

Certificado-dictamen de lesiones. Estudio de un caso

Certificate-opinion of injuries. Case study

Ismael García Garduza*



RESUMEN

Introducción: El médico clínico debe conocer cómo se deben describir las lesiones y el médico forense, adscrito a la Agencia del Ministerio Público (MP), además, debe saber estructurar el certificado-dictamen de lesiones, aplicando sus conocimientos a través del método científico en el examen de personas (denunciados e imputados) acorde con la forma que se hace en los procedimientos médico-forense y médico-clínico (con base en la propedéutica y la semiología). Su empleo le permitirá identificar, describir, interpretar, diagnosticar y emitir sus conclusiones sobre las lesiones percibidas y en la estructuración del certificado-dictamen. Tales capacidades son fundamentales en el trabajo de cualquier médico forense, no obstante, se dan los casos en los que los certificados-dictámenes se realizan de forma incompleta e inadecuada, por lo que resulta indispensable hacer una revisión de estos procedimientos. Los certificados-dictámenes constituyen una prueba determinante durante las etapas del proceso penal en la investigación de delitos de lesiones; es por ello que la elaboración deficiente de tales certificados-dictámenes puede conllevar tanto a imprecisiones durante la investigación como al descrédito del perito médico forense, así como perjudicar gravemente la interpretación jurídica de las lesiones y, por ende, a los involucrados.

Conclusión: Una de las controversias provocadas por la evidencia médico-forense sobre las lesiones que presenten las personas involucradas en un juicio es su descripción inapropiada, inexacta o que el diagnóstico esté basado en síntomas sin sustento clínico ni apoyado en estudios de laboratorio y gabinete, lo que origina que las conclusiones de peritos y autoridades investigadoras resulten equivocadas al momento de emitir sus dictámenes o resoluciones, respectivamente, afectando con ello la impartición de justicia.

Palabras clave: Certificado-dictamen, propedéutica, semiología, procedimiento médico-forense, lesiones.

ABSTRACT

Introduction: The clinical doctor must know how injuries should be described and the forensic doctor, attached to the Public Ministry Agency, must also know how to structure the certificate-opinion of injuries, applying his knowledge through the scientific method in the examination of people (complainants and accused) according to the way it is done in forensic medicine and medical-clinical procedures (based on propaedeutics and semiology). Its use will allow you to identify, describe, interpret, diagnose and issue your conclusions about the perceived injuries and in the structuring of the certificate-opinion. Such capabilities are essential in the work of any forensic doctor; however, there are cases in which the certificates-opinions are incomplete and inadequate, so it is essential to review these procedures. The certificates-opinions constitute decisive evidence during criminal proceeding for the investigation of crimes by injuries; that is why the poor preparation of such certificates-opinions can lead to inaccuracies during the investigation, as well as to the discredit of the medical-forensic expert, as well as seriously harm the legal interpretation of the injuries and, therefore, those involved.

Conclusion: One of the controversies caused by the medical-forensic evidence on the injuries that the people involved in a trial, is their inappropriate, inaccurate description or that the diagnosis is based on symptoms without clinical livelihoood, or supported by laboratory studies and cabinet, causing that

* Médico Forense y Legista. Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México.

Correspondencia: IGG, ismaelgarciaarduza@yahoo.com.mx

Conflicto de intereses: Ninguno.

Citar como: García GI. Certificado-dictamen de lesiones. Estudio de un caso. Rev CONAMED. 2022; 27(1): 41-52. <https://dx.doi.org/10.35366/104652>

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 28/02/2022.

Aceptado: 01/03/2022.

the conclusions of experts and investigative authorities, are wrong at the time of issuing their opinions or resolutions, respectively, affecting the imparting of justice.

Keywords: Certificate-opinion, propaedeutic, semiology, medical-forensic procedure, injuries.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de la descripción de lesiones por el médico clínico es necesario, así como la estructuración del certificado-dictamen de lesiones por parte del médico forense, porque ambos pueden constituir datos de prueba necesarios que, junto con otros, permitirán al Ministerio Público conocer la existencia de un hecho de lesiones que pudiera ser constitutivo de un delito.

