecho cometido y siente algún remordimiento, pues se entrega a la autoridad en las horas inmediatas al crimen. Quizás el hecho de ser una delincuencia de tipo primario tenga importancia criminológica pues podemos estar ante individuos que aceptan plenamente las normas pero que desarrollan un acto homicida, más por un mecanismo “explosivo” que reflexivo.

Las IDEAS PERSONALES, la PROPIEDAD y los SENTIMIENTOS están casi siempre en juego cuando se produce el acto homicida. Relacionando esto con lo anterior,



podemos pensar que **un gran número de actos homicidas tienen lugar cuando confluyen los siguientes factores:**

- Personalidad previa (impulsividad).
- Percepción de agresión a las ideas personales, a la propiedad o a los sentimientos.
- Reacción explosiva (en cortocircuito).

En más de un 50% de los casos se demuestra la existencia de alguna "enfermedad previa" en el autor del crimen. De los trastornos estudiados son de destacar dos:

- Los trastornos de tipo PSÍQUICO que suponen más del 20% de todos los casos (psicosis, depresión, déficit intelectual, demencia,...)
- El consumo previo de alcohol: En un 17% de los casos la sentencia consideró que el alcohol en exceso estaba presente en el autor del homicidio (curiosamente no se mencionan en ningún caso cifras de alcoholemia, son valoraciones del tribunal en base a pruebas testificales). Debe comentarse por lo tanto que nos sorprende que exista un 83% de casos en los que el alcohol en exceso no estaba presente. Ello nos induce a pensar que es probable (al menos en una parte de los casos) que efectivamente el alcohol no estuviera "en exceso", es decir, se tratara de casos en los que pequeñas cantidades de alcohol son capaces de producir la suficiente desinhibición de conducta como para inducir ésta reacción explosiva en personalidades predispuestas (ver GRAFICO 3).

El 65% de todos los homicidas mantenían con sus víctimas algún tipo de relación establecida por vínculo de vecindad, familiar ó afectivo (GRAFICO 2). Las víctimas de homicidio en Orense son fundamentalmente varones mayores de 30 años, generalmente de clase social baja al igual que los autores. La discusión verbal está presente casi siempre en los momentos previos al crimen. La índole de la misma es fundamentalmente AGRÍCOLA, PERSONAL O FAMILIAR. El móvil sexual sólo se ha encontrado asociado en un 4% de los casos.

La criminalidad homicida aparece en todas las estaciones y meses del año, con un discreto aumento en primavera, otoño, abril, mayo, julio y octubre. El hecho homicida tiene tendencia a ocurrir en las primeras horas de la noche, entre las 18 horas y las 03 horas (ver GRAFICO 1), fundamentalmente en el ámbito RURAL (72%) frente al URBANO (24%).

El arma más utilizada es el ARMA BLANCA, las ARMAS DE FUEGO le siguen en frecuencia. Entre éstas últimas la más utilizada es la escopeta de caza legalizada, probablemente por ser éste un instrumento de tenencia y uso frecuente en el mundo rural. (ver GRAFICO 4). Las lesiones que ocasionan la muerte van dirigidas a la cabeza y al tórax. En ambos casos la muerte es casi instantánea. Sólo se han observado dos casos en que la muerte ha ocurrido días después de la agresión.

En cuanto a las sentencias correspondientes a un delito de homicidio, tardan en publicarse algo menos de 10 meses -como media-, desde la comisión de los hechos. El Fallo, en una gran mayoría de casos, es más coincidente con la petición Fiscal que con la petición de la Defensa. Este hecho parece lógico a tenor de la opinión de muchos letrados quienes solicitan sistemáticamente la absolución del procesado. Únicamente en cuatro casos el Fallo supera (en años de privación de libertad) la petición fiscal. La mayor pena privativa de libertad impuesta a un procesado por la Audiencia Provincial de Orense fue de 48 años por un asesinato consumado y otro en grado de frustración. Los



procesos judiciales por homicidio cuentan con acusación particular en un 40% de los casos aproximadamente.

No parece existir relación entre la pena privativa de libertad impuesta y la clase social del autor. Al menos no puede demostrarse ya que un 95% de los homicidas pertenecen a la clase social baja ó media-baja. Llama la atención el hecho de encontrar muy pocos homicidas en la clase media y ninguno en la clase media-alta y alta. Parece muy probable que estas clases sociales más elevadas cometan un menor número de homicidios (o que sepan escapar mejor a la Justicia). De cualquier modo éste estudio demuestra que ningún individuo de la clase media-alta ni alta ha sido condenado por homicidio en el periodo considerado (1968-1991).

### **CONSIDERACIONES CONCLUSIVAS:**

Se recogen en este apartado aquellos datos de mayor significación estadística con el fin de exponer los perfiles sociológicos del homicida, de su víctima y del propio hecho homicida:

**1.- Perfil sociológicocriminal del homicida en Orense:** VARON, entre 18 y 40 años de edad, causante de un homicidio (no asesinato, ni parricidio, ni infanticidio), nacido en la provincia (no en la capital), de nacionalidad española, causante de una acción homicida contra otro ciudadano español (no portugués), de estado civil soltero o casado, pero en todo caso ni separado, ni divorciado, ni viudo, de profesión no cualificada (labrador o albañil), sin antecedentes penales, que se entrega a la autoridad pocas horas después de cometer el crimen; con educación básica, de clase social baja, que conocía a la víctima por motivos de vecindad o por mantener lazos afectivos o familiares; de padecer alguna enfermedad previa o haber estado influido por alguna circunstancia especial, padece un trastorno psíquico y/o consumió alcohol en exceso previamente al suceso criminal; la causa inmediata del hecho homicida se encuentra en el ámbito de las IDEAS PERSONALES o LA PROPIEDAD, o los SENTIMIENTOS. La condena privativa de libertad suele oscilar entre 7 y 16 años.

**2.- Perfil sociológico-criminal de la víctima de un homicidio en Orense:** VARON, mayor de 30 años, español, de clase social baja y relacionado con el autor por razones de vecindad o vínculos afectivo-familiares.

### **3.- Caracterización sociológico-criminal del hecho homicida:**

El hecho homicida más característico estadísticamente reúne las siguientes peculiaridades:

Ocurre preferentemente en primavera y otoño. En los meses de abril, mayo y octubre se presentan un gran número de casos. Tiene lugar a cualquier hora del día y de la noche, con una elevada frecuencia de comisión de homicidios en las primeras horas nocturnas, en concreto, entre las 20 horas y las 3 de la madrugada. Ocurre fundamentalmente en el ámbito RURAL. Los hechos suelen ocurrir en el interior de una casa o en un camino. Los homicidas para ejecutar el hecho buscan un ARMA. De entre éstas las más utilizadas son las armas blancas y la escopeta de caza debidamente legalizada. La muerte sobreviene porque la acción lesiva se dirige contra la cabeza y/o el tórax, ocasionando una hemorragia torácica masiva (rotura cardiaca o de grandes vasos) y/o una fractura craneal con lesiones cerebrales importantes.



No se han encontrado estudios estadísticos similares para poder efectuar un correcto estudio comparativo. De cualquier modo se ha comparado el presente estudio con los siguientes: GÖPINGER (Alemania, 1973), ROESNER (Sajonia, 225 víctimas, 1933-1942), SVALASTOGA (Dinamarca, 172 casos, 1956), VON HENTIG (Inglaterra, 500 casos, 1954-1959), MILAVANOVIC (Filadelfia, 214 casos, 1935) y AGRA ROMERO Y GOMEZ TATO (Sanatorio Psiquiátrico de Conxo, Santiago de Compostela, 1990, casos psiquiátricos). A grandes rasgos los estudios estadísticos comparados demuestran gran similitud con los resultados obtenidos en el presente estudio. Incluso en el estudio realizado en el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo (limitado a la población interna en éste Centro) se observan las mismas proporciones en cuanto a la edad del autor, sexo, estado civil, profesión, arma homicida y relación víctima-autor.

Agradecimientos:

Deseo mostrar desde aquí mi agradecimiento al Sr. Secretario de la Audiencia Provincial y a la auxiliar D<sup>a</sup> Rosa Pérez Dopazo quienes colaboraron eficazmente a la realización de éste estudio. □

**BIBLIOGRAFIA**

1. CODIGO PENAL. Edición Julio 1989.
2. CENSO DE POBLACION Y VIVIENDAS. Resultados provisionales (Mostra-avance) GALICIA. Iº Galego de Estadística. 1992.
3. CRIMINOLOGIA. Göpinger. Instituto editorial Reus. Madrid 1975. Pags. 336 y ss; y 490 y ss.
4. VIOLENCIA E SAUDE MENTAL. Ponencias do I Congreso da Asociación Galega de Saúde Mental. Xunta de Galicia. 1992.
5. LEY DE DEMARCACION Y PLANTA JUDICIAL. Ley 38/1988 de 28 de diciembre. BOE 313 de 30 de diciembre.
6. GALICIA: DATOS ESTADISTICOS BASICOS. Edición 1992. Instituto Galego de Estadística. Xunta de Galicia.
7. GALICIA EN CIFRAS. ANUARIO 1991. Instituto Galego de Estadística. Xunta de Galicia 1992.
8. INTRODUCCION A LA SOCIOLOGIA GENERAL. G. Rocher. Ed. Herder. Barcelona 1990.



# El consentimiento informado.

---

E. Osuna Carrillo de Albornoz<sup>1</sup>, M<sup>a</sup>. D. Pérez-Cárceles<sup>2</sup>, A. Luna Maldonado<sup>3</sup>.

---

En el consentimiento para la actuación médica surgen numerosos interrogantes no siempre bien planteados y desgraciadamente mal contestados y que en muchas ocasiones poseen una importante tendencia ideológica añadida a la gran carga de ansiedad que en el medio social plantean.

Las referencias de la jurisprudencia constitucional de las que se dispone son escasas. Son de todos conocidas las sentencias relativas a la alimentación forzosa de un preso en huelga de hambre o las de miembros de Testigos de Jehová que se niegan a ser transfundidos.

Como punto de partida surge un evidente conflicto entre el derecho a la vida y la disponibilidad sobre la propia vida. Es frecuente que un juzgado de guardia reciba una comunicación, generalmente telefónica, en la que un médico pide consejo sobre la actuación a seguir ante la negativa de un sujeto a serle administrado determinado tratamiento vital. La primera pregunta es si puede o debe el juez aconsejar o intervenir; es decir, si puede el juez participar de alguna forma en la disposición de la vida de otro sujeto.

Desde una premisa, aparentemente fácil de comprender, pero en muchos casos difícil de asumir, toda actividad clínica tiene como raíz las necesidades de un individuo que busca una asistencia sanitaria, y en la mayoría de las ocasiones con un sujeto portador de una patología, que debe de aprender a incorporarla, hasta su resolución, y que en algunos casos conduce a la muerte. El individuo debe de integrar su enfermedad en sus modelos de vida y la comunicación entre el médico y el enfermo, adecuada a cada caso concreto, evitando pautas generales, es de vital importancia en este aspecto.

La información es un elemento fundamental e imprescindible que va a elaborarse, generarse y utilizarse en el transcurso de cualquier actividad médica, constituye, por tanto un "bien utilizable" por los distintos elementos (personas e instituciones) que participan en las distintas fases del acto médico.

El problema de la información aparece raramente tratado en revistas médicas, siendo un tema de gran trascendencia en la práctica clínica. Sorprende porque el médico conoce el descontento de los enfermos en la falta y en la calidad de la información que reciben y es sintomático porque parece que se niega a resolver este problema, o al menos a considerarlo como un problema que sea preciso resolver (BROGGI, 1995).

El artículo 10 de la Ley General de Sanidad 14/86, de 25 de abril, recoge la Carta de Derechos y Deberes de los Enfermos, que a pesar de estar vigente desde 1986,

---

<sup>1</sup> Profesor Titular Cátedra M. Legal. Univ. de Murcia.

<sup>2</sup> Profesora Ayudante L.R.U. Cátedra M. Legal. Univ. de Murcia.

<sup>3</sup> Catedrático M. Legal. Univ. de Murcia.



todavía hoy en día es poco conocida por los pacientes y recoge como principio base de la actuación médica el consentimiento informado. El derecho a la información al paciente aparece en el apartado 5 de dicho artículo y señala como derecho de los enfermos el siguiente: *"A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento"*. El apartado 6 añade: *"A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:*

- a) *Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.*
- b) *Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.*
- c) *Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento."*

Existen una serie de aplicaciones de la información desde la perspectiva individualizada médico-paciente que se estructuran en tres elementos fundamentales:

- a) La información es un elemento básico para otorgar un consentimiento válido.
- b) La información es un elemento terapéutico.
- c) La información es una fuente de conocimiento imprescindible para el diagnóstico y tratamiento.

La información es un derecho fundamental que tiene sus raíces en la dignidad y libertad de la persona. Hablamos pues de un imperativo ético, que en nuestro país, ha cristalizado como una exigencia legal. Puede justificarse en los siguientes puntos:

- a) El derecho a la disposición del enfermo sobre su propio cuerpo en el que se va a efectuar el tratamiento médico (MARTÍNEZ CALCERRADA, 1986).
- b) Se supone, que en principio, el enfermo es el mejor juez de sus propios intereses (CASTILLO VALERY, 1986).
- c) Además cuando la intervención del médico es contractual el paciente no puede dar libremente su consentimiento cuando se le ocultan los elementos esenciales sobre los que ha de versar la intervención médica que es el objeto del contrato (FERNÁNDEZ DEL HIERRO 1984).

En la Jurisprudencia Española el deber de información del médico se recoge en una sentencia del 8 de Octubre de 1963 de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo, en la que expresamente se considera como requisito previo para la validez del consentimiento. Apareció también recogido en el Real Decreto de 25 de agosto de 1978, sobre garantías de los usuarios, artículo 13, párrafo 1", letra h, aunque fue anulado por la Sala Cuarta del Tribunal Supremo por sentencias de 29 de abril de 1982 y 10 de diciembre de 1982. Estaba también recogido en la Orden Ministerial de 9 de agosto de 1982 sobre ensayos clínicos (artículo 5), también en el artículo 6º de la Ley sobre extracción y transplante, en relación con el receptor, y en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril) que hemos comentado.

El Comité Europeo de Cooperación Jurídica y el Comité Europeo de Salud Pública en su informe final de 2 de abril de 1984 establece en su artículo 7: *"El médico debe dar a la persona cuyo consentimiento es solicitado, una información suficiente que le permita decidir con pleno conocimiento de causa. La información debe ser comprensible y adaptada a la capacidad de comprender y al estado psicológico del paciente o de la*



*persona que recibe la información. Ella debe abarcar la naturaleza de la enfermedad y su carácter más o menos grave, las ventajas y riesgos eventuales de los actos médicos propuestos, eventualmente las intervenciones médicas alternativas y los posibles fallos".*

No hay que olvidar que el enfermo no suele tener conocimientos médicos y de ahí la necesidad de trasladar en términos comprensibles y de forma objetiva los datos médicos que permitan al enfermo saber su estado actual, el tratamiento a seguir y los riesgos y consecuencias del futuro tratamiento e intervenciones.

El consentimiento supone pues, la conformidad del sujeto pasivo o titular del bien jurídico protegido, en determinadas condiciones, con la acción por parte del sujeto activo de una conducta que objetivamente sin tal conformidad constituiría delito. El consentimiento del paciente contribuye a legitimar la actuación médica al ser una manifestación del poder de disposición sobre el propio cuerpo del que toda persona goza. Cuando nos referimos al consentimiento del paciente a un tratamiento médico-quirúrgico (ejecutado según las normas de la ciencia médica y con una finalidad curativa) se está aludiendo a la conformidad del enfermo respecto de una modificación de su organismo, es decir, a un hecho que sin el consentimiento del paciente podría constituir un atentado al derecho de su libertad personal. Es necesario por lo tanto, para llevar a cabo un tratamiento y si éste se realiza sin el consentimiento o en contra de la voluntad del paciente estaríamos ante un *tratamiento médico arbitrario*, que puede ser constitutivo de un delito contra la libertad personal y, que en el derecho positivo español, podría dar lugar especialmente a un *delito de coacciones*, que en el nuevo Código Penal se recoge en el artículo 172: "*El que sin estar legítimamente autorizado impidiere a otro con violencia hacer lo que la Ley no prohíbe, o le compeliere a efectuar lo que no quiera, sea justo o injusto...*" o incluso un delito contra la integridad moral (Art. 173) "*El que infligiere a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral...*"

Por consentimiento podemos entender el "*acuerdo de dos voluntades*", lo que supone la existencia de dos sujetos cuyas voluntades coinciden sobre un mismo objeto, expresa o tácitamente y simultánea o sucesivamente. El consentimiento es un acto jurídico y, como tal, debe de reunir unos requisitos mínimos. Según el artículo 1.261 del Código Civil los requisitos esenciales del consentimiento son: capacidad, titularidad, libertad, licitud del objeto y de la causa y forma suficiente. Tales criterios son también aplicables al consentimiento eficaz en el ámbito jurídico penal.

El poder de disposición sobre el propio cuerpo, que ha sido considerado como un "*derecho de la personalidad*" tiene su origen en el iusnaturalismo racionalista del siglo XVII. Parece que fue Baltasar Gómez de Amescua en su *Tratatus de potestate in se Ipsum*, fechado en 1609 quien trató este tema por primera vez al afirmar que "*no es que todo le esté prohibido al hombre, excepto lo expresamente permitido por el derecho, sino que el ser humano es libre de hacer cualquier cosa respecto a si mismo, excepto lo que el Derecho le prohíbe*".

Esta disposición sobre el propio cuerpo puede considerarse que es una facultad de actuar que el ordenamiento permite en tanto no atente contra la ley, el orden público o las buenas costumbres, es pues una manifestación de la libertad humana. De esta forma, siendo la persona intangible, nadie puede actuar sobre ella en contra de su voluntad, ni siquiera cuando la intervención sea objetivamente beneficiosa, y en consecuencia el médico que actuara contra la voluntad de su paciente realizaría, en principio, un atentado



contra la libertad personal de éste (ATAZ, 1985). El hecho de someterse o no a un tratamiento es una manifestación más de la libertad individual, que se encuentra protegida jurídicamente. Si no se exigiera el requisito del consentimiento el hombre dejaría de ser un valor en sí, el centro del Derecho, para pasar a convertirse en una cosa, quizás más valiosa que otras, pero cosa a fin de cuentas. La humanidad podría correr el riesgo de ser tiranizada por la medicina si el Deber de curar, tan profundamente asentado en la conciencia social, se ejerciera al margen del respeto al ser individual. Como señala VILLANUEVA (1986) la medicina existe porque un individuo que sufre exige ser cuidado, sólo cuando ese cuidado se demanda debe de darse. La medicina se presenta como una profesión al servicio del hombre, su actividad dejaría de cumplir con su esencia si se ejerciera al margen del hombre.

En principio, el consentimiento o adhesión del paciente al acto sobre su cuerpo, propuesto por el médico, se refiere al acto en sí, como a los que sean consecuencia necesaria de éstos, según la información recibida. Es decir, abarca toda intervención vinculada con el acto consentido y sobre las que se haya proporcionado información clara y precisa, además de la ampliación de las intervenciones que puedan presentarse durante el curso de la misma y que previstas por el médico se le hayan presentado al paciente como contingencia posible en la información recibida, y haya sido aceptada por éste, así como aquellas otras ampliaciones que no hubieran sido previstas, de carácter urgente, recurriendo al consentimiento presunto. Pero, el consentimiento presunto podría no justificarse cuando existieran indicios para presumir lo contrario, es decir, que el paciente no hubiera dado su consentimiento para tal actuación.

Ahora bien, no podemos considerar que todo acto médico, sin el consentimiento del paciente sea un acto ilícito y atente contra la persona. Incluso, en determinadas ocasiones un acto médico puede ser perfectamente lícito, aun cuando vaya en contra de la voluntad declarada del paciente.

Cuando el paciente no puede prestar su consentimiento y la intervención médica es urgente, el médico se enfrenta a un acto médico sin el consentimiento de su titular. No podemos decir que el acto realizado constituya un ataque contra la libertad de la persona, ya que el médico que actúa en estas circunstancias tiende a proteger a la persona. La urgencia de la situación determina que el médico actúe sin el consentimiento ya que no puede esperar a que el paciente pueda prestarlo. Se ha dicho que en estos casos hay un consentimiento presunto, pero más bien la justificación de la actuación médica está en el cumplimiento de su deber *"ex officio"* de actuación, de socorro y de asistencia. En tales casos, la conducta del médico, que actúa sin el consentimiento del paciente, estará justificada por un estado de necesidad, según señala el artículo 10.6.c de la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986, que establece como excepción a la exigencia del consentimiento del enfermo *"cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento"*.

