

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

## Licenciatura en Medicina Humana

*Materia: Medicina Forense*

*Tema: antología de actividades 1ra. Actividad*

*Docente: Dr. Gerardo Cancino Gordillo*

*Alumna: Vanessa Estefanía Vázquez Calvo*

*Semestre y grupo: 5 B*

*Comitán de Domínguez, Chiapas a; 15 de*

*septiembre 2021.*

## DICTAMEN MEDICO

Se conoce también como informe propiamente dicho, informe pericial, experticia o pericia. Es emitido por orden de la autoridad judicial por medio del cual el perito ilustra aspectos médicos de hechos judiciales o administrativos. Es una opinión fundamentada que tiene como objetivos: apoyar, justificar y documentar un hecho o un diagnóstico, siguiendo la metodología necesaria para el caso particular.

La forma en que el perito rendirá su dictamen deberá ser: objetiva, imparcial, concreta, precisa y clara.

Las partes de un dictamen suelen ser: preámbulo, exposición, discusión, conclusión y fórmula final.

- ✂ Preámbulo: se pone el nombre, título y lugar de residencia del perito; autoridad judicial que solicita la pericia; tipo de asunto y nombre de las partes y el objetivo del informe.
- ✂ Exposición: Relatoria de los hechos, relación y descripción de los objetos y personas. También se incluye las técnicas empleadas y los resultados obtenidos.
- ✂ Discusión- Opinión: se evalúa el razonamiento lógico y claro se relaciona lo que estudia con las conclusiones a las que se haya llegado. Se interpreta por razones científicas la opinión del médico.
- ✂ Conclusión: se debe sintetizar la opinión del perito, de modo concreto y breve y categórico.
- ✂ Fórmula final: se pueden utilizar expresiones como "A la disposición del señor juez para cualquier información adicional que considere pertinente" o "Es cuanto puedo manifestar en cumplimiento de la misión que me ha sido encomendada", se incluye la firma del médico.

En el dictamen hay dos subtipos de informes:

1. Aclaración: si algo no queda claro en la explicación ya sea por un uso exagerado de términos científicos.
2. Ampliación: si dejó algo omiso, se puede retomar en este punto y explicar mejor.

Si el perito da información verbal se habla de una declaración.

## EJEMPLO DE FORMATO:

Lic. Hector Valdez R.

Juez Penal de Galeana, N.L.

P r e s e n t e.-

El médico cirujano que suscribe, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, perito médico forense (O la especialidad que se tenga) adscrito a la Procuraduría de Justicia (O nombre de la institución a que pertenezca) hace constar: Que habiendo examinado a NOMBRE DEL PACIENTE sobre las lesiones que presenta; encontró:

---

Se trata de paciente masculino de 18 años de edad, el cual resultó politraumatizado al ser atropellado por vehículo de motor en movimiento, el día 18 de Enero del 2001 siendo trasladado al servicio de urgencias del hospital NOMBRE DEL HOSPITAL, encontrando a su ingreso que presenta pérdida de la conciencia, herida contusa de 4 cm en la región frontal en línea media, así como herida penetrante a ojo izquierdo afectando el contenido del mismo. Al exámen de la cavidad oral se aprecia fractura de porción distal de incisivos centrales superiores.

---

Se le solicitan estudios radiológicos y de RMN, encontrándose lo siguiente: En la Resonancia Magnética una fractura lineal frontal y un edema cerebral severo. En los estudios radiológicos de miembros inferiores: presenta una fractura de fémur derecho en su tercio medio. Se le practicó procedimiento quirúrgico en ojo izquierdo, encontrando herida penetrante escleral que afectó la mayoría de sus estructuras lo cual ameritó vaciamiento del mismo.

---

Son lesiones que por su naturaleza ponen en peligro la vida y tardan más de 15 días en sanar, dejando como secuela una cicatriz perpetua y visible, así como una amaurosis (ceguera) del ojo izquierdo la cual dejará una incapacidad parcial permanente para la visión estereoscópica o de relieve. Para la valoración de lesiones dentales amerita exámen odontológico.....(despedida)

A T E N T A M E N T E

Monterrey , N.L a 19 de Enero del 2001

Dr. José González

Médico Legista

## **DICTAMEN DE LESIONES (PREVIO, EVOLUTIVO Y DEFINITIVO)**

El delito de lesiones personales es uno de los que con mayor frecuencia se cometen en el país, y su dictamen, se considera la solicitud que comúnmente debe resolver el médico legista.