La evaluación e interpretación de los signos y síntomas percibidos o referidos en/por la persona examinada, depende de realizar una breve historia clínica y un examen físico apropiado, así como documentar los hallazgos de manera contemporánea, clara, objetiva e inequívoca. Al igual que en la medicina clínica, en la medicina forense la ejecución del método científico será con base en la propedéutica, la semiología y el procedimiento médico-forense.

Por consiguiente, los certificados-dictámenes deben proporcionar una captura de la palabra hablada y de los hallazgos del examen que permitan la recopilación de indicios y evidencias, indagando en los estados de salud físico y mental de la persona, y en caso de encontrar lesiones, éstas deberán darse a conocer especificando sus características. Debido a que en algunos estudios periciales que solicitan posteriormente abogados particulares o el MP, como por ejemplo la forma y el momento aproximado en que se produjeron las lesiones, los peritos deben apoyarse en el contenido de esos documentos, por lo que resulta imperativo que las descripciones realizadas en ellos sean completas y comprensibles para todos.

La capacidad de certificar, dictaminar y documentar lesiones de manera adecuada es elemento importante del trabajo de cualquier médico forense; sin embargo, en algunas ocasiones la realizan de forma incompleta e inadecuada. Por consiguiente, es indispensable hacer una revisión de estos procedimientos para evitar deficiencias graves que, no sólo desacreditan al perito y a la especialidad, sino

que también pueden perjudicar la interpretación jurídica de las lesiones y a los involucrados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Caso médico-forense

1. Antecedentes

1.1. Declaración de la denunciante, 18 de agosto de 2019, ante el Agente del Ministerio Público:

... deseo denunciar violencia familiar cometida en mi agravio y en contra de mi pareja; con fecha 15 de agosto de 2019, siendo aproximadamente la una y diez de la madrugada estando en mi domicilio acompañada de mi pareja, ésta me pidió que le enseñara mi teléfono celular, se lo entregué, pero por antecedente de una discusión pasada y de un maltrato anterior, me dirijo a la salida y cuando estaba abriendo la puerta, mi pareja me agarró de la cintura y me giró arrebatándome mi bolsa y las llaves del coche, me tomó de los hombros y me arrojó al sillón, caí de espaldas y él se subió encima de mí poniéndome las rodillas a los lados y me tapó la boca con ambas manos, abarcando el total de mi mandíbula, boca y nariz, apretándome tan fuerte que el interior de mis labios se cortaron con mis dientes dejándome sin respirar varios momentos, forceje [sic] con él para librarme durante 25 minutos, pero no me soltaba y yo seguía gritando, eso lo desconcentró y logré pararme, agarró mi teléfono y alcanzó a marcar a uno con los que supuestamente lo engañaba y cuando salió la llamada fue que yo corrí por las escaleras dos niveles a la azotea, él me persiguió y en la terraza forcejeamos, me tenía inmovilizada, abrazándome y logré safarme [sic] y brinqué a un domo de cristal y salté a la casa de al lado que estaba habitada, ahí le pedí ayuda a mi vecina y llamé a una patrulla, y hasta que mi pareja escuchó la sirena fue que le entregó mi celular a mi vecina...

1.2. Escrito de fecha 24 de septiembre de 2019, firmado por la denunciante, en el que asentó:

... Por este escrito quiero narrar otros antecedentes que dan cuenta de la conducta agresiva y violenta de mi pareja.

El lunes 22 de julio de 2019 a las diecinueve horas ocurrió lo siguiente en mi domicilio:

Mi pareja en un arranque de ira me mantenía sometida azotándome en la cama y aventándome contra la cabecera, me jalaba por la cintura para azotarme o me inmovilizaba apretándome muy fuerte las muñecas. Al principio intenté salirme un par de veces, pero él me volvía a aventar a la cama. En algún momento se subió encima de mí, comenzó a ahorcarme (aproximadamente tres o cinco segundos) y me soltó azotándome contra la cabecera de la cama y empezó a apretarme la mandíbula, lo hacía tan fuerte que las lágrimas se me salían del dolor.