El médico que incumple su deber de asistencia en una situación de urgencia vital incurre en responsabilidad profesional, de donde es fácil deducir que cuando un médico actúa sin el consentimiento del paciente al no haber podido prestárselo, no hace más que cumplir con un deber. El acto ilícito consistiría en la pasividad del médico, en su no actuar, que deja en peligro a una persona, incumpliendo su específico deber de socorro. Ahora bien, la imposibilidad del paciente para prestar su consentimiento, no excluye la



posibilidad de que sea prestado por sus familiares, que deberían de acreditar con toda claridad cuál hubiera sido la voluntad del enfermo adulto inconsciente, de haber podido expresarse. Dada la gravedad de estas circunstancias y las repercusiones jurídicas que involuntariamente pueden recaer en terceras personas (médico o juez), quizás, como señala ROMEO CASABONA (1995), podría exigirse una declaración escrita, semejante al llamado testamento biológico o vital.

En los casos en los que el médico actúa contra la voluntad del paciente entran en juego diferentes conceptos. Por una parte nos encontramos con la libertad personal del enfermo, pero también con otros bienes a los que inicialmente el Ordenamiento jurídico español, otorga mayor protección como son la salud, la vida y la integridad física. Existe un derecho fundamental a la vida y a la integridad física (Artículo 15 de la Constitución Española), como valores nucleares de la persona humana y soporte de todos sus restantes derechos y libertades. Por ejemplo, en la negación de un determinado tratamiento vital, por motivos religiosos, se está dando prioridad al derecho de expresión o de libertad religiosa o de conciencia frente a su derecho a la vida, que están dispuestos a sacrificar en favor de sus objetivos o de sus creencias. El derecho a la libertad de expresión y la libertad religiosa constituyen también derechos fundamentales reconocidos al individuo por la Constitución Española, en sus artículos 20.1 a y 16.1, respectivamente. El respeto a la voluntad del paciente no plantea dificultades cuando se le pueden ofrecer tratamientos alternativos, aunque impliquen un mayor riesgo que, en todo momento, debe de asumir el paciente. El problema surge ante la imposibilidad de aplicar otras medidas terapéuticas alternativas, hecho que también debe de ser comprobado.

Por otra parte, hemos de dejar bien claro, que en ningún momento se puede considerar la negativa a recibir un tratamiento médico como una actitud suicida. Por ejemplo, el Testigo de Jehová acude solicitando una ayuda médica, pero no puede violar sus creencias religiosas, hecho que debe de respetarse. Nos parece tan desacertada la equiparación de la conducta del Testigo de Jehová a que se le transfunda sangre a la del suicida, como la consideración de que el médico que se abstenga de realizarla puede incurrir en un delito de cooperación al suicidio. Los principios religiosos, la dignidad y la libertad del sujeto; entendemos que deben de ser protegidos por los poderes públicos desde los posicionamientos constitucionales. La medicina no puede tiranizar con el pretexto del deber de curar, al que no desea su curación. Para determinados grupos sociales, hay valores dignos de respeto que son superiores incluso a la propia vida (ROMEO CASABONA, 1985), y que deben de tenerse en cuenta, en el marco de los principios de tolerancia y respeto a las minorías y al pluralismo ideológico. Surge pues un conflicto de deberes, constante en todo este tema: la protección de la vida del paciente y el respeto de su libertad personal e incluso su libertad ideológica o de conciencia.

Una de las causas con la que más frecuentemente se justifica el comportamiento arbitrario del médico es la del estado de necesidad (referido en el Art. 20-50 del nuevo Código Penal), postura que ha sido intensamente criticada. De tal forma se trata de legitimar la actuación del médico que interviene al paciente en contra de la voluntad de éste para salvar su vida. El Auto de 14 de marzo de 1979 de la Sala Segunda del Tribunal Supremo nos ofrece un ejemplo típico: ante la necesidad de realizar una transfusión de sangre a una paciente, Testigo de Jehová, a la que manifiesta su rechazo, interviene el Juzgado de Guardia enviando al centro hospitalario un telegrama que señala



los siguiente: *"Si el equipo médico considera necesaria la transfusión de sangre, que actúe de inmediato y si alguien opone resistencia que pase a la comisaría"*. Se realizó la transfusión a pesar de la negativa de la enferma, por lo que se querelló, estimando que los hechos eran constitutivos de un delito contra la libertad religiosa (según el Art. 205 del entonces vigente Código Penal). El Tribunal Supremo acordó la inadmisión de la querrela, teniendo en cuenta la concurrencia de un estado de necesidad, que legitima la conducta del magistrado-juez: *"Al lesionarse el derecho a la libertad religiosa se causa un mal menor que el que se trataba de evitar, como era la más que posible muerte de la querellante"*. Más adelante, el Tribunal Supremo advierte que una hipotética inhibición del magistrado-juez o del médico podría dar lugar a una responsabilidad criminal por auxilio omisivo al suicidio, incumplimiento de un deber de garante u omisión del deber de socorro.

Indudablemente la posición del médico en estos casos se puede considerar como incómoda. Por un lado tiene al Ordenamiento penal amenazándole en caso de no actuación y por otro el respeto de las creencias religiosas del paciente. Quizá la solución para el médico esté en solicitar permiso a la autoridad judicial antes de actuar. Pero con ello lo único que hacemos es trasladar el problema al Juez.

El criterio de respetar la decisión del Testigo de Jehová no se ha impuesto por ahora, en nuestro país. Lo más frecuente es que ante estos problemas los médicos acudan al juez para que indique la pauta a seguir y que ordene la práctica de la transfusión, como hemos visto en el caso antes comentado. En algunas ocasiones, el paciente o sus familiares han planteado una querrela contra el juez que autorizó y ordenó la transfusión, procesamiento que ha sido constantemente rechazado por los tribunales de justicia.

En este sentido, el Tribunal Supremo, en el Auto de 14 de marzo de 1979, antes comentado, y posteriormente en otro Auto de fecha 22 de diciembre de 1983, declara lícita la transfusión realizada. Para ello se utilizan argumentos distintos pero complementarios a los del caso de 1979. Se rechazó un posible delito de coacciones y de atentado contra la libertad religiosa, alegando que según la Ley Orgánica sobre Libertad Religiosa, de 5 de julio de 1980, esta libertad encuentra sus límites, entre otros, en la *"salvaguarda de la seguridad, de la salud y de la moralidad pública"* (Art. 3 párrafo 9<sup>o</sup>). El Tribunal Constitucional en recurso de amparo, confirmó, en el Auto de 20 de junio de 1984, la argumentación jurídica del Tribunal Supremo. En otra sentencia del Tribunal Supremo de fecha 27 de marzo de 1990, este Tribunal considera que la vida es un bien jurídico indisponible y, por tanto, es irrelevante el consentimiento del interesado para que se le interrumpa la transfusión de sangre ante una urgencia vital.

Al mismo tiempo que la Constitución Española recoge un derecho fundamental base de los demás: el derecho a la vida, la sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril, en su fundamento jurídico 30 señala *"Dicho derecho a la vida, reconocido y garantizado en su doble significación física y moral por el artículo 15 de la Constitución Española, es la proyección de un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional, la vida humana, y constituye el derecho fundamental esencial y troncal en cuanto es el supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible"*.

En otra sentencia del Tribunal Constitucional de fecha 17 de enero de 1991, relativa a la alimentación forzosa de un recluso en huelga de hambre, señala que *"la necesidad*



*de preservar el bien de la vida humana constitucionalmente protegido justifican el tratamiento terapéutico coercitivo".* Más adelante añade: *"El derecho a la vida tiene pues un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte".*

No obstante, hemos de señalar que en algunos aspectos de gran importancia, difícilmente pueden ser de total aplicación las sentencias judiciales relativas a la alimentación forzosa en una huelga de hambre a los casos de negación de una transfusión en Testigos de Jehová, ya que existen notorias diferencias, como por ejemplo la voluntad de sanar en los segundos, mientras que en los primeros es ponerse en una situación de peligro para su salud con el fin de atraer la atención sobre una determinada cuestión, admitiendo como consecuencia posible incluso la pérdida de la propia vida, o como es la situación de privación de libertad de los reclusos y la relación de sujeción especial, según establece el artículo 25.2 de la Constitución al reconocer al condenado privado de libertad las limitaciones de los derechos fundamentales reconocidos en el capítulo 2 del título primero de la Constitución. Además en estos casos la posición de garante viene impuesta por la doble condición del carácter funcional del médico y la obligación de la administración penitenciaria, según los artículos 3.2º, 4 y 21-12 de la Ley General Penitenciaria.

Sin embargo, las resoluciones del Tribunal Supremo y del Tribunal Constitucional antes comentadas, como señala ROMEO CASABONA (1981), en cierto modo repugnan a la sensibilidad del jurista, por la situación de indefensión y desprotección a que puede conducir en relación con ciertos grupos minoritarios. Indiscutiblemente, nuestro Ordenamiento otorga mayor importancia a la vida y a la integridad física que a la libertad, aunque quizá no debiera de ser así, sobre todo teniendo en cuenta el cambio social y legislativo introducido por la Constitución, que sitúa a la libertad en un nivel prioritario. No hay que olvidar que, como ha dicho DE CASTRO (1976), la libertad es un bien que acaso sea inferior a la vida, pero sin la cual la vida misma no merece la pena, y como también señala GITRAMA (1977) frente a los llamados paternalismo o imperialismo médico, un jurista siempre afirmará que la persona ha de ser normalmente considerada como el primer Juez y guardián de su propio interés. A esta postura se acerca un reciente Auto (22/95) de la Audiencia Provincial de Ciudad Real, de fecha 27 de enero de 1995, que literalmente señala *"... y menos aún existe un deber a vivir a toda costa sacrificando las más íntimas convicciones morales, éticas y religiosas del sujeto. Si así fuera y se permitiera el tratamiento médico coactivo quizá se lograra la salvación física mas con toda seguridad se habría salvado a esa persona a costa de su dignidad en cuanto su ideología más íntima y definidora de su individualidad como ser humano habría sido quebrada".* Más adelante señala *"... el paciente en este caso no desea su muerte, ni impetra el auxilio para conseguir ese fin sino que desea vivir, mas aceptando el riesgo inherente a no serle administrado un tratamiento médico que colisione frontalmente con sus creencias religiosas".* Y añade: *"...no se persigue ningún fin ilícito, sino antes bien trata con ello de preservar la esfera íntima y personalísima de sus convicciones o creencias".*

Además otras instancias judiciales han tratado de temas semejantes y sus resoluciones también difieren como la de la Audiencia de Ciudad Real, de las anteriores, acercándose a los intereses de la decisión libre de un sujeto adulto en relación a un tratamiento vital. Por ejemplo, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Auto de 23



de diciembre de 1992) desestimó la apelación referente a la admisión a trámite de una querrela presentada contra el magistrado que ordenó la práctica de una transfusión sanguínea a un testigo de Jehová. Pero la argumentación varía, ya que no comparte los criterios del Tribunal Supremo: *"Tampoco comparte la sala la tesis, rechazada igualmente por el ministerio fiscal, de que el juez tenga que autorizar forzosamente la transfusión para no incurrir en el delito de omisión del deber de socorro previsto y penado en el Art. 489 ter del C. Penal. Si la paciente es mayor de edad, y adopta su decisión libremente, si no se trata de un menor, ni de un incapacitado, el juez no tiene obligación ineludible de conceder autorización para realizar transfusiones, que entrañan un evidente riesgo y que admiten métodos y soluciones alternativas. Desde luego no ocurre un estado de necesidad, ni se trata de una auxilio omisivo al suicidio, ya que los testigos de Jehová no quieren su muerte sino vivir, aunque no a toda costa y a cualquier precio, ni conculcando sus creencias, por lo que su actitud no puede ser calificada de suicida, ni desde una perspectiva psicológica ni desde una perspectiva jurídica"*. Más adelante señala: *"...ni se trata de una cuestión que deba ser resuelta por el derecho penal, operándose un problema de elección de riesgos, por lo que es erróneo el planteamiento de hacer prevalecer en todo caso el derecho a la vida sin ningún tipo de limitaciones, debiendo tenerse en cuenta la libertad del individuo y sus límites éticos respetándose las creencias religiosas y la dignidad de la persona, teniendo en cuenta que toda transfusión supone un riesgo y admite soluciones alternativas"*.

Uno de los problemas interpretativos, quizás el más importante, que se plantea, es el relativo a si existe un derecho constitucional a disponer de la propia vida, cuyas consecuencias para la licitud de la eutanasia y el rechazo del tratamiento vital por motivos religiosos, de conciencia u otros personales son directas. En este sentido, una lectura del artículo 15 de nuestra Constitución desde la óptica del valor superior de la libertad y del respeto a la dignidad humana nos conduce, según ROMEO CASABONA (1995) a varias matizaciones significativas. La inexistencia de un deber de vivir contra la propia voluntad se convierte bajo este nuevo prisma no en un derecho sino una libertad a disponer de la propia vida. Además en el artículo 10 de la Constitución se establece que la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, y el libre desarrollo de la personalidad son fundamento del orden político y de la paz social. Parece, por tanto, que cuanto menos, el derecho a la dignidad y a la libertad se sitúan al mismo nivel que el derecho a la vida.

Distinta es la problemática si la persona afectada por una situación límite para su vida es menor de edad y, sin capacidad de discernimiento, negándose los padres a la necesaria transfusión. En estas circunstancias, los bienes enfrentados son, de un lado la vida del hijo y por el otro, la libertad del padre o de su representante de educarlo en sus creencias, conflicto en el que parece claro cuál es el bien de mayor importancia, como ha señalado repetidamente nuestro Tribunal Supremo. Además el Código Civil español señala, en su artículo 154, *"la patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos..."* y en el artículo 216 que *"las funciones tutelares se ejercerán en beneficio del tutelado"*.

En estos casos podemos encontrarnos ante un posible incumplimiento por parte de los padres del deber de velar por los hijos. Teniendo en cuenta que según la común opinión social, negarse a recibir un tratamiento puede ser perjudicial para el hijo, parece que podemos encontrarnos ante un abuso de la patria potestad, cuyo reconocimiento



permitiría proceder al médico. En este sentido el Auto del Tribunal Supremo de 27 de septiembre de 1978 señala que *"...traspasar a un menor o a un incapaz las consecuencias de una conciencia religiosa o de una decisión heroica del adulto puede constituir aquí un evidente abuso de la patria potestad"*. Nos encontramos pues ante un abuso, y no un ejercicio, de un derecho.

Como resumen general al tema desarrollado estamos ante un problema complejo y discutible en el que confluyen diferentes derechos, reconocidos por nuestro Ordenamiento jurídico. Ante medidas con importantes repercusiones jurídicas sobre las que no hay una opinión clara desde el punto de vista judicial, el médico no está obligado a la toma de decisiones. Por tanto, mientras se mantenga esta inseguridad jurídica, debe de mantenerse el hecho de que sean los jueces quienes indiquen a los médicos su modo de proceder ante estos temas. No obstante, estamos convencidos de que un médico que actuare, bien respetando la voluntad del enfermo de negarse a un determinado tratamiento vital, bien llevándola a cabo para salvar su vida, no será condenado por ningún tribunal, si bien podría sufrir los múltiples inconvenientes de verse procesado, con la consiguiente repercusión social. Podemos decir que el médico, en estos casos, debe elegir en la soledad de su conciencia el motivo por el que prefiere ser procesado (dudamos que sea condenado), si por la omisión del deber de socorro en unos casos, o por un delito de coacciones en otros. □

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Broggi, M.A. La información clínica y el consentimiento informado. Med Clin (Barc) 1995; 104: 218-220.
- 2.- Martínez Calcerrada, L. Derecho Médico. Vol. I. Ed. Tecnos. Madrid. 1986.
- 3.- Castillo Valery, A. Ética médica ante el enfermo grave. Ed. Jims. Barcelona 1986.
- 4.- Fernández del Hierro, J.M. Responsabilidad Civil Médico-Sanitaria. Ed. Aranzadi. Pamplona 1984.
- 5.- Ataz López, J. Los médicos y la responsabilidad civil, p.61 Ed. Montecorvo. Madrid 1985.
- 6.- Villanueva Cañadas, E. Jornadas Nacionales sobre los Derechos del enfermo. Murcia. 1986.
- 7.- Romeo Casabona, C.M. Los Testigos de Jehová y el rechazo de las transfusiones de sangre". JANO, Vol. 48, N°1114, marzo, 1995, pp. 63-66.
- 8.- Romeo Casabona, C.M. El médico ante el derecho. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1985.
- 9.- Romeo Casabona, C.M. El médico y el Derecho Penal, Vol. I, La actividad curativa (licitud y responsabilidad penal, en: El Médico y el Derecho Penal, Barcelona, 1981.
- 10.- De Castro, F. Temas de Derecho Civil, p. 11, Madrid, 1976.
- 11.- Gitrama González, M. En la convergencia de dos humanismos: medicina y derecho (sobre el contrato de servicios médicos), pp. 289-290, ADC, 1977.



# Legislación española vigente en materia de Policía Sanitaria Mortuoria. Algunas consideraciones entre las diferentes Comunidades Autónomas.

---

M.A. Carnicero Giménez de Azcárate<sup>1</sup>, F. Echevarría Gabilondo<sup>2</sup>

---

**Resumen:** *Ante la abundancia de legislación vigente en España en materia de policía sanitaria mortuoria, en un primer paso, se ha procedido a la recopilación de la misma. Posteriormente y partiendo como base del Decreto nº 2263/74 de 20 de Julio por el que se aprueba el Reglamento de policía sanitaria mortuoria (B.O.E. nº 196, de 17 de Agosto de 1.974), se realizan unas consideraciones entre los diversos Decretos promulgados en fechas posteriores por algunas Comunidades Autónomas. Dichas consideraciones se han limitado a aquellos aspectos de los Decretos, Ordenes y Resoluciones que pueden afectar de alguna forma a las actuaciones y competencias de los médicos.*

*Se llega a la conclusión de que las distintas Comunidades han pretendido -con más o menos acierto- modernizar el mencionado Decreto de 1.974 y facilitar la tramitación y el tratamiento a los cadáveres en sus respectivos ámbitos territoriales.*

**Palabras clave:** *Policía Sanitaria Mortuoria; Medicina Forense; Comunidades Autónomas.*

---

## INTRODUCCIÓN

A raíz de la consolidación democrática en España se establece el Estado de las Autonomías y, como consecuencia de lo anterior, corresponden a las distintas Autonomías competencias legislativas y de ejecución en materia de sanidad interior. Entre ellas se encuentran las derivadas de la aplicación del Reglamento de policía sanitaria mortuoria, regulado por el Decreto de 2263/74 de 20 de Julio.

De esta forma nos encontramos con que existen en la actualidad hasta treinta (30) Decretos, Ordenes, Resoluciones e instrucciones vigentes en esta materia en España, sin contar con el mencionado Decreto de 1.974 y con legislación existente a nivel de la Comunidad Europea, ratificada por el Estado Español, al respecto: instrumento de ratificación del Acuerdo sobre traslado de cadáveres hecho en Estrasburgo el 26 de Octubre de 1.973 (B.O.E. nº 115 de 13 de Mayo de 1.992).

## MATERIAL Y MÉTODO

Se ha procedido a la recopilación de la legislación vigente en materia de policía sanitaria mortuoria a nivel autonómico, estatal y a nivel de la Unión Europea. Tomando como base el Decreto nº 2263/74 de 20 de Julio, se ha estudiado dicha legislación y se

---

<sup>1</sup>Médico Forense Jgdo. Inst. nº 2 San Sebastián. Director del Inst. Anat. Forense de San Sebastián.

<sup>2</sup>Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Univ. del País Vasco. San Sebastián.



compara en aquellos aspectos que pueden afectar de alguna manera a la labor del médico en general y del médico forense en particular.

En la Tabla I se muestra el listado de la legislación existente en las Diferentes Comunidades Autónomas.

## RESULTADOS

No vamos a comentar el instrumento de ratificación del Acuerdo sobre traslado de cadáveres hecho en Estrasburgo el 26 de Octubre de 1.973, ya que no contiene disposición alguna que pueda afectar a la labor del médico. Únicamente cabe mencionar que considera que el traslado de cadáveres no entraña riesgo sanitario, ni siquiera en el caso de que la defunción haya sido causada por una enfermedad contagiosa, siempre que se adopten las medidas adecuadas, en particular en lo que se refiere a la estanqueidad del féretro. Para conceder el salvoconducto para poder trasladar el cadáver se exige el cumplimiento de los requisitos médicos, sanitarios, administrativos y legales para el traslado de cadáveres y, en su caso para la inhumación y exhumación, vigentes en el Estado de partida.

Después del mencionado Reglamento de policía sanitaria mortuoria de 1.974, por todos conocido, el Decreto más antiguo es el 42/81 de fecha 16.02.81, de la Comunidad Autónoma de Cataluña, que trata sobre la construcción de cementerios. El más reciente es el Decreto 12/95 de fecha 10.01.95 de la Comunidad Autónoma Valenciana, por el que se autoriza la instalación de tanatorios y se regulan los requisitos mínimos que deben cumplir dichos establecimientos funerarios para su funcionamiento.

La legislación más abundante corresponde a la Comunidad de Cataluña, que cuenta con cinco disposiciones: cuatro Decretos y una Resolución. La legislación más modesta corresponde a la Comunidad Autónoma de Canarias, que cuenta con un Decreto. Este, además, consta de dos artículos y dos disposiciones finales. Únicamente facilita el traslado de cadáveres comprendidos en el Grupo II del Decreto de 1.974, que no precisarán de autorización sanitaria, salvo que estén a disposición judicial.