Entendemos por Lesiones: el que cause a otro daño en el cuerpo o en la salud, incurrirá en las sanciones establecidas en los artículos siguientes.

En el código penal tipifica el delito en el Artículo 111 del Título I, "Delitos contra la vida y la integridad personal". Capítulo tercero.

Desde el punto de vista de la medicina forense, se define a las lesiones personales como: "cualquier daño del cuerpo o de salud orgánica o mental de un individuo llamado lesionado, causado externa o internamente por mecanismos físicos, químicos, biológicos o psicológicos, utilizados por un agresor, sin que se produzca la muerte del ofendido".

El dictamen de lesiones personales deberá contener:

1. Anamnesis
2. Naturaleza de la lesión
3. Elemento vulnerable o tipo de arma
4. Incapacidad médico- legal
5. Secuela o consecuencias médico- legales
6. Incapacidad laboral
7. Cuando se requiere un nuevo examen

Entendemos como daño en el cuerpo, a todas aquellas alteraciones que comprometen la integridad anatómica, sean internas o externas.

El daño a la salud se va a presentar cuando se vulnera cualquiera de las funciones orgánicas o mentales, estas se manifiestan clínicamente por signos o síntomas, tales como alteraciones detectables por exámenes paraclínicos cuando se requiera.

La deformidad es la alteración de carácter importante que afecta de manera ostensible de divide en : la forma, la simetría y la estética corporal.

El rostro es la línea de implantación del cuero cabelludo como límite superior, y la región anatómica delimitada por: el reborde del maxilar inferior por su parte inferior y lateralmente por el borde de los pabellones auriculares.

### ANAMNESIS

Se pone la ficha de identificación con todos los datos: nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, procedencia, nacionalidad. Es importante incorporar la mayor información ya que de esta manera nos podremos orientar

en cuanto si es por violencia común, intrafamiliar, accidentes o responsabilidad profesional.

#### NATURALEZA DE LESIÓN

Se considera útil para fundamentar el elemento causal, la incapacidad médico-legal y las secuelas. También nos orienta sobre si las versiones no se contradicen en la evolución de las lesiones en el tiempo, tratamientos efectuados que se pudieron realizar y podremos concluir en un criterio de gravedad o no bien sea el caso.

Es importante tomar en cuenta los siguientes pasos:

Identificación de la lesión, descripción de la lesión y ubicación de la lesión.

Si es por lesiones producidas por proyectil de arma de fuego o arma cortopunzante, además de ubicar la lesión en relación con la posición anatómica, también se anota la distancia desde el vértex y desde la línea media, incluyendo la altura del paciente.

**PREVIO:** el que se emite en forma inicial, posterior a que sucedieron los hechos. En el se clasifica la lesión en forma medicolegal estableciéndose la gravedad de esta, tiempo que requiere para sanar y consecuencias o secuelas.

**EVOLUTIVO:** incluye la evolución clínica de las lesiones, sea de forma adecuada o inadecuada a solicitud de la autoridad competente. Se expedirán tantos dictámenes evolutivos se requieran. Precedido por un dictamen previo. Se concreta señalar estrictamente lo referente a la evolución de las lesiones señaladas en el documento.

**DEFINITIVO:** es emitido cuando las lesiones sanan y se establece si quedara alguna secuela o cicatriz permanente, también se emite cuando el afectado fallece.

## **CERTIFICADO MÉDICO**

El certificado médico es un testimonio escrito acerca de la salud de un paciente. A través del tiempo se ha constituido en una práctica frecuente en los consultorios de especialidades médicas vinculadas a la atención primaria, transformándose en algunos casos, en el objetivo principal de la consulta. La complacencia y la falsedad son algunos ejemplos de manipulación, uso indebido y menosprecio que ha sufrido durante años, con responsabilidad compartida por pacientes y médicos. Con el objetivo de que ayude a generar un espacio de discusión para avanzar hacia un proceder uniforme en la certificación médica; los autores resaltan la importancia de realizarlo con seriedad, manteniendo como objetivo principal el cuidado de la salud del paciente y abordando temas como su obligatoriedad, aspectos formales de su confección y las limitaciones con las que pueden encontrarse los médicos a la hora de asumir esta tarea.