El Decreto de 1.974 en su artículo 7 realiza una serie de definiciones: cadáver; restos cadavéricos; putrefacción; esqueletización; incineración o cremación; conservación transitoria; embalsamamiento o tanatopraxis; refrigeración; radioionización y féretro, féretro de traslados y caja de restos. Únicamente tres Decretos autonómicos siguen este esquema y, en sus primeros artículos, también establecen unas definiciones, que en algún caso varían: la Comunidad de Cantabria mantiene los mismos conceptos. No así la Comunidad de Madrid ni el País Vasco. El primero, en sus definiciones, no habla de embalsamamiento (sí de conservación transitoria), sino de "tanatopraxia" como los métodos que impiden la aparición de los fenómenos de la putrefacción. El segundo introduce el término de "resto humano", "ceniza", "domicilio mortuorio", "empresa funeraria" y, en el mismo apartado, expresa cual es el destino final de todo cadáver. Algunos Decretos incluyen como destino final de todo cadáver, en un apartado independiente más, su "utilización para fines científicos y de enseñanza" (Madrid; Cantabria). El Decreto de 1.974 en su artículo 6º también recoge la posible utilización de cadáveres para fines científicos y de enseñanza, pero no como apartado independiente ni como "destino final".



Al respecto de "domicilio mortuorio", la Comunidad del País Vasco dicta la Instrucción nº 2/1993 de fecha 10.06.93 -complementaria al Decreto 267/1992 de 6 de Octubre- en la que establece la diferenciación entre "domicilio mortuorio" y "lugares públicos" en los que puede exponerse un cadáver. También regula los plazos de tiempo que puede permanecer el cadáver en ambos casos.

El Decreto de 1.974, en su artículo 8, establece una clasificación de los cadáveres en dos grupos, según las causas de la defunción: Grupo I (cadáveres que representan riesgo sanitario por enfermedad infectocontagiosa y cadáveres contaminados por productos radioactivos) y Grupo II (todos aquellos no incluidos en el anterior). Cinco Decretos autonómicos también introducen expresamente esta clasificación, siendo además prácticamente iguales: País Vasco; Madrid; Cantabria; Castilla-La Mancha y Navarra. Los demás, al hacer mención a dicha división en alguno de sus artículos, remiten al Decreto de 1.974.

En relación con el objeto de los Reglamentos, el de las Comunidades de Madrid y Cantabria, en su artículo 1, son los que más se extienden y los que establecen las limitaciones con mayor precisión. Llama la atención el hecho de que abarcan incluso la extracción de piezas anatómicas y órganos; además consideran la tanatopraxia, estética y modelado como prácticas sanitarias: "1.- Toda clase de prácticas sanitarias sobre cadáveres, tales como obtención de piezas anatómicas, tejidos, órganos, así como la conservación temporal, embalsamamiento, prácticas de tanatopraxia, estética y modelado".

En cuanto a las prácticas de tanatopraxia y, en concreto el embalsamamiento, todos coinciden en que debe ser realizado por un médico en ejercicio designado por la familia del difunto o, en caso contrario, un médico tanatólogo de los inscritos en el libro de registro de médicos tanatólogos de la Dirección de Salud correspondiente. Cabe destacar que el Decreto del País Vasco no recoge el libro de registro mencionado y establece en su artículo 15 que "el acta de embalsamamiento o conservación transitoria deberá ser firmada por un médico forense o tanatólogo". Tras la entrada en vigor del Reglamento del Cuerpo de Médicos Forense, este último aspecto entra en contradicción con el mismo, al considerarse las prácticas tanatológicas privadas incompatibles con la función de médico forense.

En relación con los plazos que se consideran como obligatorios para que un cadáver deba ser conservado transitoriamente o embalsamado, existe igualdad de criterios prácticamente entre todos los Decretos. Establecen como obligatoriedad para realizar la conservación temporal cuando el cadáver va a ser inhumado entre las 48 y las 72 horas desde el fallecimiento. Deberá ser embalsamado cuando transcurran más de 72 desde el fallecimiento. Las excepciones las constituyen las Comunidades de Madrid y de Cantabria: deberá conservarse temporalmente el cadáver que vaya a ser inhumado entre las 48 y las 96 horas, mientras que deberá realizarse el embalsamamiento en los casos en que la inhumación no pueda realizarse antes de las 96 horas desde el momento del fallecimiento.

El Decreto de 1.974 establece que la conservación transitoria de un cadáver será obligatoria cuando vaya a ser inhumado, con traslado o no dentro del territorio nacional, pasadas cuarenta y ocho horas de producirse la defunción. El embalsamamiento será necesario si el enterramiento va a tener lugar más allá de las setenta y dos horas.



El artículo 16 del Decreto 26/1991 de la Comunidad de Madrid señala que la conservación temporal será obligatoria "en todo traslado del cadáver autopsiado a otra comunidad". No hace distinción entre autopsia clínica o judicial.

Coinciden la mayoría de ellos en que las prácticas de embalsamamiento y conservación podrán realizarse una vez obtenida la certificación de defunción y antes de las cuarenta y ocho horas desde el fallecimiento, excepto en casos de mantenimiento en cámara frigorífica. Podrán adelantarse dichas prácticas en los casos en que se haya procedido a la obtención de tejidos, órganos y piezas anatómicas.

El Decreto 267/1992 de la Comunidad del País Vasco considera innecesaria la autorización sanitaria para el transporte de aquellos cadáveres y restos que no presenten un peligro sanitario o que no vayan a traspasar el ámbito territorial de la Comunidad. Cabría hacer una reflexión al respecto: ¿quién decide en cada caso qué cadáver presenta un peligro sanitario o no?. Dado que ya no es obligatorio el examen médico de todo cadáver fallecido por causas naturales (modificación de la Ley del Registro Civil, en su artículo 85, párrafos 2 y 3), y que únicamente debe ser examinado por el médico forense correspondiente si así lo decide el encargado del Registro Civil o no existe Certificado de Defunción o éste es defectuoso, puede plantearse que algunos cadáveres con un riesgo sanitario serio o importante pasen desapercibidos, debido a que no existe control médico-sanitario alguno sobre ellos.

En cuanto a la tramitación de la documentación para el traslado, exhumaciones de cadáveres y otras prácticas, las Comunidades de Castilla-La Mancha y Extremadura introducen una novedad en sus respectivos Decretos, al sustituir las Direcciones Territoriales de Sanidad por el Coordinador Médico o Facultativo Médico del Equipo de Atención Primaria de la Zona de Salud correspondiente. De esta forma tratan de agilizar y facilitar la tramitación y hacerla menos engorrosa, a la vez que se posibilita el acercamiento de la administración sanitaria al ciudadano: no tiene que acudir a la Dirección Territorial de Sanidad, basta con que se acerque al Equipo de Atención Primaria de su Zona de Salud.

Algunos Decretos quedan caducos al considerar la labor del Médico de Registro Civil, ya que no existe actualmente dicha figura.

## CONCLUSIONES

Las Comunidades Autónomas han mostrado una preocupación importante por la materia, sobre todo en orden a intentar agilizar la tramitación de la documentación necesaria para la conducción, traslado, sepelio, inhumación, exhumación... etc. del cadáver, haciendo que sea menos engorrosa y más fácil para la familia del difunto.

Mientras que algunas Comunidades Autónomas han regulado todo el capítulo correspondiente a policía sanitaria mortuoria con un texto completo que sigue las orientaciones generales del Decreto nº 2263/74 de 20 de Julio con algunos cambios y mejoras, otras Comunidades han dictado resoluciones parciales que dificultan el conocimiento exacto de todas las disposiciones legales sobre la materia.

Asimismo, al comparar todas las disposiciones, se detectan algunas contradicciones que cabría subsanar y aspectos caducos respecto de otras legislaciones que recogen cuestiones relacionadas con la policía sanitaria mortuoria. □



Legislación española vigente en materia de Policía Sanitaria Mortuoria.

<u>COMUNIDAD</u>	<u>RANGO</u>	<u>FECHA</u>	<u>Nº DISPOS</u>	<u>Nº BOLETÍN</u>	<u>FECHA BOL</u>	<u>ENUNCIADO</u>
Andalucía	Orden	10.05.85		BOJA nº 47	17.05.85	Se crea el comité de expertos en materia de Policía Sanitaria Mortuoria y transplante de órganos
Andalucía	Orden	28.04.86		BOJA nº 45	20.05.86	Se modifica la orden anterior
Aragón	Decreto	16.02.87	15/87	BOA nº 23	27.02.87	Se regula el traslado de cadáveres en Aragón
Canarias	Decreto	21.10.85	404/85	BOCN nº 130	28.10.85	Se dictan normas sobre el traslado de cadáveres
Cantabria	Decreto	18.01.94	1/94	BOCB nº 20	28.01.94	Se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria
Castilla León	Decreto	08.08.91	246/91	BOCL nº 155	14.08.91	Relativo a determinados aspectos del régimen de traslados de cadáveres
Castilla- Mancha	Decreto	13.03.90	37/90	DOCM nº 19	23.03.90	Sobre traslados de cadáveres en Castilla-La Mancha
Castilla- Mancha	Orden	18.04.90		DOCM nº 27	25.04.90	Se establecen normas sobre traslados de cadáveres en Castilla-La Mancha
Cataluña	Decreto	16.02.81	42/81	DOGC nº 113	25.02.81	Sobre construcción en cementerios
Cataluña	Decreto	07.07.83	304/83	DOGC nº 354	12.08.83	Sobre traslado de cadáveres en Cataluña
Cataluña	Resolución	18.02.85		DOGC nº 354	06.03.85	Se aprueban las tarifas para los servicios que efectúen las empresas de pompas fúnebres
Cataluña	Decreto	07.07.87	250/87	DOGC nº 878	17.08.87	Por el que se aprueban normas de Policía Sanitaria Mortuoria
Cataluña	Decreto	28.05.90	147/90	DOGC nº 1311	29.06.90	Sobre autorización de prácticas de conservación transitoria de cadáveres en Cataluña
Extremadura	Decreto	02.08.94	107/94	DOE nº 92	09.08.94	Sobre traslados de cadáveres en Extremadura
Extremadura	Decreto	29.11.94	136/94	DOE nº 138	03.12.94	Consejería de Bienestar Social: se modifica la disposición adicional del Decreto anterior
Galicia	Decreto	04.11.82	133/82	DOG nº 30	04.12.82	Se regulan las condiciones sanitarias de los cementerios de Galicia
Galicia	Decreto	14.07.83	108/83	DOG nº 96	30.07.83	Se establecen las condiciones sanitarias de transporte de restos humanos y la regulación sanitaria de las empresas funerarias.
Galicia	Decreto	30.04.86	137/86	DOG nº 98	21.05.86	Se modifica parcialmente el Decreto 04.11.82
Madrid	Decreto	11.04.91	26/91	BOCM nº 91	18.04.91	Se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria de Madrid.
Murcia	Orden	07.06.91		BORM nº 136	14.06.91	Se dictan normas sobre Policía Sanitaria Mortuoria
Navarra	Dec. Foral	09.05.86	123/86	BON nº 63	19.05.86	Sobre Policía Sanitaria Mortuoria
Navarra	Dec. Foral	14.04.87	87/87	BON nº 52	27.04.87	Se complementa el Decreto Foral nº 123/86
Navarra	Decreto	27.01.92	37/92	BON nº 16	05.02.92	Se complementa el Decreto Foral nº 123/86
País Vasco	Decreto	06.10.92	267/92	BOPV nº 207	23.10.92	Se establecen las condiciones sanitarias del transporte de cadáveres y restos en el País Vasco
País Vasco	Instrucción	10.06.93	2/93			Sobre la aplicación de la normativa sobre exposición de cadáveres en lugares públicos
Rioja	Decreto	22.02.85	5/85	BOR nº 30	12.03.85	Sobre traslado de cadáveres y regulación de empresas funerarias en la Rioja
Rioja	Orden	17.12.86		BOR nº 1	03.01.87	Sobre traslado de cadáveres y regulación de empresas funerarias en la Rioja
Valenciana	Resolución	24.07.85		DOGV nº 288	19.09.85	Se aprueban las tarifas de los servicios de pompas fúnebres en el ámbito de la Comunidad
Valenciana	Decreto	28.06.93	80/93	DOGV nº 2061	06.07.93	Se amplía la condición de sepelios ordinarios en el ámbito de la Comunidad
Valenciana	Decreto	10.01.95	12/95	DOGV nº 2435	25.01.95	Se autoriza la instalación de tanatorios y se regulan los requisitos mínimos que deben cumplir para su funcionamiento

Tabla I: Comunidades Autónomas: Legislación en materia de Policía Sanitaria Mortuoria



## **BIBLIOGRAFÍA**

Desde el punto de vista bibliográfico esta materia debe ser siempre consultada en los correspondientes Boletines Oficiales. Revisada la bibliografía sobre Medicina Forense en España, no se han encontrado referencias a trabajos publicados.



# Los ingresos psiquiátricos involuntarios en la provincia de Badajoz.

---

Casado Blanco M.<sup>1</sup>, Vaz Leal F.J., Bejar Trancon A.

---

**Resumen:** *En el presente trabajo se analizan las características sociodemográficas, diagnósticas, motivacionales y comportamentales, de los pacientes esquizofrénicos ingresados en el Hospital Psiquiátrico, de forma involuntaria, en la provincia de Badajoz, como factores específicos y determinantes de estos enfermos a la hora de indicar su correspondiente ingreso.*

**Palabras clave:** *Psiquiatría Forense. Ingreso involuntario. Esquizofrenia.*

---

## INTRODUCCIÓN

La admisión involuntaria de pacientes psiquiátricos esquizofrénicos, en el hospital con el objeto de ser sometidos a observación y/o tratamiento de sus enfermedades mentales ha constituido y sigue constituyendo un tema de gran interés. Analizando las legislaciones de los diferentes países se llega a la conclusión de que cada uno tiene sus propias disposiciones legales en materia de salud mental, que por supuesto varían en el fondo o en la forma de aplicación. En España, tras la promulgación de la Constitución de 1978 (1), se concibe que la protección de los enfermos mentales es de índole básicamente tutelar y por lo tanto corresponde al orden jurisdiccional. Con la ley 13/1983 de 24 de Octubre, de Reforma del Código Civil (2) en materia de tutela se otorgó la protección civil a los jueces basándose en que están necesitados de tutela.

Consiguientemente, y de acuerdo a las normas vigentes, los internamientos psiquiátricos pueden ser voluntarios, involuntarios o judiciales (3).

Teniendo en cuenta todo lo anterior nos propusimos la realización de un estudio, de tipo médico-legal, sobre la población esquizofrénica involuntaria extremeña ingresada en el hospital psiquiátrico, abarcando los factores socioambientales que pudieran definir a estos tipos de pacientes. Elegimos esta población, por ser la más frecuente, por su interés médico-legal y además constituye el primer estudio psiquiátrico forense realizado en nuestra región (4). Además uno de los capítulos mas importantes junto al tratamiento y la asistencia es la problemática médico-legal que implica al esquizofrénico (5).

## MATERIAL Y MÉTODO

En el presente trabajo se analizan las características clínicas y sociales de los pacientes esquizofrénicos ingresados de forma involuntaria en el Hospital Psiquiátrico

---

<sup>1</sup>Médico Forense Jdos, nº 1 de Mérida y Montijo (Badajoz)



de Mérida (Badajoz), durante un episodio agudo de su proceso. El estudio, realizado siempre por el mismo entrevistador, se prolongó por un periodo de 24 meses.

Se eligió el Hospital Psiquiátrico de Mérida, para la realización del presente estudio, por constituir este centro la referencia de tipo asistencial psiquiátrica de la provincia de Badajoz desde hace muchos años, hasta la constitución de una Unidad de Psiquiatría en el Hospital Regional Universitario Infanta Cristina de Badajoz, con lo que se ha descentralizado esta asistencia.

Todos los datos fueron recogidos bien directamente del paciente y/o comprobados en el historial clínico, ya que los relatos de la enfermedad realizados por parientes o familiares resultó prácticamente imposible, ante la falta de colaboración de éstos, por diferentes motivos.

El estudio se iniciaba con la recopilación de los datos personales, recogidos en una ficha personal, confeccionada para estos datos. En ella se incluían tres apartados:

1.- Características sociodemográficas (edad, estado civil, profesión, zona de procedencia, nivel educativo, antecedentes psiquiátricos familiares y nivel socioeconómico de los padres).

2.- Características clínicas (motivo de ingreso, forma de efectuarse el ingreso, realización de actos violentos, comportamiento y período de conflictividad).

3.- Historia clínica psiquiátrica (primer ingreso, edad del primer ingreso, tiempo desde el primer y el último ingreso, tiempo de estancia hospitalaria, número de admisiones previas, reingresos).

4.- Evaluación diagnóstica: se efectuó siguiendo los criterios DSM-III-R (7), para la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme y el trastorno esquizoafectivo.

Basándonos en los objetivos planteados en la presente investigación, se utilizaron desde el punto de vista estadístico diferentes técnicas (test de chi cuadrado, análisis de varianza), para una vez procesada y tratada la información, nos ayudasen a conocer o prever una realidad o fenómeno psiquiátrico y con ello nos facilitase la toma de decisiones futuras, tanto desde un punto de vista clínico como médico forense. Todo el estudio estadístico se realizó utilizando el programa Statview de Macintosh.

Soltero	58 (77,3%)
Casado	12 (16,0%)
Separado/divorciado	5 (6,6%)
TOTAL	75 (100%)

**Tabla 1.- Estado civil**

Menos de 10.000 habit.	30 (40,0%)
Entre 10.000-50.000 habit.	20 (26,6%)
Más de 50.000 habit.	25 (33,3%)
TOTAL	75 (100%)

**Tabla 2.- Localidad de procedencia**

En ella se incluían tres apartados:

Sin estudios	21 (28,0%)
Estudios primarios	32 (42,6%)
Formación profesional-COU	15 (20,0%)
Estudios superiores	7 (9,33%)
TOTAL	75 (100%)

**Tabla 3.- Nivel educativo**

SI	23 (30,6%)
NO	35 (46,6%)
NO SABE/NO CONTESTA	17 (22,6%)
TOTAL	75 (100%)

**Tabla 4.- Antecedentes familiares psiquiátricos**



**RESULTADOS:**

Del número total de pacientes esquizofrénicos ingresados durante el periodo de investigación (129), 75 de ellos lo hicieron de forma involuntaria, correspondiéndole un 58'1% del total de los ingresos durante el periodo de estudio.

Sin empleo	3 (4,0%)
Obrero man. no cualificado	47 (62,6%)
Obrero manual cualificado	21 (28,0%)
Universitario grado medio	4 (5,33%)
Universitario grado superior	0 (0,0%)
TOTAL	75 (100%)

**Tabla 5.- Nivel socioeconómico**

Menos de 1 año	15 (20,0%)
Entre 1-5 años	16 (21,3%)
Mas de 5 años	44 (58,6%)
TOTAL	75 (100%)

**Tabla 6.- Tiempo desde el primer ingreso**

Primer ingreso	13 (17,3%)
Menos de 6 meses	8 (10,6%)
Mas de 6 meses	54 (72,0%)
TOTAL	75 (100%)

**Tabla 7.- Tiempo desde el último ingreso**

En líneas generales, se trata de varones con una edad media de admisión de 37 años, con una edad media del primer ingreso psiquiátrico en torno a los 28 años, que tienen un promedio de ingresos anteriores involuntarios alrededor de las 5-6 veces (tabla 8).

En nivel educativo predomina el nivel "sin estudios" o "estudios primarios", con un 70'6% (tabla 3), dato este que se corresponde al que presenta la población de nuestro medio que es atendida en el hospital.

La zona o localidad de procedencia: se obtienen unos valores que nos indican que, aproximadamente, el 67% de la población estudiada procede del medio rural. Este dato no concuerda con los obtenidos por otros autores, que indican una mayor prevalencia de la esquizofrenia en el medio urbano (tabla 2).

En cuanto a los antecedentes familiares de tipo psiquiátrico, descubrimos que un 69% aproximadamente de los ingresados no tienen antecedentes psiquiátricos o no los conocen, o bien no contestan a esta pregunta (tabla 4). Por su parte, el tipo de convivencia en familia se centra en una de tipo primario.

En lo relativo a actividades laborales, la mayoría vive de la asistencia pública, mediante pensiones de minusvalías.

En relación al nivel socioeconómico de los padres, predominan los obreros manuales, con un 90% aproximadamente, siendo escasa la representatividad de los padres con estudios universitarios (5'33%) (tabla 5).

Los diagnósticos de tipo efectuados en la población objeto de estudio revelaron un mayor porcentaje de los mismos en sus formas paranoide, desorganizada y residual, y en relación con el subtipo, el más frecuente fue el crónico (tablas 9 y 10).

Los motivos o causas más frecuentes que provocaron el ingreso hospitalario fueron la pérdida o disminución de la autonomía personal (tabla 11), dato éste que varía en relación con otros trabajos consultados. Asimismo, y al analizar la forma de efectuar el ingreso, nos encontramos con que el mayor porcentaje está mediado por la policía con



un 72%, o bien mediado por la oportuna comparecencia de la familia ante la autoridad judicial (14'6%) (tabla 12).

Profundizando en el tema y analizando la premisa efectuada por algunos autores en el sentido de que los ingresos involuntarios están estrechamente relacionados con la peligrosidad de los enfermos esquizofrénicos (8,9), comparamos el motivo de ingreso con el comportamiento dentro del hospital, así como con el periodo en que resultaban ser conflictivos. En ninguno de los casos podemos hablar de relaciones de causalidad. La mayoría de los pacientes presentan un comportamiento que podríamos denominar "sin conflictos", con un 77'3%, y por contra, únicamente un 8'0% de los pacientes tuvieron un comportamiento que requirió intervención física. El periodo hospitalario en que ocurrieron estos tipos de comportamientos conflictivos se detectó entre el primer y quinto días (tablas 13 y 14).

## DISCUSIÓN

Consideramos que el número de casos estudiados y los resultados demográficos obtenidos durante los dos años de estudio, y en relación con la población de la provincia de Badajoz, están en consonancia con los resultados de otros autores (8, 9,11), a pesar de tener en cuenta las diferencias entre nuestra población y las reseñadas en los trabajos de referencia, no solo por las diferencias en los sistemas de salud, sino también debido a las diferencias importantes en cuanto a las legislaciones, pero pueden ser consideradas como válidas para sacar una serie de conclusiones.

En primer lugar, encontramos una proporción relativamente alta de pacientes que ingresaron catalogados como de involuntarios, hecho que, sin duda, constituye un retrato irrealmente alarmante de pacientes involuntarios (10), que nos puede dar lugar a

Edad (años)	37,7±10,3
Edad primer ingreso	28,9±8,9
Tiempo ultimo ingreso (meses)	32,6±41,5
Tiempo de estancia (días)	44,1±34,8
Tiempo primer ingreso (años)	8,1±6,4
Numero admisiones previas	5,2±4,9

**Tabla 8.- Características psiquiátricas**

Paranoide	27 (36,0%)
Hebefrénica o desorganizada	13 (17,3%)
Catatónica	6 (8,0%)
Indiferenciada o mixta	7 (9,33%)
Residual	13 (17,3%)
Trastorno esquizofreniforme	4 (5,33%)
Trastorno esquizoafectivo	5 (6,67%)
TOTAL	75 (100%)

**Tabla 9.- Diagnóstico (TIPO)**

Agudo	16 (21,3%)
Subagudo	18 (24,0%)
Subcrónico	18 (24,0%)
Crónico	23 (30,6%)
TOTAL	75 (100%)

**Tabla 10.- Diagnóstico (SUBTIPO)**

Autoagresión	0 (0,0%)
Heteroagresión	25 (33,3%)
Pérdida/dismin.autonomía	37 (49,3%)
Descompensación enfermedad	13 (17,3%)
TOTAL	75 (100%)

**Tabla 11.- Motivo de ingreso**



plantearnos varias reflexiones respecto al funcionamiento del control judicial o respecto al papel que desempeñan las diferentes administraciones en lo relativo al control y contención de los enfermos, y por supuesto, en lo relacionado con el traslado del paciente al hospital (6). Bien es cierto que el índice de admisión de tipo involuntario varía entre diferentes zonas dependiendo no solo de la aplicación de los criterios legales en torno al internamiento, sino también influenciados por la composición de la población, e incluso por los problemas de tipo geográfico, de traslado, etc.; además, según los trabajos consultados, el diagnóstico de esquizofrenia es el que tiene mayores proporciones de ingresos involuntarios.

El perfil de los esquizofrénicos que ingresan de forma involuntaria se puede calificar como varones, de edad media, solteros (tabla 1), con un nivel educativo bajo, procedentes de zonas rurales, sin antecedentes familiares de tipo psiquiátrico o que los desconocen, de procedencia familiar con nivel medio-bajo.

Familia	11 (14,6%)
Policía	54 (72,0%)
Transferido de otro hospital	7 (9,33%)
Servicios de urgencias	3 (4,0%)
El mismo enfermo	0 (0,0%)
TOTAL	75 (100%)

**Tabla 12.- Forma de efectuar el ingreso**

ninguno	58 (77,3%)
1º-5º día	17 (47,6%)
6º-10º día	0 (0,0%)
superior al 11º día	0 (0,0%)
TOTAL	75 (100%)

**Tabla 13.- Período de agresión**

Sin conflictos	58 (77,3%)
Acciones (preocup. enfermeros)	11 (14,6%)
Acciones (intervención física)	6 (8,0%)
Aislamiento	0 (0,0%)
TOTAL	75 (100%)

**Tabla 14.- Comportamiento**

En líneas generales, se trata de pacientes con una amplia evolución en lo referente a su enfermedad y con varios ingresos anteriores, Por el diagnóstico, se trata de enfermos con cuadros clínicos con manifestaciones continuas de la enfermedad, aunque con posibles oscilaciones en la intensidad clínica, y cuyo motivo principal de ingreso es debido a un deterioro de la persona, y que se pone de manifiesto porque no son capaces de protegerse a sí mismos dentro de la comunidad, y porque no hay facilidad razonable para su protección dentro de esa comunidad.

A pesar de los motivos que generan los ingresos de los pacientes involuntarios, el mayor porcentaje de formas de efectuarse los ingresos es la realizada por la policía, aunque también se aprecia como es la familia la que se ve obligada en muchas ocasiones a responsabilizarse de las gestiones necesarias para efectuar el ingreso antes de tomar cualquier medida de contención (6), y todo ello en base a los deficientes funcionamientos de los diferentes niveles

y administraciones relacionadas con estos temas, de ahí que esté ocurriendo una "judicialización" de los internamientos psiquiátricos.

Analizando los resultados en relación al comportamiento de los pacientes esquizofrénicos involuntarios, podemos afirmar que la mayoría de estos enfermos no son peligrosos, y, a su vez, muchos de los comportamientos peligrosos pueden estar



ocasionados por enfermos voluntarios, y además, podemos considerar que una admisión involuntaria no significa peligrosidad o incurabilidad (10).

## CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos indicar que las variables sociodemográficas encontradas en la población analizada no son significativas como para considerarlas como factores determinantes en los criterios seguidos para determinar si el ingreso ha de ser involuntario.

Por lo tanto, es preciso analizar otras variables, ya sean clínicas (psicopatológicas), niveles de conciencia de enfermedad o conciencia de necesitar tratamiento, niveles de estrés, acontecimientos vitales o factores modificadores de tipo estresante..., que, en conjunto, puedan determinar en un momento determinado el estatus involuntario del paciente esquizofrénico.

Igualmente, consideramos necesaria la elaboración de planes de salud mental específicos, donde se establezca una estrecha colaboración entre las diferentes administraciones responsables de los internamientos (Justicia, Administración Sanitaria, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Asistentes Sociales, etc.).□

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Constitución Española de 1978 BOE. Madrid 1981.
- 2.- Ley 13/1983 de 24 de octubre. Reforma del Código Civil en materia de tutela. BOE nº 256. 26 octubre 1983.
- 3.- Arranz T. La nueva legislación sobre internamiento psiquiátrico no voluntario. *Psiquiatría IMP*, 1989.
- 4.- Casado Blanco M. El problema del internamiento psiquiátrico en la esquizofrenia: Un estudio médico legal. Tesis Doctoral. Badajoz 1995.
- 5.- Cabrera Forneiro J. Aspectos médico legales del paciente esquizofrénico. AMAFE. Madrid 1991.
- 6.- Calcedo Barba C., Carrillo Gómez A., Rocamora Bonilla A., Crespo Valencia A. El enfermo judicial en psiquiatría comunitaria: a propósito de una encuesta. *Psiquiatría pública* 7:1; 1995: 26-56.
- 7.- Spitzer, RL., Williams JBW.: Structured Clinical Interview for DSM-III-R Patients Version (SCID-P, 1/7/85). Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute. New York 1985.
- 8.- Rofman E., Askinazi C., Fant E.: The Prediction of Dangerous in Emergency Civil Commitment. *Am. J. Psychiatry*. 137:9, 1980. 1061-1064.
- 9.- Yesavage J., Werner P., Becker J., Mills M. Short-Term Civil Commitment and the violent patient. *Am J. Psychiatry* 139:9; 1982: 1145-1149.
- 10.- Pinsker H., Raskin M., Winston A. The Treatment of Involuntary Patients in the General Hospital Psychiatric Unit. *General Hospital Psychiatry* 3, 301-305, 1981.
- 11.- Malla A., Norman R., Helmes E. Factors associated with involuntary admission to psychiatric facilities in Newfoundland. *Can. Psychiatr. Assoc. J.* 1987; 136: 1166-1171.



# Epilepsia postraumática.

---

P. Martínez García<sup>1</sup>

---

**Resumen:** *La epilepsia postraumática es una complicación de los traumatismos craneoencefálicos, que aparece en un 4% de los casos. Las alteraciones que provoca desde el punto de vista laboral y en el normal desarrollo de la vida diaria, pueden ser realmente importantes.*

*En ocasiones, el largo periodo de latencia transcurrido desde el trauma hasta la aparición de convulsiones, puede representar un serio problema Médico-Legal, a la hora de establecer nexos de causalidad.*

*En el presente trabajo se pretende examinar las manifestaciones clínicas más frecuentes, los medios de diagnóstico habituales, el pronóstico y evolución. Así mismo, se analizan los principales factores de riesgo para desarrollar la enfermedad en adultos y niños.*

**Palabras clave:** *Convulsiones, Epilepsia postraumática, Complicaciones de traumatismo craneoencefálico.*

---

## INTRODUCCIÓN

La epilepsia es un problema que puede requerir a la medicina forense desde varios aspectos distintos: por un aumento en la incidencia de suicidios, por provocar la muerte de forma más o menos repentina, por las alteraciones psicopatológicas asociadas y como complicación de los traumatismos.

La epilepsia postraumática (EPT) representa el 7% de todos los tipos de la enfermedad diagnosticados en nuestro medio y su prevalencia, entre los sujetos que han sufrido un traumatismo craneoencefálico importante, es del 4%. Estos datos coinciden con un estudio epidemiológico efectuado en Mallorca (1). El reconocimiento de la epilepsia como una complicación de los traumatismos craneoencefálicos es antiguo, el texto (2) "Manual de Diagnóstico Etiológico" de Marañón (1943), la considera como una complicación temprana y tardía de los mismos.

Por grupos de edades, los traumatismos craneoencefálicos son la segunda causa de epilepsia entre los 10 y 18 años (Adolescencia) y entre los 35 a 60 (Adulto). Castellano Arroyo, señala su origen en la formación de cicatrices, focos de fibrosis y adherencias meníngeas que actúan como focos irritativos del Cerebro (3).

---

<sup>1</sup>Médico Forense Jgdos. Nº 8 y nº 9 de Cádiz



Epilepsia:		
	Ausencia sin antecedentes y en tratamiento	5-10 puntos
	Epilepsia localizada sin antecedentes y en tratamiento	10-20 puntos
Generalizadas:		
	Una crisis aislada sin tratamiento	9-10 puntos
	Una crisis aislada con tratamiento	19-20 puntos
	Una-dos crisis anuales	24-25 puntos
	Una-dos crisis mensuales	29-30 puntos
	Crisis frecuentes obligando a modificar actividades habituales	55-70 puntos

Tabla 1

La Ley 30/95, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (4), en la Tabla VI (clasificación y valoración de secuelas), Capítulo 1, contempla el cuadro presentado en la Tabla 1.

Como se puede observar, el porcentaje de déficit que representa para la persona, es extremadamente variable, pudiendo provocar una invalidez absoluta. Además el perjuicio en el desarrollo de la vida diaria es importante: denegación del permiso de circulación si ha habido crisis en los últimos dos años, restricción de alcohol, supresión de actividades que puedan suponer riesgo, etc.

Tradicionalmente se ha dividido las convulsiones postraumáticas en precoces, aparece en la primera semana que sigue al traumatismo, y tardías, después de la primera semana. Las convulsiones precoces, en las primeras 24 horas, no desembocan inexorablemente en una EPT; aunque son un factor de riesgo, en especial en niños, para padecer la enfermedad.

## BREVE RECUERDO DE LA EPILEPSIA

### *Definición*

La epilepsia es una condición crónica caracterizada por la repetición de crisis epilépticas, por lo tanto las crisis únicas no pueden catalogarse como epilepsia. Una crisis epiléptica consiste en la descarga paroxística de las neuronas que originan una clínica detectable por el enfermo o por un observador ajeno.

### *Etiología*

Se consideran causas de epilepsia, las siguientes: Factores genéticos y relacionados con el nacimiento, enfermedades infecciosas (Meningitis, encefalitis, absceso cerebral), Factores Tóxicos, Traumatismos y Agentes Físicos, Alteraciones Circulatorias, Alteraciones Nutricionales o Metabólicas, Neoplasias, Herencia, Fiebre y Enfermedades Degenerativas.

Como factores desencadenantes de las crisis, se han enumerado los siguientes: Sueño, despertar, deprivación de sueño, ciclo menstrual, causas metabólicas y tóxicas (intoxicación o abstinencia de alcohol, drogas y fármacos, hipoglucemia e hipoxia), causas reflejas (televisión, luces intermitentes, sonidos, leer, pensar, sobresalto y movimiento) y estrés.



### ***Epidemiología***

La incidencia de la enfermedad se cifra en unos 30 a 50 casos nuevos, cada 100.000 habitantes y año. La enfermedad es más frecuente en hombres y en las capas socioeconómicas más desfavorecidas. Entre un 4 y un 6 % de la población puede presentar una crisis epiléptica en su vida.

### ***Fisiopatología***

La crisis se desencadenaría con una *despolarización paroxística* que debe actuar de forma *sincronizada* con otras neuronas, desencadenándose potenciales de alta frecuencia. Las células tendrían una actividad intrínsecamente hiperexcitable y una actividad sináptica excitadora. A nivel bioquímico, se considera que existiría un desequilibrio entre neurotransmisores inhibidores (GABA) y excitadores (glutamato y aspartato). La Taurina y ciertas monoaminas pueden actuar como moduladores.

Habría ciertas regiones del cerebro con un umbral de excitación muy bajo, lo que explicaría la frecuencia de crisis parciales en regiones como el hipocampo, amígdala, etc. (5).

### ***Clasificación***

Tradicionalmente se dividen en:

**1.- Parciales**, a su vez pueden ser:

**a) Simples**, ocurren por una lesión focal del Cortex y no hay alteración de la consciencia, pueden evolucionar a complejas o bien generalizarse. El Electroencefalograma muestra anomalías contralaterales como descargas y espigas. A veces presentan síntomas negativos después de la crisis como la parálisis de Todd. Son:

- Motoras: Somatomotoras, que abarcan la totalidad del área afectada a la vez. Jacksonianas: se extienden como una mancha de aceite, por ejemplo afecta primero a los dedos y luego se propaga hasta la raíz del miembro.

- Somatosensoriales: Se manifiestan como parestesias u otros fenómenos sensitivos (calor, frío) en la parte del cuerpo contralateral. Otras manifestaciones sensoriales son: visuales (representación elemental sin objeto), auditivas (hipoacusias, acúfenos), gustativas (percepción de sabor amargo, ácido o más raramente salado), vertiginosas (vértigo frecuentemente rotatorio), olfativas, etc.

- Vegetativas. Suele haber alteración de la conciencia. Crisis orofaríngeas (hipersialorrea), epigástricas (pesadez con irradiación al cuello), abdominales (dolor cólico, periumbilical) y vasomotoras (alteración del ritmo cardíaco, de la tensión, cianosis o palidez en crisis).

Psíquicas. No suelen verse como fenómenos aislados (disfásicas, dismnésicas, alucinaciones, etc.)

**b) Complejas**: Pueden presentarse con pérdida inicial de Consciencia o como crisis parcial simple acompañada de pérdida de consciencia. Todas son seguidas de amnesia, presentando un estado confusional postcrítico. El EEG postcrítico muestra actividad lenta en lóbulos temporales o frontobasales. Pueden ser: Con alteración aislada de la conciencia (Pseudoausencias), Psicosensoresial (ilusiones visuales, auditivas, olfatorias,



etc.), Psicomotora (actividad motora en el curso de una obnubilación mental acompañando o siguiendo a una crisis epiléptica).

c) Secundariamente generalizadas.

## **2.- Generalizadas.**

a) Ausencias: excepcionalmente pueden ocurrir en adultos; consisten en una alteración de conciencia que dura segundos y se recupera de forma inmediata y completa (por lo que se diferencia de las parciales complejas). Se subdividen en ausencias simples y complejas. En las primeras solo hay alteración de la conciencia. En las segundas puede acompañarse de un componente clónico, tónico, atónico, fenómenos vegetativos y mixtos. El electroencefalograma (6) (EEG) puede mostrar complejos punta/onda a tres ciclos por segundo (3c/s), (bilaterales, sincrónicos y con inicio y final brusco). También puede manifestarse como descargas punta onda de 0,5 a 2,5 c/s (atípicas).

b) Crisis tónico-clónicas: aparecen de forma súbita, duran 20 o 50 segundos y se siguen de un periodo de estupor poscrítico variable. Se caracterizan por pérdida de conciencia inicial con caída al suelo, fase tónica con contracción generalizada seguida de la fase clónica con convulsiones bilaterales que afectan a todo el cuerpo. El EEG revela un ritmo recrutante de 10 c/s en la fase tónica y polipuntas ondas sincrónicas en la clónica.

c) Crisis mioclónicas, atónicas, tónicas y clónicas. Son muy raras y suelen formar parte de otros síndromes.

### ***Factores de riesgo para la epilepsia postraumática (EPT)***

Tradicionalmente se han implicado los siguientes factores de riesgo en la aparición de convulsiones tardías postraumáticas:

- Convulsiones postraumáticas precoces.
- Fractura deprimida.
- Hematoma intracraneal.
- Pérdida de conocimiento prolongado, mayor de 24 horas

Según Kieslich (7) los principales factores predisponentes, en niños, de epilepsia postraumática son: Convulsiones precoces, hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea y lesión focal. Otros como alteraciones del nivel de conciencia mayor de 24 horas, aumento de presión intracraneal e infección cerebral, tendrían una importancia menor. No se puede ignorar, asimismo, la mayor incidencia EPT en casos de maltrato infantil.

Para da Silva (8), la EPT tiene mejor correlación con pérdida de tejido cerebral y encuentra una mayor predisposición cuando menor es el "GCS". Richaud (9) relaciona solamente un 5% de casos de EPT con un GCS superior o igual a trece -13-, mientras que sube a un 35% si es inferior o igual a ocho -8-.

El papel de predisposición genética en desarrollo de convulsiones postraumáticas, es poco conocido. Se piensa en la posibilidad de que una alteración en la síntesis de glicoproteínas podría identificar una susceptibilidad a desarrollar una epilepsia postraumática (10). También se ha encontrado una mayor incidencia entre el abuso crónico a alcohol y la EPT (11).

Aparece clara relación con la severidad del trauma y con las lesiones quirúrgicamente documentadas (10 y 11); la presencia de lesiones córtico-subcorticales supone un alto riesgo para los adultos, mientras que para los niños lo es la aparición de convulsiones



precoces (independientemente de la existencia de lesiones cerebrales comprobadas). La conmoción cerebral benigna no provoca un aumento del riesgo de EPT importante (1).

### **Diagnóstico**

Es fundamentalmente clínico; depende, en gran parte, de las explicaciones del paciente y de algún testigo, lo que complica la peritación, dado el carácter subjetivo de la misma. No existe ninguna exploración complementaria que asegure o descarte el diagnóstico en el 100% de los casos. Las alteraciones electroencefalográficas presentes en los primeros seis meses no tienen valor predictivo; al contrario se las considera causadas por la evolución de las lesiones. En ocasiones fuera de las crisis es imposible detectar alteraciones en el EEG.