El certificado médico es un testimonio escrito acerca del estado de salud (actual o pasada) de un paciente, que el profesional extiende a su solicitud o a la de sus familiares, luego de la debida constatación del mismo a través de la asistencia, examen o reconocimiento. Existen dos clases de certificados, aquellos que son obligatorios por ley, entre los que podemos encontrar el de defunción, nacimiento, etc., y aquellos llamados simples, que son los que habitualmente redactamos en nuestro consultorio. Las situaciones que llevan a la confección de los llamados Certificados Simples, nos permiten diferenciarlos en: Aquellos que acreditan alguna enfermedad que requiera o no baja laboral.

- Aquellos que acreditan aptitud física o psico-física y son requeridos por una entidad o trabajo. Estos, a su vez, se dividen en dos grupos: Los solicitados previamente al comienzo de alguna actividad laboral o de destreza que requiera la conservación de algunos de los sentidos, cierta capacidad intelectual, movimientos físicos o equilibrio psíquico, y en cuya ausencia se ponga en riesgo al mismo paciente o a terceros. Por ejemplo, manejo de armas de fuego, conducción de automóviles o embarcaciones, docencia, etc. Los solicitados antes de iniciar alguna actividad física deportiva, tanto competitiva como recreativa.

Los certificados, como el de nacimiento y el de defunción, son de confección obligatoria por ley. En el resto de las situaciones y como parte de la relación médico-paciente se establece un contrato tácito, que, si bien no genera un compromiso legal, hace que la extensión del certificado donde se constata la concurrencia del paciente o su enfermedad, sea un deber profesional inherente al propio acto médico. El mismo se extiende a solicitud de la parte interesada, lo cual releva al médico de la obligación del secreto profesional, aunque igual se debe conservar exquisita prudencia acerca de la información que se hace constar. La principal pregunta que debemos hacernos ante la solicitud de un certificado es si corresponde o no su extensión, y acto seguido,

amparados en el principio de la justa causa; si la respuesta es sí, extenderlo, y si es no, negarlo. Existen situaciones donde el profesional de la salud se encuentra amparado por la ley para negarse a extender un certificado: Cuando considera que el diagnóstico enunciado perjudicará al paciente. En este caso el profesional se amparará en el artículo 68 del Código de Ética, excepto que sea requerido con carácter de imprescindible por una autoridad judicial o sanitaria, en cuyo caso revelará la información en forma personal a dicha autoridad profesional, compartiendo el secreto (ej. denuncias de enfermedades infectocontagiosas, accidentes de trabajo).<sup>1</sup> Cuando, a criterio del profesional, pueda ser utilizado con fines ilícitos, o se pretenda acreditar una situación falsa. En este caso el médico se amparará en el artículo 123 del código de Ética que dice:

"...todo médico debe tener el derecho de ejercer y recetar de acuerdo a su ciencia y conciencia..."; quedando eximido de la obligación de extender el certificado.

Características que debe tener un certificado correctamente confeccionado

Para cumplir este requerimiento el mismo debe ser veraz, legible, descriptivo, coherente, documentado, formal y limitado.

#### Veraz

El certificado debe ser reflejo fiel e indudable de la comprobación efectuada personalmente por el profesional que lo expide. El médico, ante las autoridades, es testigo de un hecho (la salud de un paciente) y el certificado, un testimonio del mismo. Cabe aclarar que, si el mismo no se ajusta a la realidad, el profesional se expone a un proceso penal de acuerdo a lo previsto en los artículos 295, 296 y 298 del Código Penal Argentino (certificado médico falso y agravantes) independientemente de las acciones civiles por daños y perjuicios que pudieran corresponder.

#### Legible

Debe estar escrito de puño y letra, con grafía clara o con un formato impreso previamente que permita ser interpretado en su totalidad, evitando abreviaturas, siglas y códigos. La falta de legibilidad o inteligibilidad puede ocasionar una ulterior aclaración ante las autoridades.

#### Descriptivo

Debe constar el diagnóstico que motiva la certificación. En aquellos pacientes en los que a partir del interrogatorio y el examen físico no se pueda llegar al mismo, se recomienda hacer una descripción sindrómica, por ejemplo: cefalea, lumbalgia, síndrome mononucleosiforme, síndrome depresivo/ansioso. De esta manera se evitan las contradicciones de un diagnóstico equivocado. Además, el mismo puede ser leído por personas ajenas a la medicina o formar parte de

un expediente administrativo o judicial, por lo que se recomienda no extenderse en consideraciones científicas, más allá de lo descriptivo. En los casos en los que se requiera de más exámenes complementarios para hacer la certificación se recomienda utilizar la fórmula de la negativa "...al momento del examen no hay evidencias clínicas de alteraciones..." y de esta manera evitar afirmaciones infundadas.

### Coherente

La coherencia debería surgir de la comprobación adecuada efectuada personalmente y de un relato ajustado estrictamente a lo observado en el momento de atender al paciente. Esto, que parece una obviedad, se transforma en la práctica en un error frecuente que se pone en evidencia frente a sucesivos certificados que se contradicen con los anteriores.

### Documentado

El testimonio del médico debe quedar documentado en libro de guardia, historia clínica o ficha de consultorio, de manera tal que fundamente lo expresado en el mismo y ante una eventual investigación judicial, sustente la veracidad de lo certificado.

### Limitado

Esta característica hace referencia a la necesidad de aclarar en el texto del certificado la actividad para la cual se considera apto al paciente, evitando de esta manera que el certificado sea utilizado con fines para los cuales el paciente no está en condiciones.

### Formal

El certificado es un testimonio escrito y requiere un marco acorde al mismo:

- Utilización de papel con membrete (recetario particular o institucional).
- Ser de puño y letra del profesional.
- Estar firmado y sellado.
- Contar con los datos de identificación del paciente (nombre, apellido, documento de identidad, edad, sexo, historia clínica).
- Contar con los datos de expedición: lugar, fecha y hora de expedición del mismo.



## **CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Este documento puede ser expedido por un médico avalado por la Secretaría de Salud, sin importar su especialidad. Lo recomendable es que lo haga el médico tratante del paciente, ya sea de manera particular o dentro del hospital en que fue atendido, en caso de que la persona pierda la vida ahí.

El certificado es gratuito, por lo que las y los médicos no deben cobrar por emitirlo. Sin embargo, sí pueden cobrar los honorarios normales de la consulta si es que la persona murió en casa, o de la hospitalización/atención médica, en caso de fallecer en un hospital particular.

La Secretaría de Salud es la encargada de suministrar y distribuir los certificados de defunción —en original y dos copias— a las personas competentes, es decir, el personal médico avalado. Todos los documentos cuentan con un número de folio para mantener registro de los certificados emitidos. Si la persona fallece en un hospital, este sin duda otorgará (también obtenidos a través de la Secretaría de la Salud) el certificado, ya sea a través de su área administrativa o del último médico que le atendió.

Instructivo para el llenado del certificado de defunción

1. Nombre de el }{la) fallecido(a).

Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre.

4. Entidad de nacimiento.

Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa"

6. ¿Hablaba lengua indígena?

Marque con una "X" la opción -sr en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asumen como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "S".

8. Edad cumplida.

Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, OÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, e l emp10· para desconocido en años anote en

el lugar para años cumplidos. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.

#### 9. Estado conyugal.

Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye, por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".

#### 10. Residencia habitual.

Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido (a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.

#### 11. Escolaridad.

Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el (la) fallecido (a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna"

#### 12. Ocupación habitual.

Anote la ocupación principal, empleo: obrero(a), maestro(a), etc En 12.1 marque la opción "Si" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido ( a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, Jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.

#### 13. Afiliación a los servicios de salud.

Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.

#### 14. Sitio donde sucedió la defunción.

Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).

#### 16. Fecha y hora de la defunción.

Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote 17 09.

18. Se practicó necropsia.

Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).

19. Causa(s) de la defunción.

Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

Parte 1:

En la línea a) Escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia del)", la cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

Parte II: Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la parte 1, ejemplo:

21. Si la defunción corresponde a una mujer de 1 o a 54 años.

Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.

22. Si la muerte fue accidental o violenta.

Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.

22.1. Fue un presunto.

No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción no una afirmación.

22.3. Sitio donde ocurrió la lesión.

Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.

22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a).

Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".

22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.

22.7. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.

25-29. Datos del certificante.

No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la secretaria de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).

30. Fecha de certificación.

Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

BIBLIOGRAFIA:

Alvarado, E. V. (2012). *Medicina Legal*. México: Trillas .