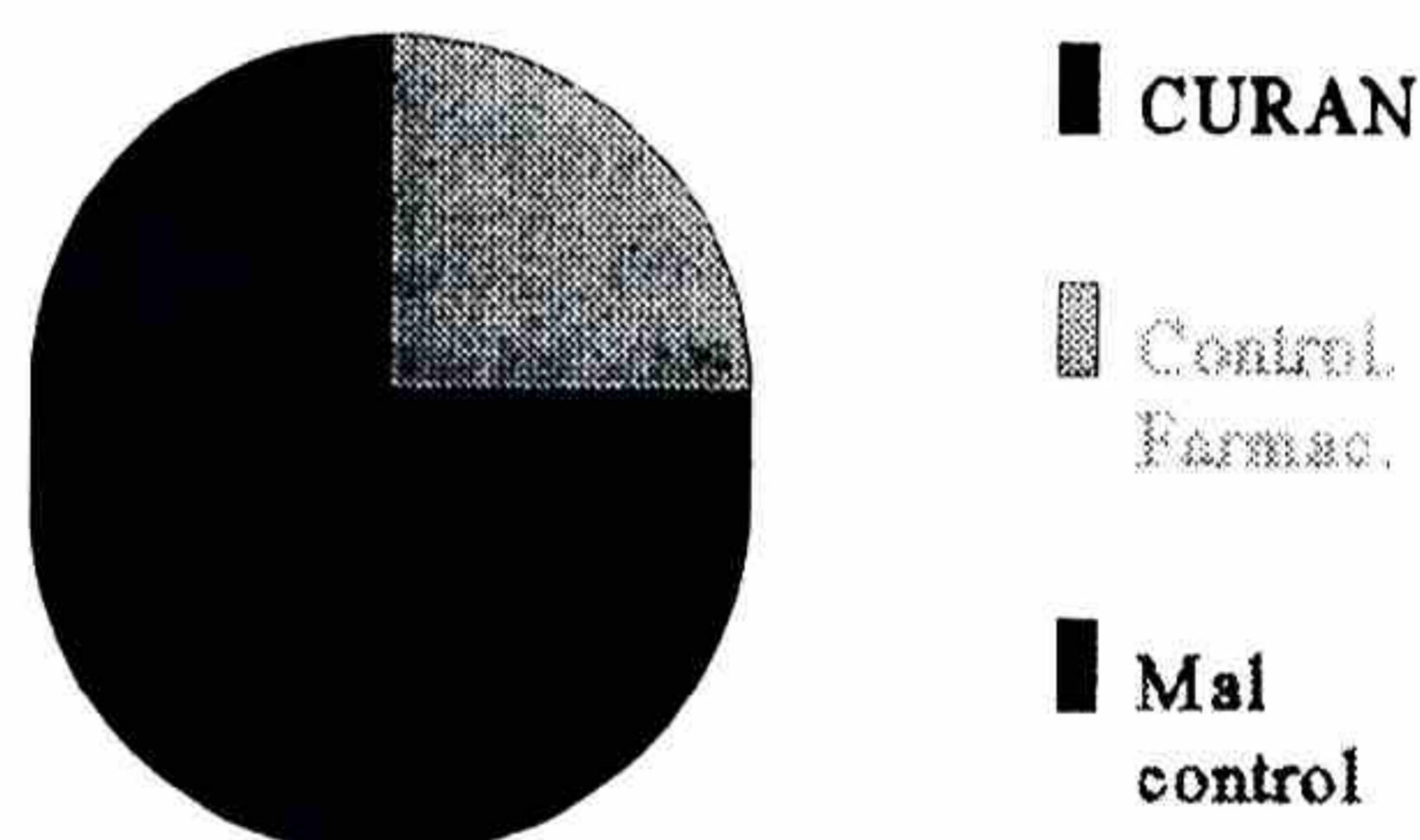
El EEG es útil en el diagnóstico diferencial, en la averiguación del tipo de crisis, y puede ayudarnos a descubrir la etiología. En casos dudosos pueden utilizarse algunos estímulos que descubran una anomalía latente, como la hiperventilación, fotoestimulación y sueño fisiológico. La objetivación de la epilepsia se basa principalmente en el EEG (12), a pesar de sus limitaciones, y pueden realizarse registros gráficos continuos, estudiando posteriormente el trazado con un ordenador y correlacionar las alteraciones bioeléctricas con acontecimientos cotidianos del sujeto.

La Tomografía Axial Computerizada (TAC) puede darnos datos de enorme interés,

en especial en la demostración de atroñas, tumores y alteraciones vasculares. La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) se ha revelado más demostrativa en la mayoría de lesiones estructurales, enfermedades de la sustancia blanca y visualización del lóbulo temporal. Ha de valorarse aún correctamente el empleo intercrisis de Tomografía por Emisión de Positrones.

Cualquier crisis recurrente estereotipada, del nivel de conciencia, sensitiva, motora, o con alteración de la conducta, debe hacernos sospechar su existencia.

## PRONOSTICO



Ha de establecerse diagnóstico diferencial con el síncope, pseudocrisis, crisis neuróticas y simulación (que puede llegar a suponer un 20% de los casos estudiados como epilepsia intratable) (13).

Más del 70% de los pacientes tienen crisis con pérdida de conciencia; un 40% tiene crisis focales y el 20% presenta una localización temporal. No se han descrito las ausencias como forma de EPT (14).

### **Evolución**

Se considera riesgo normal de recurrencia de una crisis, en epilepsia, entre el 27 y el 82%, dependiendo de los factores de riesgo que se acumulen. No hay que olvidar que la existencia de convulsiones precoces no desembocarán ineludiblemente en una EPT, pero significan un factor de riesgo muy importante, en especial para los niños.



El tiempo de latencia entre un traumatismo y la aparición de una epilepsia postraumática es muy variable, concentrándose la mayor parte de los casos entre seis y veinticuatro meses. Se ha registrado una gran dispersión de datos y algunos casos han surgido pasados catorce años, lo que puede dificultar enormemente establecer el nexo de causalidad con el traumatismo. En un estudio realizado en nuestro país (1), se ha encontrado una latencia superior a doce meses, en el 60% de los casos, situación que complica enormemente el pronóstico médico-legal. Las convulsiones generalizadas ocurren con mayor frecuencia en los primeros días mientras que las parciales ocurren más tarde.

En general el 50% de los pacientes con epilepsia postraumática curan espontáneamente, un 25% es controlable con medicación adecuada y otro 25% es difícilmente controlable (14). También Walker y Erculei observaron que el 50% de pacientes afectados de epilepsia postraumática obtuvieron la remisión completa 15 años después del trauma (10).

## CONCLUSIONES

La epilepsia postraumática es un proceso que afecta al 4% de los traumatismos craneoencefálicos y puede implicar serias consecuencias socio-laborales.

El diagnóstico no siempre es fácil, y ha de basarse en un detenido estudio clínico y en las exploraciones complementarias, no olvidando que por definición, la epilepsia es una condición crónica caracterizada por la repetición de crisis epilépticas. La alteración electroencefalográfica, dato de gran valor objetivo, no siempre está presente y ha de recurrirse a EEG continuos (tipo Holter). Otros estudios como la Tomografía Axial Computerizada y la Resonancia Magnética Nuclear pueden ayudarnos a encontrar la lesión estructural.

El examen detenido de los factores de riesgo, convulsiones postraumáticas precoces, fractura deprimida, hematoma intracraneal, pérdida de conocimiento prolongado (mayor de 24 horas) y una baja puntuación en la escala de Glasgow, nos podrán ayudar a la hora de efectuar un pronóstico. □

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Burcet Darde, J. Y Olabe Jauregui, J. "Estudio epidemiológico de la Epilepsia Postraumática en la isla de Mallorca". Neurología. Vol. 7, nº 4, Abril de 1992. (49-51).
- 2.- Marañón G. "Manual de Diagnóstico etiológico", Edit Espasa-Calpe, Madrid 1943, 626 y 627.
- 3.- Castellano Arroyo, M. "Consecuencias de los traumatismos según regiones". En Gisbert Calabuig, JA. "Medicina Legal y Toxicología" Edit. Salvat, 4ª Edición, Barcelona 1991.
- 4.- Ley 30/95, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, B.O.E. 9-XI-95, 32.535-32.546.
- 5.- García Nart, M. "El paciente epiléptico en Psiquiatría forense". En Delgado Bueno, S. "Psiquiatría Legal y Forense" Edit. Colex 1.994. (1089-1.102).
- 6.- Pou Serradell, A. Grandes síndromes neurológicos. En Rozman, C. Medicina Interna, Tomo II. Edit. Marín. 1982. (88-102).
- 7.- Kieslich-M; Jacobi-G, "Incidence and risk factors of post-traumatic epilepsy in childhood", Lancet. 1995 Jan 21; 345(8943): 187
- 8.- da Silva-AM y col. "Posttraumatic epilepsy in civilians: clinical and electroencephalographic studies". Acta-Neurochir-Suppl-Wien. 1992; 55: 56-63



- 9.- Richaud, J. "Secuelas de los Traumatismos Craneales en el niño". Rev. Franc. Daño Corporal, 1990, 16-2, 249-269.
- 10.- Willmore-LJ, "Posttraumatic epilepsy", Neurol-Clin. 1992 Nov; 10(4): 869-78.
- 11.- De-Santis-A y col., "Risk factors for late posttraumatic epilepsy" Acta-Neurochir-Suppl-Wien. 1992; 55: 64-7
- 12.- Cabrera Forneiro, J. y Fuertes Rocañin, J.C. "Las epilepsias, aspectos Psiquiátrico-forenses". En Cabrera Forneiro, J. y Fuertes Rocañin, J.C. La enfermedad Mental ante la Ley. Edit. ELA 1994 (181-191).
- 13.- Escartier Siquer, A E y col. "Epilepsia". Medicine. N° 62, Mayo 1990 (60-79)
- 14.- Palomo Rando, JL. "Secuelas Tardías". En Palomo Rando, JL. "Aspectos Medico-legales de los Traumatismos Craneoencefálicos" Edit. Universidad de Málaga, 1992, (158-159).



# ARCHIVO DE CASOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA. DEPARTAMENTO REGIONAL DE SEVILLA.

---

## MUERTE SÚBITA EN LA SILLA DEL DENTISTA DE UN PACIENTE EPILÉPTICO TRAS CRISIS CONVULSIVA: ¿STATUS EPILÉPTICUS, SHOCK ANAFILACTOIDE O SOBREDOSIS DE ANESTÉSICOS LOCALES?

---

Garfia A<sup>1</sup>, Juan García MM<sup>2</sup>, Rodríguez M<sup>3</sup>, Repetto MR<sup>4</sup>, Menéndez M<sup>5</sup> y Repetto M<sup>6</sup>

---

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Se trata de un sujeto varón, de catorce años, de constitución pícnica, de unos 80 kg de peso y 170 cm de altura que, según refiere la familia, padece epilepsia y se encuentra bajo tratamiento con TEGRETOL® (carbamazepina) 200 mg (1/0/1), sin presentar alergias conocidas.

### CIRCUNSTANCIAS DE LA MUERTE

El día del óbito el paciente acudió a consulta odontológica para tratamiento endodóncico. Según la versión del odontólogo se le aplicó XYLOCAINA AEROSOL® al 10% (lidocaína, clorhidrato como anestésico y cloruro de cetilpiridinio como antiséptico) y, posteriormente, anestesia local en la zona a intervenir con 1,8 ml de XILONIBSA® al 2% (epinefrina + lidocaína clorhidrato).

A los pocos minutos de la inyección de Xilonibsa sufre una crisis convulsiva que remite con la administración de oxígeno. Poco tiempo después presenta, según la versión facilitada por el dentista, una parada cardiorrespiratoria; por ello, se inician las maniobras básicas de resucitación cardiopulmonar, con aplicación de adrenalina intraventricular. Posteriormente, se realizan maniobras de resucitación avanzadas, resultando infructuosas y siendo exitus sobre las 15:30 horas, al parecer en la camilla de la consulta odontológica.

---

<sup>1</sup> Jefe de la Sección de Anatomía Patológica del I.N.T. Departamento de Sevilla.

<sup>2</sup> Médico Forense del Juzgado nº 2 de Cartagena.

<sup>3</sup> Profesor Asoc. de Medicina Legal. Universidad de Sevilla.

<sup>4</sup> Médica facultativa del Servicio de Información Toxicológica del I.N.T. Departamento de Sevilla.

<sup>5</sup> Jefe de la Sección de Química del I.N.T. Departamento de Sevilla.

<sup>6</sup> Director del I.N.T. Departamento de Sevilla.



## HALLAZGOS DE AUTOPSIA

Cadáver que presenta livideces posteriores en regiones declives, con ausencia de rigidez cadavérica; templado al tacto; cianosis facial y ungueal; pupilas midriáticas; presencia de sangre seca en los orificios nasales y en la boca. Al examen externo se observaba un pequeño hematoma, de color morado, en la región frontal izquierda. Existían parches de implantes de electrodos en el tórax, así como señales de desfibrilación en la piel. Presentaba marcas de venopunciones yatrógenas en ambos antebrazos, cubiertas con esparadrapo, así como en la región lateral derecha del cuello.

### Examen interno.-

**Cabeza.-** Infiltración hemática, redondeada, de 1 x 1 cm en el cuero cabelludo de la región frontal izquierda. Encéfalo sin alteraciones.

**Cara y cuello.-** Presencia de sangre en los orificios nasales. Sangre en la cavidad bucal mezclada con restos alimenticios. Rotura del primer incisivo superior izquierdo (pendiente de endodoncia). Contusión en la zona anterior del tercio superior del esófago, el cual aparece manchado con una sustancia de color marrón sanguinolenta (contenido gástrico). Intenso enrojecimiento de la mucosa de la laringe y de la tráquea. El resto sin alteraciones de interés.

**Cavidad torácica.-** No se detectan fracturas costales. Enfisema mediastínico. No existen adherencias pleurales. Algunas petequias hemorrágicas subpleurales. Pulmones congestivos y edematosos, al corte. Las luces bronquiales aparecen ocupadas por líquido de edema sanguinolento. Pericardio de aspecto normal, así como el líquido pericárdico, que se encuentra en cantidad normal. El miocardio presenta petequias hemorrágicas, y las cavidades cardíacas se encuentran llenas de sangre líquida, de color rojo oscuro. Las arterias coronarias son permeables y no se detectó patología valvular.

**Abdomen.-** El hígado es de tamaño normal y la vesícula biliar se encuentra parcialmente ocupada por bilis. Bazo sin patología. El contenido del estómago es de color marrón oscuro, y la mucosa es congestiva, con escasos restos de sangre mezclada con moco. Los riñones son congestivos. Las suprarrenales normomorfológicas. El resto de las vísceras no presenta alteraciones de interés.

## CONSIDERACIONES MEDICO LEGALES

Los hallazgos de autopsia pusieron de manifiesto la existencia de signos propios de un cuadro general asfíctico inespecífico (hemorragias petequiales en las serosas, congestión visceral, edema pulmonar, cianosis y fluidez sanguínea). También destacaba la coloración rojo intensa de la mucosa laríngea y traqueal, así como el severo enfisema mediastínico.

Se recogieron muestras de sangre, orina, estómago y contenido, así como fragmentos de diversas vísceras para investigación toxicológica y de shock anafiláctico, y la laringe y la tráquea junto con los bronquios principales, el esófago y fragmentos de pulmón y riñón, en soluciones de formol, para estudio histopatológico en el INT.

## RESULTADOS

### 1.- Investigación toxicológica:

Se recibieron muestras de sangre, orina, estómago y contenido gástrico, y fragmentos de diversas vísceras para investigación toxicológica general y de anestésicos locales.



Fracciones alícuotas de las muestras de sangre, orina y contenido gástrico se sometieron a sistemáticas toxicológicas generales para compuestos orgánicos. Los diferentes extractos obtenidos se analizaron por cromatografía de gases, con detector NPD, y por cromatografía de gases-espectrometría de masas, obteniéndose los siguientes resultados, expresados en miligramos por litro:

	Sangre	Orina	C.Gástrico
Lidocaína	0,64	1,03	0,28
Mepivacaína	0,13	4,95	0,15
Carbamazepina	0,81	0,72	0,05

## 2.- Investigación histopatológica:

**Muestras recibidas:** la laringe, junto con la tráquea y los bronquios principales, el esófago, y fragmentos de pulmón y de riñón, en formol.

**Técnicas de estudio:** Las muestras recibidas, previo estudio macroscópico, se tallaron, se incluyeron en parafina y se cortaron a 5 micras. Los cortes histológicos fueron teñidos con hematoxilina-eosina, floxina, tricómico de Masson, tricómico-elásticas, Rojo Congo, PAS y plata-metenamina.

### Resultados:

#### *Laringe, tráquea y bronquios:*

Estudio macroscópico: Se recibió la laringe completa, junto con la tráquea y los bronquios principales, que se encuentran abiertos a lo largo de su cara posterior, en toda su longitud. La mucosa laríngea presenta aspecto edematoso y es de color marrón oscuro, al igual que la traqueobronquial.

Estudio microscópico: el epitelio laríngeo está ausente, especialmente a nivel de la epiglotis y de las cuerdas vocales. Existe edema del corion de la mucosa laríngea, a la altura de los pliegues aritenoepiglóticos, así como congestión vascular marcada y hemorragias focales en el intersticio glandular (Fotografía nº 1).

En la glotis existe edema severo del corion de la mucosa, con presencia de hemorragias multifocales situadas profundamente en el intersticio glandular y entre las fibras musculares de los músculos vocales. Existen infiltrados inflamatorios crónicos, polifocales, con presencia de células linfo-plasmocitarias y algunos eosinófilos.

En la tráquea, la mucosa presenta edema severo, focalmente hemorrágico y confluyente, junto con infiltrados linfoplasmocitario y polimorfonuclear eosinófilo, ligeros (Fotografía nº 2).

En ambos bronquios principales existe descamación del epitelio respiratorio, edema mucoso y hemorragias multifocales, que son más severas en el bronquio derecho; hay ligero infiltrado mono y polinuclear, eosinófilo, al igual que en la tráquea.

El esófago no presenta patología microscópica.

#### *Pulmón*

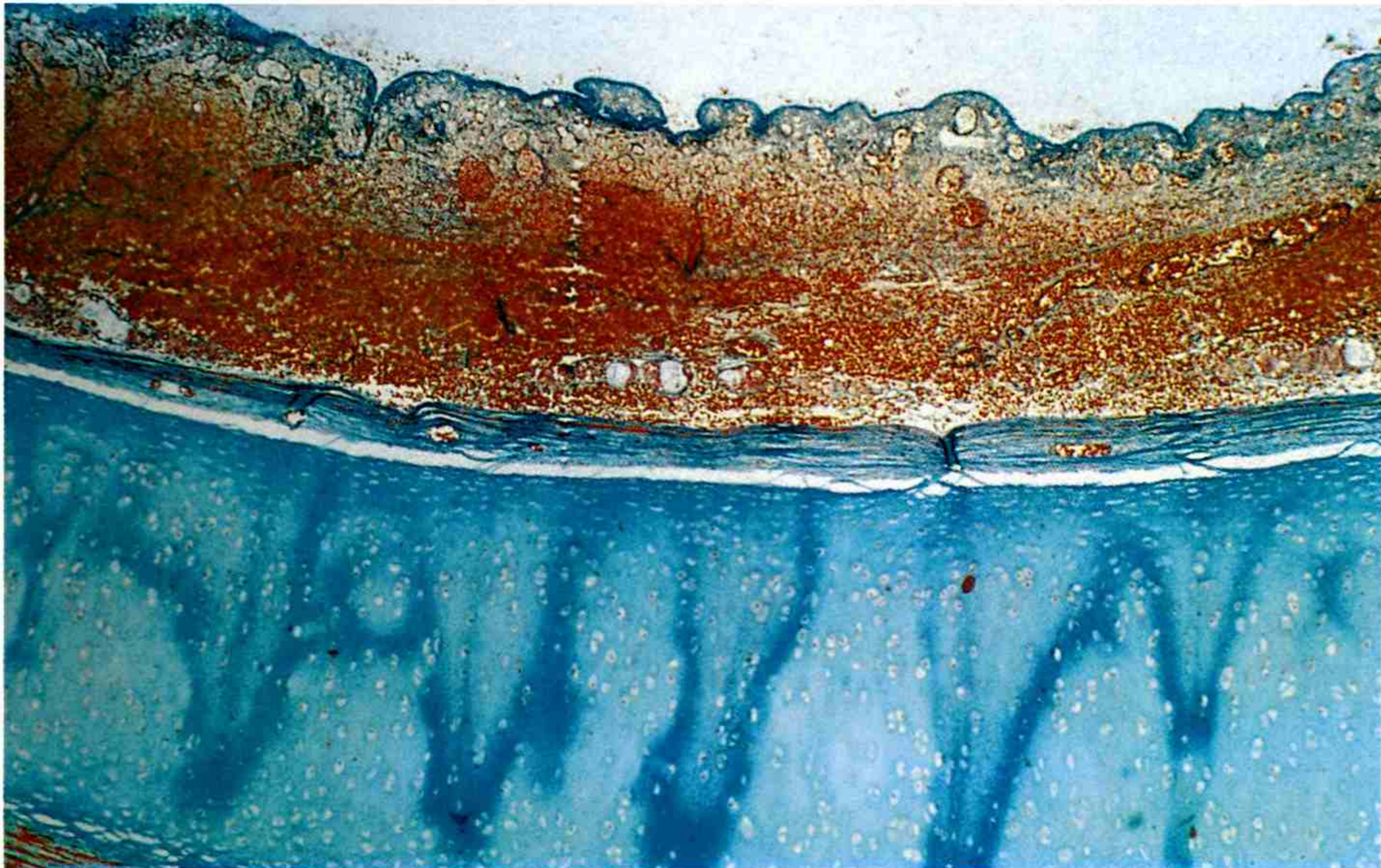
Estudio macroscópico: Se recibió un fragmento pulmonar que medía 10 x 4 x 2,5 cm de dimensiones máximas; de color oscuro y consistencia elástica. Existen petequias hemorrágicas subpleurales. Flota mal. Al corte es congestivo y edematoso.



Estudio microscópico: Edema alveolar submasivo, focalmente hemorrágico. Severa congestión vascular. Enfisema bronquiolo alveolar agudo. Trombos plaquetarios en arterias de pequeño calibre (Fotografía n° 3).

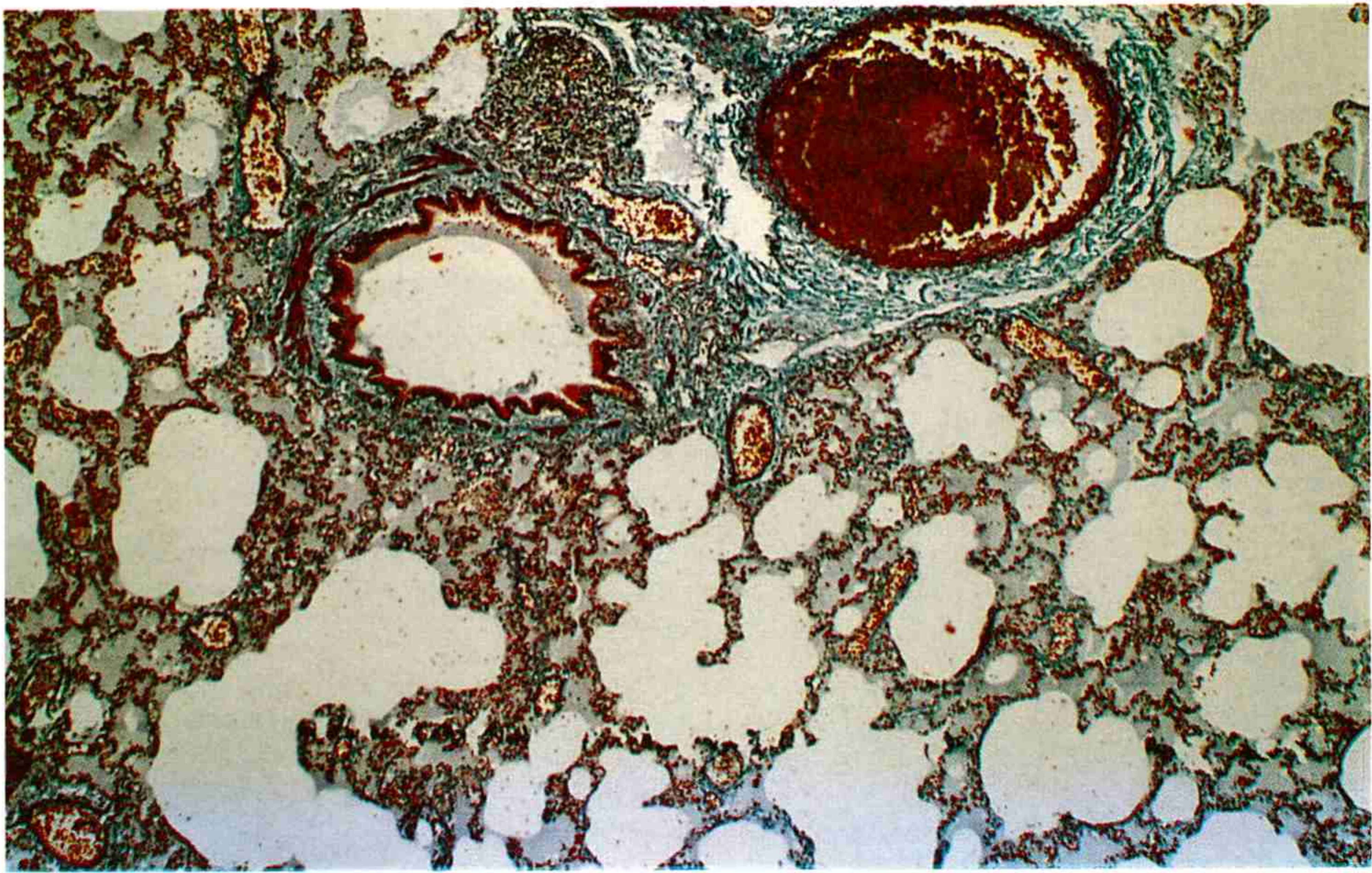


Fotografía n° 1: Laringe. Congestión y edema severo. Hematoxilina-eosina-floxina (120 x)

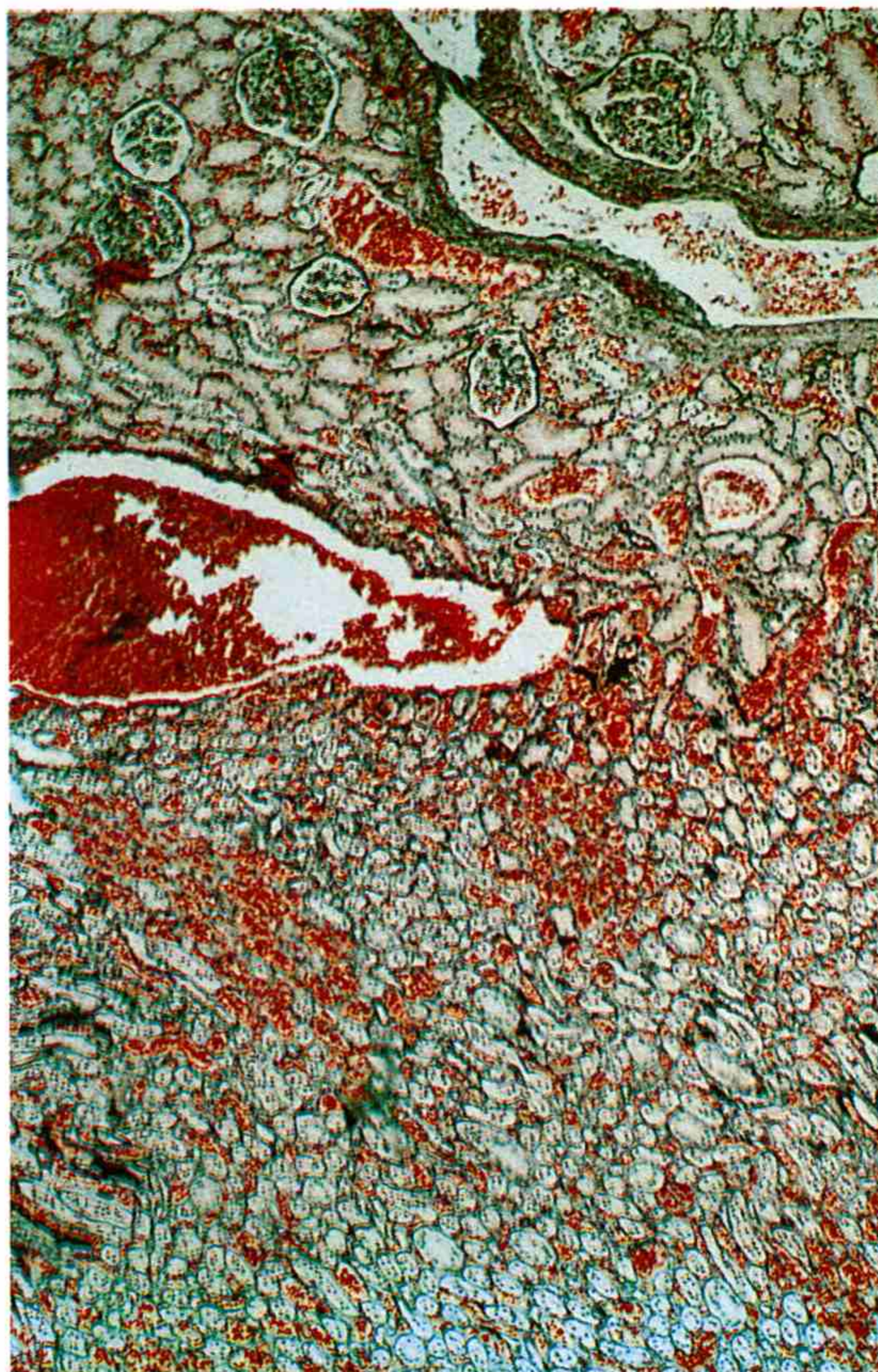


Fotografía n° 2: Tráquea. Hemorragia mucosa y submucosa confluyente. Tricrómico de Masson (48x)





Fotografía nº 3: Pulmón. Congestión y edema pulmonar. Enfisema. Tricrómico de Masson (48x)



Fotografía nº 4: Riñón. Congestión severa del límite córticomedular. Plata metenamina (48x)



*Riñón:*

Estudio macroscópico: se recibió una cuña renal que medía 10 x 5,5 x 1,5 cm de diámetros máximos, de color marrón oscuro. Al corte presenta buena delimitación córticomédular y congestión medular severa.

Estudio microscópico: No se aprecia patología microscópica, a excepción de la marcada congestión vascular inespecífica (Fotografía nº 4).

## DISCUSIÓN

Las muertes que tienen lugar en la silla del dentista son fatalidades poco frecuentes, y plantean un difícil problema de diagnóstico diferencial entre una muerte inesperada natural de tipo coincidental y provocadas por el estrés y el miedo, y aquellas otras no naturales, generalmente secundarias a la administración de anestésicos generales o locales.

En nuestro país no conocemos la existencia de datos estadísticos respecto a la morbilidad y mortalidad de los anestésicos utilizados en las consultas odontológicas.

Los trabajos más importantes de revisión de la mortalidad, asociada a los tratamientos odontológicos han sido realizados por Robinson (1), en los EE.UU., y por Coplans y Curson (2), en el Reino Unido. Robinson (1), ha revisado los ocho casos de muerte ocurridas en un condado de Cleveland (Ohio) durante 17 años (1970 - 1987); la mortalidad se situó entre 1:3.000.000 y 1:4.300.000. De los ocho casos letales, cinco lo fueron durante la inducción de anestesia general, uno durante la aplicación de óxido nítrico, otro después de la administración oral de hidrato de cloral, y, finalmente, un caso de una mujer de 22 años que murió después de una inyección de xilocaína (la paciente convulsionó en la silla y murió a los 12 minutos después de la inyección; la muerte fue atribuida a una reacción de hipersensibilidad (anafilaxia), por alergia al bisulfito sódico, que en los años setenta, se añadía a los anestésicos locales como estabilizante).

En el estudio de Coplans y Curson (2), se revisaron las muertes ocurridas en el dentista, entre los años 1980-1989, en el Reino Unido. La mayoría de las muertes ocurrieron con anestesia general, aunque detectaron dos casos asociados a técnicas de sedación, que sucedieron después del año 1984.

Jastak y Peskin (3), han revisado trece casos de muerte o de secuelas permanentes, ocurridas en el dentista, en cooperación con una compañía aseguradora de cirujanos orales y maxilofaciales, de Portland (EE.UU.), detectados entre 1974 y 1989. Los autores deducen que la mayor parte de los afectados se encontraban dentro del grupo II o III ASA (American Society of Anesthesiologists), lo cual significa que la mayoría de ellos presentaba patología previa (obesidad extrema, cardiopatía, epilepsia, o enfermedad pulmonar obstructiva crónica), que podía afectar significativamente los resultados esperados de la anestesia. Las causas más frecuentes del desenlace fatal fueron la hipoxia, por obstrucción de las vías aéreas, y/o la depresión respiratoria.

Un estudio interesante es el realizado por Krippaehne y Montgomery (4), sobre morbilidad y mortalidad de la fármacosedación y de la anestesia general, en la consulta odontológica, a fin de determinar la seguridad de ambos tipos de anestesia e intentar caracterizar los factores que participaron en ambos parámetros; para ello, utilizaron una base de datos nacional sobre pacientes dentales que recibieron algún tipo de anestesia. El estudio fue realizado durante un periodo de 15 años. En nueve estados, detectaron un



total de 43 casos, con una mortalidad del 81,4%. La edad media de los pacientes se situó en los 18 años (rango de 2-42 años). El 75% de los casos fueron ASA clase I, el 21% ASA clase II, y el 4% ASA clase III. Es llamativo el hecho de que el 59% de los dentistas realizaron medidas de resucitación básica, el 21% alguna medida de resucitación cardíaca avanzada y, en un 45% de los casos se intentó una inversión narcótica. Los autores concluyen que, aunque los datos estadísticos puros son importantes, los datos descriptivos lo son también para comprender los factores etiológicos, calcular las tarifas del seguro por malpraxis, establecer una normativa legal y poner en marcha un programa de prevención adecuado para evitar los accidentes letales.

Finalmente, D'Eramo (5) publicó, también, los resultados de una macroencuesta, realizada en el estado de Massachusetts, entre los 147 miembros activos de la "Massachusetts Society of Oral and Maxillofacial Surgeons", los cuales habían tratado a un total de 416.561 pacientes, durante 1989.

Recordemos que, en nuestro caso, se trataba de un paciente que, según refiere la familia, se encuentra en tratamiento con medicación antiepiléptica (sin que hasta el momento conociéramos más datos de los antecedentes médicos ni en lo referente al tipo de epilepsia que sufría), que convulsiona y sufre una parada cardiorrespiratoria a los pocos minutos de serle administrada Silonibsa y Xilocaína aerosol (lidocaína clorhidrato), según la versión facilitada por el odontólogo al médico forense que realizó la autopsia.

La investigación toxicológica realizada en el INT demostró la existencia, en sangre, orina y contenido gástrico, de mepivacaína. Por iniciativa del Instituto, y al objeto de verificar el supuesto tratamiento con Tegretol, se investigó la presencia de carbamazepina, la cual fue detectada en la sangre, la orina y el contenido gástrico. Por lo tanto, el diagnóstico diferencial creemos que se tenía que establecer entre:

- 1.- Muerte inesperada natural en paciente epiléptico asociada a una crisis convulsiva.
- 2.- Muerte natural de tipo sincopal.
- 3.- Muerte por reacción adversa a los anestésicos locales.

*1.- La aparición de muerte súbita, asociada a convulsiones, puede ocurrir en pacientes epilépticos.* En el Reino Unido, Nashef y cols. (6), consideran que su frecuencia puede situarse alrededor de 1:1.000/año cuando se estudian causas de muerte en la población general; sin embargo, si se consideran grupos seleccionados de pacientes, es mucho más alta. Los autores han realizado un seguimiento de 310 pacientes epilépticos, alumnos de una escuela especial de aprendizaje, durante un periodo de 23 años, detectando un total de 20 casos de muerte súbita relacionada con la enfermedad; esto supone una incidencia de 1:295 al año. Para otros autores (7), la verdadera frecuencia es difícil de establecer debido a la falta de reconocimiento de la epilepsia, como causa de muerte, en el Certificado de Defunción de los "coroners". Los autores han identificado todos los casos de muerte súbita, en sujetos epilépticos, ocurridos en el Reino Unido en 1992 (40 casos), en base a los informes postmortem, la declaración de testigos y otras informaciones. En el 70% de los casos, no constaba el tipo de epilepsia o no se hacía referencia a aquélla. Se detectaron lapsus similares en lo referente a los detalles de la medicación, la posición



del cadáver, los informes de toxicología o el examen detallado de los órganos, especialmente del cerebro. Los autores consideran necesaria la creación de un perfil de riesgo de padecer muerte súbita para los pacientes epilépticos, así como que la epilepsia debería aparecer como causa de muerte en los certificados de defunción.

Lip y Brodie (8) descubrieron un total de 18 muertes en la Unidad de Investigación Epiléptica de la ciudad de Glasgow, entre 1985 y 1990, de 1000 pacientes tratados en aquella. Las causas de muerte fueron: 3 suicidios, una muerte durante un status epiléptico en el hospital, un hematoma subdural y una muerte por infarto de miocardio. Los doce casos restantes (67%), murieron súbitamente. Entre éstos, se registraron solamente tres casos de control insuficiente de las crisis convulsivas o de escaso rendimiento de la medicación antiepiléptica; en cinco casos se produjo un cambio en la medicación durante el mes anterior a la muerte, y en sólo dos casos se realizó un estudio postmortem. En nueve de los doce pacientes que murieron repentinamente, la causa primaria de la muerte, en el certificado de defunción, fue, por orden de frecuencia: asfixia (3 casos); aspiración bronquial (2 casos); miocardiopatía isquémica (1), infarto de miocardio (1); asistolia (1) y, sumersión en la bañera (1). El estatus epiléptico fue considerado el responsable de las otras tres muertes, dos de las cuales lo fueron sin testigos.

En la epilepsia idiopática, primaria o criptogenética no se encuentran anomalías cerebrales macroscópicas, aunque el examen histopatológico puede demostrar lesiones disgenéticas menores (en el cerebelo, el hipocampo y el neocórtex), lesiones traumáticas de las regiones orbitales, frontales y temporales, y pérdida neuronal y gliosis en hipocampo, cerebelo, etc.

Denmark (9), en una revisión de casos de muerte súbita atribuidos a la epilepsia, hace especial hincapié en aquellos hallazgos patológicos que poseen la categoría de sospechosos:

- signos de asfixia,
- contusiones en la musculatura del cuello,

y aquellos otros que soportan el diagnóstico:

- mordedura de la lengua
- niveles bajos de medicación en paciente en tratamiento
- relajación de esfínteres
- vejiga vacía.

La etiopatogenia de la muerte súbita en epilépticos no está bien determinada. Numerosos autores han sugerido que es debida a la presentación de arritmias ventriculares malignas; sin embargo, los estudios postmortem realizados en humanos han puesto de manifiesto la existencia de un edema pulmonar, un hallazgo que no es compatible con una muerte súbita de causa arrítmica. Johnston y cols (10), utilizando un modelo de estatus epilepticus en carneros, han demostrado la existencia de una hipoventilación central, en el grupo de animales que murieron durante un ataque, que se acompañó de edema pulmonar, pero no de arritmias malignas.

*2.- Estados sincopales.* Por otra parte, las convulsiones son, frecuentemente, indistinguibles clínicamente de un síncope. El diagnóstico diferencial de un ataque epiléptico se tiene que establecer con:



2.1.- Los síncope arrítmicos cardíacos que provocan arritmias ventriculares malignas, especialmente los de tipo adquirido porque son transitorios que cursan con alargamiento del QT (hipocalcemia severa, drogas antiarrítmicas Tipo I, intoxicación por organofosforados y drogas psicótropas) (11), o las variantes congénitas (Síndromes de QT largo):

- síndrome de Romano-Ward (autosómico dominante)
- síndrome de Jervell y Lange-Nielson (autosómico recesivo). Este último se caracteriza por su aparición tardía, durante la niñez o la adolescencia, y es fácilmente confundido con la epilepsia. Se puede afirmar que “todo paciente presunto epiléptico que presenta pérdida de conciencia con síntomas premonitorios atípicos, tales como náuseas, sensación de pérdida de conciencia que dura segundos o palpitaciones, con electroencefalograma inespecífico, y falta de respuesta a las drogas antiepilépticas, es un paciente cardíaco” (12, 13, 14, 15).

2.2.- En segundo lugar, con los síncope neurales que cursan con hipotensión, bradicardia y asistolia.

3.- *Reacciones adversas a los anestésicos locales:* La anestesia local ha sido, desde siempre, considerada como intrínsecamente más segura que la anestesia general, sin embargo, su uso puede generar problemas muy serios para la salud. En el Reino Unido, los anestésicos locales constituyen entre un 5 y un 10% de los casos comunicados a la NAARAS (National Adverse Anaesthetic Reactions Advisory Service) sobre reacciones adversas a drogas.

Los anestésicos locales utilizados en clínica poseen una estructura química común, formada por un grupo aromático y otro amino, unidos entre sí por una unión éster o amida. La unión éster (procaína, ametocaína, clorprocaína), o la unión amida (lidocaína, prilocaína, bupivacaína, ropivacaína, mepivacaína, etc.) Juegan un importante papel en el perfil toxicológico. La unión éster se rompe rápidamente por la colinesterasa plasmática, mientras que la amida depende del metabolismo hepático. Todos ellos actúan de manera similar, bloqueando los canales de sodio; las diferencias respecto a su actividad y a su toxicidad depende, principalmente, de factores farmacocinéticos en los que no entraremos (16).

3.1.- Mecanismos de toxicidad: Las reacciones adversas a los anestésicos locales pueden clasificarse en cuatro grupos:

3.1.1.- Reacciones secundarias a su efecto sobre el bloqueo de los canales iónicos de las membranas celulares: los bloqueos de consecuencias tóxicas más dramáticas son los que tienen lugar en el Sistema Nervioso Central y en el Cardiovascular.

3.1.2.- Reacciones adversas debidas a otros efectos de las drogas o del vehículo (principalmente, complicaciones nerviosas periféricas).

3.1.3.- Reacciones alérgicas.

3.1.4.- Reacciones adversas secundarias al traumatismo mecánico de la inyección, o a la inoculación y/o diseminación de una infección.

3.2.- Toxicidad sobre el Sistema Nervioso: Los anestésicos locales alcanzan el Sistema Nervioso gracias a la circulación sistémica, inmediatamente después de la absorción en el lugar de inyección local, o de una inyección intravenosa yatrógena, deliberada (unidades coronarias) o accidental. Parece que puede existir, además, otra vía de acceso más directa durante la anestesia retrobulbar o del ganglio estrellado. Los signos y síntomas de toxicidad sobre el Sistema Nervioso son, de menor a mayor gravedad:



- adormecimiento de la lengua y de la boca
- sensación de pérdida de conocimiento que dura segundos
- tinnitus
- trastornos visuales
- farfalleo
- temblores musculares
- conversación irracional
- pérdida de conciencia
- convulsiones tipo "gran mal"
- coma
- apnea

Las convulsiones se deben a la desinhibición de la conducción nerviosa, probablemente mediada por el GABA. Durante ellas, el paciente se hace acidótico, hipercápnico e hipóxico; la acidosis y la hipercapnia incrementan, a su vez, la toxicidad.

3.3.- Toxicidad cardiovascular: La toxicidad cardiovascular depende, también, del bloqueo de los canales de sodio, reduciéndose la contractilidad miocárdica e interfiriéndose la conducción. La lidocaína, a niveles plasmáticos crecientes, provoca hipotensión, bradicardia y depresión respiratoria. La bupivacaína difiere de la anterior en que puede debutar, toxicológicamente, con arritmias ventriculares peligrosas e, incluso, con fibrilación ventricular. Existe una buena revisión, reciente, sobre las reacciones sistémicas de la bupivacaína y de la etidocaína (17). La bupivacaína es de 4 a 5 veces mas potente que la lidocaína, en su efecto bloqueante de la conducción nerviosa, pero posee mayor cardiotoxicidad. La bupivacaína es 16 veces mas potente que la lidocaína en provocar alargamiento del complejo QRS electrocardiográfico. La ropivacaína presenta una toxicidad intermedia y una potencia terapéutica similar a la bupivacaína (16).

3.3.1.- Mepivacaína: Con respecto al anestésico detectado en el INT, la mepivacaína, se trata de un anestésico local de tipo amida, con duración de acción intermedia. Según el Catálogo de Especialidades Farmacéuticas (18), los efectos adversos de la mepivacaína son, generalmente, infrecuentes, aunque moderadamente importantes. El perfil toxicológico del fármaco es similar al del resto de los anestésicos locales, de tipo amida, aunque menos acentuados y menos frecuentes. En la mayor parte de los casos los efectos adversos están relacionados con la dosis, y pueden resultar de niveles plasmáticos elevados, originados por las siguientes causas:

- sobredosificación
- absorción muy rápida
- inyección intravascular

Para la mepivacaína, los efectos adversos mas característicos son: excitación, agitación, mareos, tinnitus, visión borrosa, náuseas, vómitos, temblores y convulsiones. Después de la fase excitadora, y cuanto mas importante sea, mas grave es la fase siguiente o depresora, la cual cursa con somnolencia, depresión respiratoria y coma, e incluso con depresión miocárdica, hipotensión, bradicardia, arritmias y parada cardíaca. Por estas razones, se recomienda adoptar precauciones especiales en pacientes epilépticos, así como en aquellos otros con cardiopatías, insuficiencia hepática, renal, o



en shock grave, cuando se suponga que debido al lugar de aplicación, o a la utilización de dosis altas, pudieran producirse concentraciones plasmáticas elevadas.

Perfil farmacológico.-

Posología.- En anestesia local, hasta 40 ml en solución al 1%

Dosis máxima única en adulto.- La dosis recomendada única o total por intervención en adultos sanos, es de 400 mg; sin embargo, dosis de hasta 7 mg/kg (550 mg) se han administrado sin reacciones adversas. La dosis total, en 24 horas, no debe exceder de los 1000 mg en 24 horas (1 g/día).

Dosis máxima única en niños.- No debe exceder de los 5-6 mg/kg. En niños menores de tres años o de menos de 15 kg de peso corporal, se emplearán soluciones de menos del 2%.

Casos letales.- Se han descrito muertes después de una inyección intravascular de dosis terapéutica, después de una dosis intravenosa o paracervical de 200 mg, y después de administrar una dosis subcutánea de 3000 mg. Una niña de 5 años y 18 kg de peso murió después de recibir una dosis total de 270 mg, para una extracción múltiple, en lugar de la dosis correcta (72 mg). La pequeña convulsionó y fue llevada al Hospital, donde murió por complicaciones pulmonares, después de un cuadro de encefalopatía anóxica, por parada cardiorrespiratoria debida a la sobredosis (19). Amato y cols (20), han descrito dos casos mortales en niños recién nacidos, los cuales recibieron una inyección directa del fármaco, en el cuero cabelludo, durante la aplicación de anestesia local para episiotomía materna. El cuadro tóxico cursó con convulsiones, bradicardia, apnea, hipotonía y abolición de reflejos pupilares.

A modo de resumen hemos elaborado un cuadro comparativo de las concentraciones plasmáticas y sanguíneas de la bupivacaína, mepivacaína y lidocaína, tanto terapéuticas como tóxicas y letales, según los datos del Servicio de Información Toxicológica del INT de Sevilla, expresados en mg/l:

	Terapéutica plasma	Tóxica plasma	Letal
Bupivacaína	0,5-1,5	1,5-3	sangre 10
Mepivacaína	1,7-4	6	plasma 50
Lidocaína	1,5-5	5-10	orina 100

4.- *Neurotoxicidad retardada*: Se han descrito tres tipos de síndromes tóxicos después de la inyección epidural o subaracnoidea de anestésicos locales: la meningitis aséptica, el síndrome de la cola de caballo (incontinencia urinaria y fecal) y la aracnoiditis adhesiva (fibrosis de las meninges blandas) (16).

5.- *Reacciones alérgicas*: La verdadera incidencia de reacciones alérgicas a los anestésicos locales es muy baja (alrededor del 1%). Con frecuencia, un interrogatorio detallado pone de manifiesto una historia mas en concordancia con un síncope o con toxicidad sobre los sistemas nervioso y cardiovascular, en relación con alguno de los mecanismos descritos mas arriba, o con una reacción a la inyección intravascular de alguno de los que contienen epinefrina. El diagnóstico clínico es importante, ya que un



error puede llevar a un retraso vital del tratamiento adecuado o a la inducción de anestesia general.

Recordemos que las reacciones de hipersensibilidad a las drogas pueden ser de Tipo I, II, III y IV. La hipersensibilidad de tipo I, mediada por la IgE o la IgG, es la que interviene en la mayor parte de las reacciones de hipersensibilidad a los anestésicos.

Las reacciones alérgicas son mas frecuentes con los preparados de tipo éster que con los de tipo amida, ya que al ser hidrolizados por las colinesterasas plasmáticas, sus metabolitos pueden actuar como haptenos. La alergia puede ser desencadenada también por los conservantes, tales como el metil-p-hidroxibenzoato.

Las manifestaciones clínicas alérgicas son, generalmente, moderadas, pero pueden llegar a ser graves y poner en peligro la vida. Clínicamente se pueden producir dermatitis de contacto, edema local, urticaria, angioedema, asma, fiebre, enfermedad del suero, vasculitis, y también anafilaxia y colapso circulatorio. Esta última situación se puede confundir, fácilmente, con la toxicidad cardiovascular. La característica principal de la anafilaxia grave es el colapso cardiovascular provocado por la vasodilatación y la pérdida de líquidos desde el compartimento vascular (hasta un 30% de la volemia).

*6.- Metahemoglobinemia:* La lidocaína intravenosa y la prilocaína han sido las drogas mas frecuentemente implicadas en su producción.

*7.- Teratogenicidad:* hasta el momento, no existen datos que contraindiquen su uso durante el embarazo.

*8.- Hipertermia maligna:* se han descrito algunos casos.

## RESUMEN

Como resumen, se puede decir que el tratamiento de las complicaciones secundarias a las reacciones adversas a los anestésicos locales, debe realizarse inmediatamente y tener un alto grado de eficacia, de forma que en cualquier consulta en la que se apliquen, deben existir los dispositivos necesarios para llevar a cabo medidas de resucitación cardiopulmonar completas

## CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS

El diagnóstico final, emitido por nosotros, fue el de hallazgos histopatológicos compatibles con shock anafiláctico, y se basó en los siguientes criterios:

**1.- Los antecedentes patológicos del sujeto.-** Se trataba de descartar, en primer lugar, una muerte natural durante un ataque epiléptico, dados los antecedentes relatados por la familia y las circunstancias de la muerte. La presencia de carbamazepina en las muestras de sangre, orina y contenido gástrico (principio activo del Tegretol), demostraba que el sujeto había ingerido el medicamento, tal como constaba en los antecedentes; por lo tanto, la hipótesis de un ataque epiléptico fue descartada.

**2.- Los resultados de la investigación toxicológica.-** Los niveles detectados, en la muestra de sangre del fallecido, de lidocaína y de mepivacaína (fármaco éste que no constaba en la historia clínica y que fue un hallazgo analítico).

Ya señalamos anteriormente que, según los datos del SIT, procedentes de bases de datos informatizadas y de bibliografía variada (21), las concentraciones hemáticas estimadas como terapéuticas, tóxicas y letales, para los dos anestésicos detectados en la Sección de Química, expresadas en mg/l, son las siguientes:



	<b>Terapéutica</b>	<b>Tóxica</b>	<b>Letal</b>
<b>Lidocaína</b>	<b>1,5-6</b>	<b>6-10</b>	<b>≥11</b>
<b>Mepivacaína</b>	<b>1,7-4</b>	<b>6</b>	<b>&gt;10</b>

Por lo tanto, los niveles hallados en la muestra de sangre del fallecido, de lidocaína (0,64 mg/l) y de mepivacaína (0,13 mg/l), en el momento de realizar el análisis, se encontraban por debajo de las concentraciones estimadas como tóxicas y, por consiguiente, de las letales.

Estos resultados analíticos excluyen una sobredosis farmacológica, a pesar de que el cuadro clínico debutó con convulsiones, sugiriendo un efecto tóxico sobre el sistema nervioso.

**3.- Los resultados de la autopsia y del estudio histopatológico.-** El estudio histopatológico puso de manifiesto la existencia de lesiones de tipo edematoso-hemorrágico, en laringe, tráquea, bronquios y pulmones, así como signos de shock.

Macroscópicamente se demostró la existencia de un cuadro general asfíctico (petequias serosas, congestión visceral generalizada, edema pulmonar, cianosis y fluidez sanguínea).

Estos hallazgos pertenecen a la categoría 2 (grado de certeza: posible-compatible), respecto al diagnóstico de shock anafiláctico. El diagnóstico diferencial de las lesiones histopatológicas se tiene que realizar con aquellas lesiones provocadas por las maniobras energéticas de resucitación cardiopulmonar (edema laríngeo y traqueal, etc.), así como con aquellas otras producidas durante una crisis convulsiva (hemorragias petequiales anóxicas y hemorragias pulmonares focales).□

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Elizabeth M, Robinson DDS. "Death in the Dental Chair". J For Sci, 1989; 34 (4): 377-380.
- 2.- Coplans MP, Curson I. "Deaths associated with dentistry and dental disease 1980-1989". Anaesthesia, 1993; 48 (5): 435-8.
- 3.- Jastak JT, Peskin RM. "Major morbidity or mortality from office anesthetic procedures: a closed-claim analysis of 13 cases". Anesth Prog, 1991; 38 (2): 39-44.
- 4.- Krippaehne JA, Montgomery MT. "Morbidity and mortality from pharmacosedation and general anesthesia in the dental office". J Oral Maxillofac Surg, 1992;;50 (7): 691-9.
- 5.- D'Eramo EM. "Morbidity and mortality with outpatient anesthesia: the Massachusetts experience" J Oral Maxillofac Surg, 1992; 50 (7): 700-4.
- 6.- Nashef L, Fish DR, Garner S, Sander JW, Shorvon SD. "Sudden death in epilepsy: a study of incidence in a young cohort with epilepsy and learning difficulty". Epilepsia, 1995; 36 (12): 1187-94.
- 7.- Coyle HP, Baker-Brian C, Brown SW. "Coroners' autopsy reporting of sudden unexplained death in epilepsy (SUDEP) in the UK". Seizure, 1994; 3 (4): 247-254.
- 8.- Lip GY, Brodie MJ. "Sudden death in epilepsy: an avoidable outcome?". J R Soc Med; 1992; 85 (10): 609-11.
- 9.- Denmark LN. "Tuberous sclerosis presenting as a suspicious sudden death a case report and review of sudden death in epilepsy". Med Sci Law, 1992; 32 (1): 61-4.
- 10.- Johnston SC, Horn JK, Valente J, Simon RP. "The role of hypoventilation in a sheep model of epileptic sudden death". Ann Neurol, 1995; 37 (4): 531-7.



- 11.- Garfía A, Borondo JC. "Muerte súbita en patología forense Rev Esp Med Legal. Año XVI, nº 58-59 (Enero-Junio) 1989. pp 31-43.
- 12.- Linzer M, Grubb BP, Ho S, Ramakrishnan L, Bromfield E, Estes NA. "Cardiovascular causes of loss of consciousness in patients with presumed epilepsy: a cause of the increased sudden death rate in people with epilepsy? AR. Am J Med, 1994; 96 (2): 146-54.
- 13.- Pacia SV, Devinsky O, Luciano DJ, VAzquez B. "The prolonged QT syndrome presenting as epilepsy: a report of two cases and literature review". Neurology, 1994; 44 (8): 1408-10.
- 14.- Gordon N. "The long Q-T syndrome". Brain Dev, 1994; 16 (2): 153-5.
- 15.- Gatto EM, Fernandez Pardo MM, Micheli F, Gonzalez MA, Daru VD. "Síndrome QT prolongado: epilepsia como forma de presentación". Rev Clin Esp, 1993; 192 (8): 380-2.
- 16.- MacCaughy W. "Adverse effects of local anaesthetics". Drug Safety, 1992; 7 (3): 178-89.
- 17.- Bacsik CJ, Swift JQ, Hargreaves KM. "Toxic Systemic reactions of bupivacaine and etidocaine" Qral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 1995; 79 (1): 18-23.
- 18.- " Catálogo de Especialidades farmacéut i cas 1 9 9 5 " . Sección NOIB1A: Anestésicos locales. pp. 1086, 1091.
- 19.- Hersh EV, Helpin ML, Evans OB. "Local anesthetic mortality: report of casen. ASDC J Dent Child, 1991; 58 (6): 489-91.
- 20.- Amato M, Carasso A, Ruckstuhl C. "Neonatal mepivacaine poisoning following episiotomy". Z Geburtshilfe Perinatol, 1983; 187 (4): 191-3.
- 21.- Repetto MR, Repetto M. "Correlación de niveles terapéuticos, tóxicos y letales de medicamentos, sustancias químicas y drogas en el hombre". IV Congreso Tberoamericano de Toxicología y XI Jornadas Toxicológicas Españolas. Tenerife. Septiembre, 1995.



# PRUEBA PERICIAL

## EL TRATAMIENTO MEDICO. DISTINCION ENTRE EL DELITO Y LA FALTA DE LESIONES EN ATENCION A DICHO CONCEPTO.

**No se fazen leges sobre cosas que pocas veces acaescen.**  
(Digesto, Libro I, tit. III, leyes 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> y 6<sup>a</sup>; Part. VII, tit XXXIV, ley 36).

---

J. E. Vázquez López <sup>1</sup>

---

Ya con anterioridad a la presente ocasión, (Véase Cuadernos de Medicina Forense nº 3), hemos tratado el problema de la distinción entre el delito y la falta de lesiones en base, en el citado Cuaderno, a la interpretación que del concepto de "primera asistencia" realizan los Jueces y Tribunales. Ahora le toca el turno, por evidente lógica complementaria, a la expresión "tratamiento médico", justo contrapunto determinante del delito y por ende, excluyente de la infracción venial prevista en el antiguo artículo 582 del Código Penal, hoy artículo 617 en relación con el 147 de la Ley 10/95 de 23 de Noviembre.

Como hemos hecho hasta ahora, y prescindiendo de otras intenciones que no sean las de ilustrar e informar al lector cumplidamente, vamos a analizar dicho concepto (el de tratamiento médico), a la luz de algunos pronunciamientos que al compás de la polémica surgida, ha emitido nuestro Tribunal Supremo.

### EL CONCEPTO

Vamos a partir de la base lógica de que todo tratamiento, por mínimo que éste sea, necesita de una primera asistencia que le sirva de justificación. Así las cosas, y dando por reproducido lo ya manifestado con anterioridad en relación a dicho problema, hemos de hacer en primer lugar, mención expresa al hecho de que, según entendemos, la nueva redacción dada al artículo 147 del vigente Código Penal, zanja la anterior polémica surgida a la hora de determinar si dicho tratamiento médico debía ser o no dispensado por un profesional de la Medicina. La inclusión de la palabra "objetivamente" en el enunciado del citado artículo 147 da a entender a las claras que lo de menos, a la hora de determinar el alcance de la lesión, es si ésta ha sido atendida por una u otra persona con determinada cualificación profesional, dándose, pues, mayor relevancia al informe forense por cuanto será éste quien determinará si la lesión, desde un punto de vista objetivo y racional, atendiendo a las circunstancias del caso, y con arreglo a las máximas de experiencia, necesitaría de tratamiento o no.

---

<sup>1</sup>Ldo en Derecho y abogado en ejercicio



Visto lo anterior, y considerando de mayor utilidad a los fines que se pretenden llegar al concepto de "tratamiento médico" a través de la determinación de sus características esenciales mejor que con definiciones dogmáticas, el análisis de la Jurisprudencia nos permiten entresacar ciertos factores determinantes a la hora de encuadrar el enfoque conceptual, características que podrían ser las siguientes:

- 1.- Necesidad: El tratamiento ha de considerarse objetivamente idóneo para lograr la final curación del paciente, no pudiendo ser obviado.
- 2.- Conjunto de actos médicos: Puede ser un sólo acto o varios, continuados en el tiempo, todos destinados a lograr la sanidad, y como continuación o resultado lógico a la primera asistencia facultativa.
- 3.- Finalidad estrictamente curativa: Hemos de diferenciar, como haremos seguidamente, los meros actos de vigilancia del enfermo, que nada aportan a la finalidad perseguida, pese a su evidente carácter de medida precautoria o cautelar. Por tanto, si el acto posterior a la primera asistencia no tiene finalidad curativa, no cabría el delito, sino la falta.
- 4.- Carencia de identidad entre el concepto médico y el jurídico: Esta es una característica fundamental, por cuanto en estas líneas nos ocupamos de fijar las lindes conceptuales jurídicamente, asumiendo desde un principio la dificultad que entraña la dicotomía entre ambas concepciones. Así lo ha entendido nuestro Tribunal Supremo, como medio para asumir y acotar una parcela común a galenos y juristas, mas destinada finalmente a la interpretación por parte de estos últimos.

Como colofón a la breve incursión realizada para tratar de determinar la íntima esencia del concepto examinado, hemos de decir que nuestra Jurisprudencia, si bien con criterio básicamente uniforme en la mayoría de sus resoluciones, ha optado en numerosas ocasiones por ajustar la interpretación al caso concreto, y dejando un poco de lado el concepto normativo estricto, como medio aceptable de aplicación de la Ley según las circunstancias de tiempo y lugar, dando como resultado un abundante conjunto de Sentencias que han tratado del tema.

## **ALGUNOS PRONUNCIAMIENTOS DE INTERES**

La mayoría de las Sentencias examinadas, contienen, tácita o expresamente, la afirmación de que estamos en presencia de uno de los llamados "conceptos jurídicos indeterminados", que el Juzgador ha de concretar a cada uno de los casos que se le planteen. Sin embargo, no está de más manifestar al respecto que contamos en dicha tarea interpretativa con la inestimable ventaja de tener como soporte, siquiera sea orientativo, a la doctrina médica, que continuamente va marcando la pauta por la naturaleza puramente científica de su aporte al problema suscitado. Ello, por ejemplo, no ocurre con otros conceptos estrictamente jurídicos que han de ser a su vez objeto de interpretación, tales como la buena y la mala fe, el dolo, etc., por cuanto entran dentro de la esfera intencional del sujeto. Por tanto, es de presumir que los esfuerzos que unos y otros, médicos y juristas, realizan, acaben sentando unas bases sólidas a la hora de la resolución del problema que nos ocupa.



Por lo que respecta a la reseña Jurisprudencial, hemos entresacado algunas Sentencias que pueden ser de interés para el lector a la hora de la determinación de qué puede entenderse en la práctica por tratamiento médico.

- La Sentencia del Tribunal Supremo de 21/3/1.995, de la cual fue ponente el Ilmo. Sr. D. Joaquín Delgado García, estimó que había tratamiento médico en el hecho de la colocación de un collarín en el cuello del paciente, diferenciándolo de la primera asistencia facultativa y constituyendo, pues, delito y no falta el hecho enjuiciado.

- La S.T.S. de 27/12/1.994, consideró tratamiento la inmovilización de un tobillo.

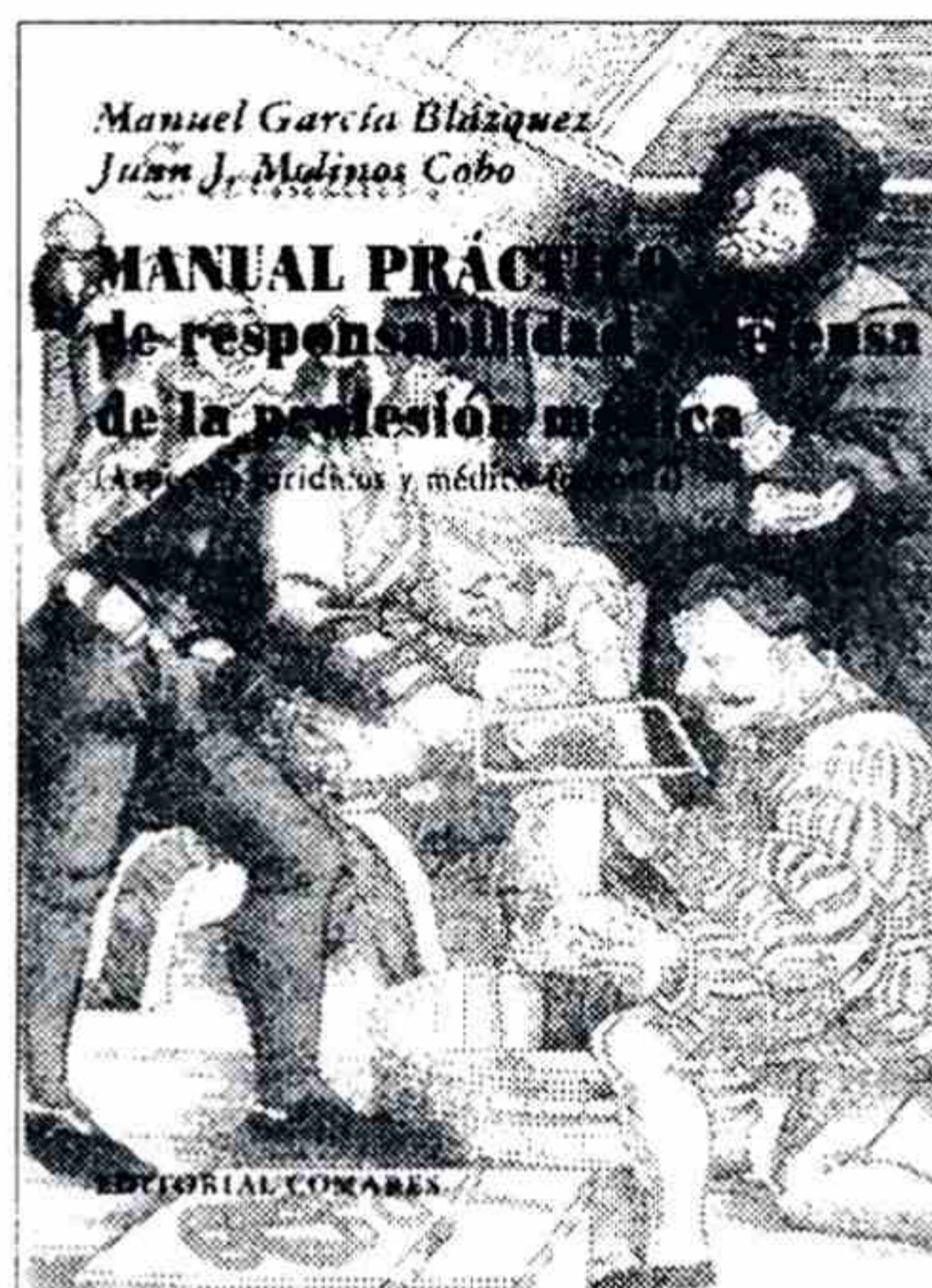
- La S.T.S. de 14/7/1.994, en un caso en el que la víctima había sufrido traumatismo craneo-encefálico, con pérdida de conciencia, consideró tratamiento médico el efectuado, consistente en hospitalización, observación y control, con ingestión de analgésicos y antiinflamatorios, ya que constituían actos médicos con finalidad curativa, y encaminados a evitar el riesgo del edema y del derrame cerebral.

- La S.T.S. de 1/7/1.992, consideró delito, y no falta, la causación de unas lesiones que necesitaron "sutura tendinosa y cutánea e inmovilización del dedo afectado", tardando en curar 10 días, y quedando como secuela limitación de la flexión, cicatriz en cara radial, línea hipertrófica y anestesia en esa región. Ya en esta resolución se aborda el problema de que las lesiones han de necesitar, "objetivamente" para su sanidad, además de la primera asistencia, de tratamiento médico o quirúrgico para ser consideradas delictuales, con lo que podemos afirmar que el Legislador, en la redacción dada al artículo 147 del vigente Código Punitivo, únicamente ha recogido el sentir unánime de la doctrina y la Jurisprudencia en este tema. Esta Sentencia resuelve el recurso interpuesto por el Ministerio Fiscal, dándole la razón y afirmando que "dicha sutura tendinosa o tenorrafía - según la ciencia médica - no es otra que la intervención quirúrgica consistente en la costura de dos segmentos tendinosos seccionados, con la finalidad de evitar la retracción de los extremos y la pérdida de la operatividad de su función tensora, y es algo distinto y de mayor envergadura que la sutura cutánea, esto es, un acto de cirugía, aunque calificable de menor, y por ello, encuadrable como tratamiento quirúrgico." Por ello, se casa la Sentencia impugnada y se condena por delito, acogiéndose, en este caso, al concepto de tratamiento quirúrgico.

- Por contra, la S.T.S. de 2/3/1.994 y la de 6/2/1.993, no consideraron tratamiento médico las medidas de cautela, tales como realización de radiografías, scanners y resonancias magnéticas, por entender que su finalidad no era estrictamente curativa a efectos legales. □



# Comentario de libros



MANUAL PRACTICO de responsabilidad y defensa de la profesión médica (aspectos jurídicos y médico-forenses). Manuel García Blázquez y Juan J. Molinos Cobo. 516 pags. Editorial Comares. Granada 1995

En el momento actual existe entre los profesionales de la Sanidad una general preocupación por las responsabilidades que le pudieran en algún momento ser exigidas, por lo que es muy de agradecer la aparición de un Manual Práctico que contemple los aspectos médico-forenses y jurídicos de esta materia.

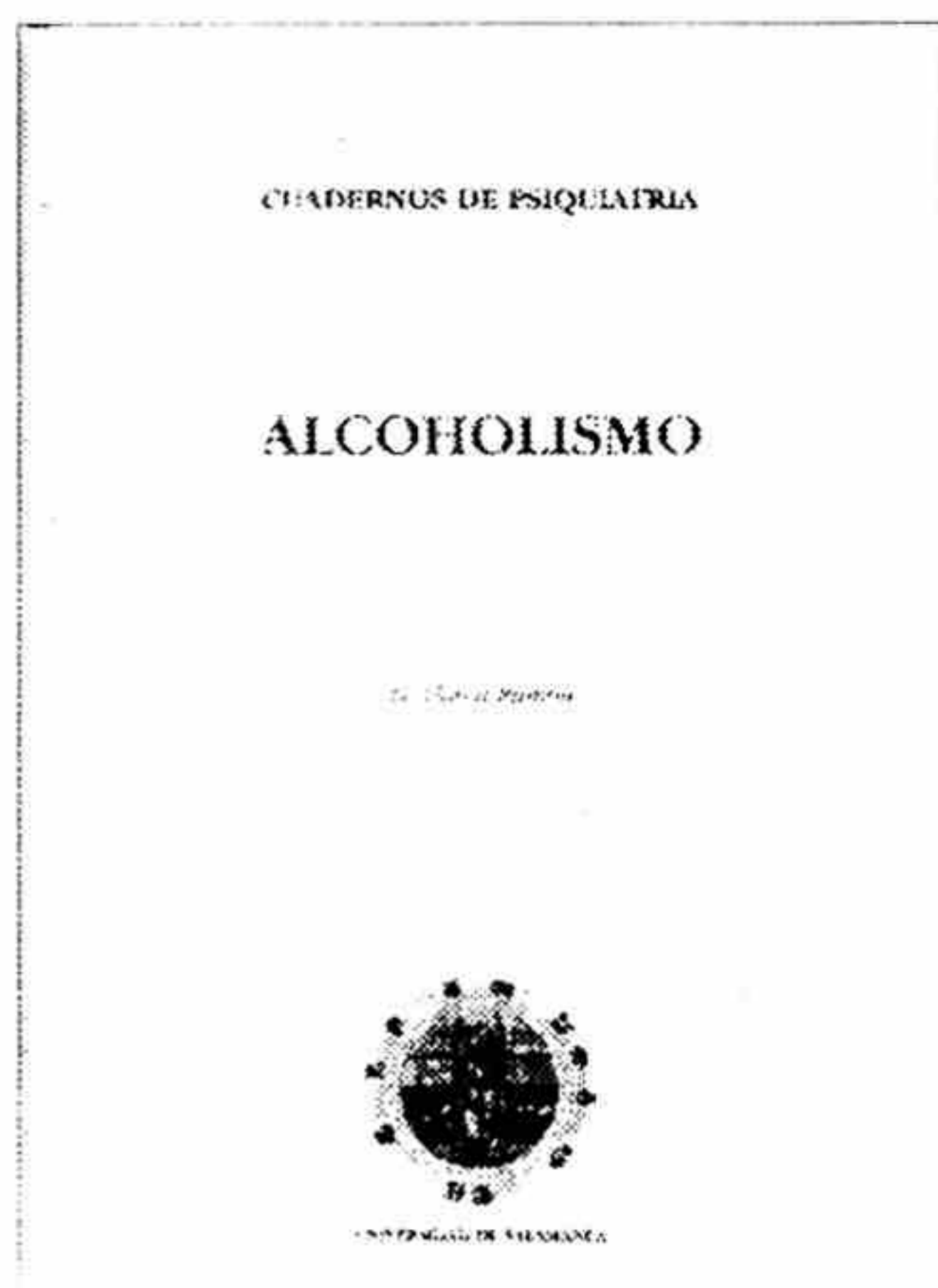
La obra tiene dos partes y dos autores. En la primera se extiende en una amplia exposición de capítulos conceptuales, seguida de otros en los que se hace un amplio recorrido por las distintas especialidades médicas. Su lectura permite reconocer el estilo del Forense y Profesor M. García Blázquez, en el que destaca el perfecto equilibrio entre los conocimientos médicos y jurídicos, respectivamente vocacionales y de erudición, la exhaustividad y el acierto clasificatorio, el constante empleo de ejemplos ilustrativos, el recurso frecuente a la jurisprudencia y a la opinión de los mas autorizados tratadistas y como mas importante la matización de cada caso con la aportación de su experiencia y de su criterio personal.

La segunda parte, que la entendemos complementaria de la anterior, supone el encomiable esfuerzo, anunciado en el prólogo, de exponer con amenidad y la indudable habilidad del Abogado del Estado J. J. Molinos Cobo de separar las muchas veces sutiles barreras de tipos y jurisdicciones, utilizando, además de la doctrina, una larga relación de Hechos y Comentarios.

El carácter con que se presenta la obra de "Manual Práctico" lo hace de inestimable valor para toda la Colegiación médica, para los propios peritos para confrontar opiniones determinadas con las bases teóricas y con visiones paralelas y sobre todo, a nuestro juicio, para los jueces, fiscales y abogados, para ilustrarse médicamente en los casos en que intervienen. La multiplicación incesante de los medios de exploración y del arsenal terapéutico quirúrgico y farmacológico, la variación actitudinal del ejercicio profesional, las distintas vías jurídicas y sobre todo, los nuevos modos de entender la asistencia por sus destinatarios, hacen que la pericia medicolegal diste mucho de cualquier planteamiento simplista. Es mérito de este libro el presentar con claridad la complejidad interprofesional y los extremos de dificultad que pueden presentarse para enjuiciar los actos médicos, y ésta es la principal razón de aconsejar su lectura.

*Dragy*





Alcoholismo. G. Llorca Ramón. 94 pags. Jarpyo Editores, S.A. Madrid 1995.

En la línea de publicaciones de Europharma aparece un nuevo Cuaderno de Psiquiatría, esta vez a cargo de Llorca Ramón et al., profesores de la Universidad de Salamanca. Trata monográficamente el Alcoholismo, patología siempre presente en el objetivo médicoforense, dejando fuera lo referente a sus aspectos puramente preventivos y terapéuticos prácticamente ajenos a lo médico-pericial.

Es de gran interés médico legal, y nunca lo hemos visto tan claramente descrito, el conflicto de identidad que se plantea en el alcohólico por la gran diferencia de ideas y valores entre lo secundario de lo tóxico y lo primario de la personalidad, lo que obliga a caminar detrás de la idea de que no es imposible la curación y dando lugar a un mecanismo de negación, inexistente en otras adicciones, siendo éste el principal escollo de la pericia médico forense, que tiene que basarse en gran medida en la anamnesis.

Otra aportación de esta monografía es añadir a las ya clásicas e imprescindibles clasificaciones de Jellinek y Alonso Fernández, la tipología de Santo Domingo y Llopis de 1963, en la que se valora en cuatro grupos, según la ausencia o presencia de tolerancia, adaptación metabólica, abstinencia, incapacidad de abstinencia y pérdida de control. Son también dignos de mención, por la sencilla exposición, los datos epidemiológicos y etiopatogénicos.

Por último, en materia de diagnóstico, se hace un exhaustivo recorrido por todos los cuadros que comprende el Alcoholismo, que como reconoce el autor, es término clínico difuso cuando no confuso. Se recurre, como ya es norma, a las clasificaciones internacionales, con especial citación a la CIE-10. En este apartado no queremos dejar de hacer notar nuestro criterio, muy personal, de que el moderno rigor clasificatorio encuentra a veces dificultad a la hora de desplazar definiciones que por distintas causas hicieron fortuna y se dejan ligadas a lo anecdótico y unidas con la Medicina Legal, siendo aquí una muestra la referencia del síndrome de Elpenor, por comparación con el compañero de Ulises, aplicable al comportamiento al despertar de la embriaguez en un ambiente no familiar, que puede llevar a la comisión de actos antijurídicos.

*Dragy*



## NORMAS DE PUBLICACIÓN:

Los autores que deseen publicar sus trabajos pueden enviar sus aportaciones a la redacción de la revista en Avda. República Argentina nº 37, 6ºB, 41011 SEVILLA. Se notificará la recepción de los manuscritos que se reciban, entendiéndose que no han sido publicados o remitidos para su publicación en ninguna otra revista. Una vez revisados por dos o más especialistas en la materia, que determinarán la validez y originalidad del contenido, se comunicará la aceptación, rechazo o sugerencia de cambios.

### MANUSCRITOS

Remitir un original y dos copias, a doble espacio en papel blanco DIN A-4, con márgenes de 2'5 cm. Numerar las páginas consecutivamente en el vértice inferior derecho, comenzando por la página de título. Disponga los artículos de acuerdo con los siguientes componentes:

**Página de título:** Incluir en esta página los nombres de todos los autores con los correspondientes grados académicos y afiliaciones, haciendo constar en párrafo aparte si el trabajo ha sido subvencionado total o parcialmente por alguna entidad pública o privada. Hacer constar el autor responsable y la dirección de contacto, preferentemente con teléfono, fax o correo electrónico (mail). Esta página de título será la página nº 1.

**Resumen:** Redacte en una página aparte un resumen de no más de 250 palabras, que debe plantear brevemente el problema, cómo fue llevado a cabo el estudio, los resultados obtenidos y lo que los autores concluyan de esos resultados. Adjuntar una lista de 5 a 8 palabras clave en orden alfabético, que el autor considere de interés para el indexado del artículo, adaptadas a la lista estándar de palabras clave. Las presentaciones de casos y revisiones bibliográficas no necesitan resumen.

**Texto:** A ser posible, desarrollado en los siguientes apartados, comenzando cada uno de ellos en una nueva página:

a) **Introducción:** presentará los objetivos del estudio, resumiendo los razonamientos empleados, sin incluirse las conclusiones del trabajo.

b) **Material y Método:** especificando las pautas de selección de muestras o poblaciones, descripción del método, identificación de instrumentación, fármacos o productos químicos, así como los procedimientos seguidos.

c) **Resultados:** resumiéndose los aspectos más destacados, sin necesidad de repetir los datos ya recogidos en tablas o gráficos, aunque se haga referencia a ellos.

d) **Discusión:** en este apartado se destacarán los aspectos originales o más novedosos del estudio, así como las conclusiones que de él se extraen, contrastando los resultados con otros estudios similares caso que los hubiere.

e) **Conclusiones:** Si se creyese necesario y no hubiesen sido recogidas en el apartado anterior, se relacionarán las conclusiones finales del trabajo, de forma breve, concisa y clara, procurando adaptarse al menor número posible.

f) **Agradecimientos:** En este epígrafe se puede mencionar a todas aquellas personas o entidades el autor/es considere oportuno.

**Citas bibliográficas:** Relacione las citas bibliográficas en una nueva página, numerándolas en el orden que se citan en el texto, donde deberán aparecer referenciadas con números entre paréntesis. Limite las referencias a aquellas que tienen relación directa con el trabajo desarrollado, detallándolas según los siguientes ejemplos:

a) **Artículo de revista:**

Serrano D, Rodríguez C, Ibargüen JJ: Relación entre parámetros hidroelectrolíticos y data de la muerte en la sumersión. Rev Med Legal y For. 1991; 63:19-24.

b) **Libro:**

Cortés MJ: Bloqueo neuronal en anestesia clínica para control del dolor. 2ª ed. Editorial Philadelphia. Zaragoza, 1988. 526-530.

c) **Capítulo de libro:**



Bresler DE, Katz RL: Blood alcohol levels and acute intoxication. En: Perper JA. Forensic Pathology. 1 ed. Edited by Cousins Editors. Lippincott, 1980. pp 651-678.

Ilustraciones y Fotografías: En el caso de fotografías o composiciones fotográficas, remitir dos copias no mayores de 20 x 12 cm, en blanco y negro o color, de la máxima calidad posible y sin grapar, numeradas al dorso con el número con que aparecen en el texto. En el caso de gráficas, imprímalas con la mejor calidad posible. Las leyendas de cada ilustración y fotografía deben agruparse en páginas aparte al final del manuscrito.

Tablas: Numere las tablas en orden consecutivo a su aparición en el texto, con numeración latina. Imprima cada tabla en página aparte.

Unidades de medida y abreviaturas. Todos los datos se expondrán como múltiplos o submúltiplos del Sistema Internacional de Unidades (SI). Deben definirse todas las abreviaturas, excepto aquellas que han sido aprobadas por el Sistema Internacional de Unidades.

Consideraciones legales y éticas: Evite el nombre de personas y números de historias o expedientes. Las personas fotografiadas no deben ser reconocibles a menos que den su consentimiento por escrito. Las tablas o ilustraciones obtenidas de publicaciones anteriores, deben remitirse acompañadas del correspondiente permiso de reproducción, obtenido del autor y editorial.

La redacción de la revista se reserva el derecho de introducir modificaciones en los artículos recibidos, siempre que no alteren el sentido o significado de los mismos, para adaptarlos a las presentes normas de publicación, lo cual se comunicará a la dirección de contacto que se disponga.

Una vez publicado el artículo, la propiedad de los derechos de autor pasarán a la revista.

Soporte informático: Se agradecerá el envío de un disquete de 3 1/2 en formato MS DOS que contenga el manuscrito. Todo el manuscrito debe ser guardado en un único archivo, en el que no es necesario incluir las fotografías remitidas en papel. El disco debe estar etiquetado con el nombre del primer autor, el título o abreviatura de título, nombre del archivo, procesador de textos y versión utilizada (ejemplo: WordPerfect 5.1).



Si quiere recibir algún número atrasado de Cuadernos de Medicina Forense, o suscribirse, recorte y cumplimente el boletín de suscripción adjunto y envíelo a la Asociación Andaluza de Médicos Forenses, en Avda. de la Borbolla nº 47, 41013. Sevilla.

### Boletín de Suscripción a Cuadernos de Medicina Forense

Sí, quiero recibir las siguientes números atrasados al precio de 1.000 pts cada uno, (el precio del nº 4 es de 1.500 pts.): ① ② ③ ④

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

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

Dirección \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

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

Deseo abonar la suscripción (o las revistas atrasadas) mediante:

Talón bancario nominativo, que adjunto a esta solicitud, a nombre de la Asociación Andaluza de Médicos Forenses número \_\_\_\_\_

Domiciliación bancaria (rellenar la autorización bancaria que aparece más abajo).

Transferencia bancaria (adjunto copia de la misma) a la cuenta de la Asociación Andaluza de Médicos Forenses (AAMEFO), en El Monte, Pasaje de Villasís nº 2, 41003 Sevilla.

Nº de cuenta: 2098-0009-08-0133706516

#### Autorización de domiciliación bancaria

Banco \_\_\_\_\_

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

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

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

Clave Banco    Clave sucursal    DC    Numero cuenta o libreta

Cta. corriente

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, 41013  
Sevilla