1.3. Certificado de estado psicofísico, de fecha 18 de agosto de 2019, a las 16:35 horas. Suscrito por la doctora de la agencia del MP en turno, en el que asentó:

... presenta dos excoriaciones con costra hemática puntiformes de 0.3 centímetros en región geniana izquierda, dos laceraciones puntiformes en mucosa labial superior a la derecha de la línea media y cuatro a la izquierda de la línea media, así como dos a nivel del carrillo derecho, equimosis violácea irregular de 5 x 4 centímetros en cara anterior tercio distal de muslo derecho, y de 2 x 1 centímetros en cara anterior tercio medio de pierna izquierda, se envía a Cirugía Maxilofacial y Traumatología y Ortopedia, ya que presenta dolor a nivel mandibular y de cuello, así como parestesias a nivel mandibular lado izquierdo.

1.4. Nota médica de urgencias del hospital, fecha 20 de agosto de 2019:

... Paciente femenino de 39 años, enviada de MP por sufrir agresión, con traumatismo facial y cervical, presión con ambas manos en cara e intentos de ahorcamiento; golpes contra muebles, piso y

pared. Presenta dolor y parestesias en mandíbula, cuello y cefalea.

IDx: traumatismo facial + traumatismo columna cervical.

1.5. Nota de valoración del Servicio de Ortopedia, de fecha 20 de agosto de 2019:

Paciente femenina de 39 años de edad, acude por agresión física, refiere el día 15.08.19 aproximadamente a las 01:10 horas, ser impulsada al suelo y sufrir presión a nivel de cuello, así como carga a nivel de mandíbula, lo que le ha provocado dolor en dichas regiones, a la exploración física: leve contractura muscular a nivel de trapecio derecho. RX: AP y lateral de columna cervical en la cual se observa adecuada visualización de espacios intervertebrales. IDX. Cervicalgia postraumática.

1.6. Dictamen de fecha 04 de febrero de 2021, por especialista en Medicina Forense, de la Procuraduría General de Justicia.

CONCLUSIÓN

Las lesiones que presentó la denunciante son producidas por objeto duro de bordes romos en mecanismos de contusión. Para producir las equimosis violáceas irregulares en muslo derecho y pierna izquierda, en mecanismo de contacto y deslizamiento de objeto duro produciendo las excoriaciones en región geniana, por mecanismo de presión sobre una superficie dura produciendo las laceraciones en mucosa oral y ambos labios. No descartando como se refiere sean armas naturales como mano, uñas y pies calzados como los objetos vulnerantes pues se consideran objetos de estas características. La cervicalgia post traumática referida en Nota Médica, ocasionada por movimientos forzados del grupo muscular del cuello, en maniobras del forcejeo y resistencia.

Las lesiones que presentó la denunciante son lesiones que tardan en sanar menos de quince días.

Por las características descritas en las lesiones, éstas tienen una temporalidad menor a tres días de haberse producido, por lo que sí son contemporáneas a los hechos.

2. Comentarios

2.1. Con respecto a lo declarado por la denunciante como:

... me tapó la boca con ambas manos, abarcando el total de mi mandíbula, boca y nariz, apretándome tan fuerte que el interior de mis labios se cortaron con mis dientes y dejándome sin respirar por varios momentos.

Supuestamente correspondería con lo descrito en el certificado-dictamen de fecha 18 de agosto de 2019, así:

Dos laceraciones puntiformes en mucosa labial superior a la derecha de la línea media y cuatro a la izquierda de la línea media y dos a nivel del carrillo derecho.

Al respecto, el término laceración [*laceration*] se traduce como: herida habitualmente pequeña, de un órgano o tejido.¹

De modo que la descripción efectuada por la doctora correspondería a «heridas puntiformes» (en forma de punto) localizadas en la mucosa oral (boca); en este sentido, se deben especificar los cambios que se observaron en la lesión para establecer su tiempo de evolución, elemento que es importantísimo en el presente caso, ya que dicho examen se realizó tres días después de que presuntamente sucedió el hecho denunciado, por lo tanto, resulta necesario establecer la congruencia entre el día en que se infligieron las lesiones y el estado en que se encontraron y así el MP pueda afirmar que el imputado las infligió, como ella lo aseveró.

A continuación se describirán los cambios secuenciales en una herida en la mucosa oral:

Comparado con la reparación de heridas cutáneas, las heridas orales tienen una respuesta de cicatrización más embrionaria, sin cicatrices, con una menor inflamación, una reepitelización más rápida y cicatrización acelerada. Generalmente, la cicatrización sigue las mismas fases que las heridas cutáneas, sin embargo, es diferente en algunos aspectos, como el ambiente externo húmedo, la presencia de saliva y diferentes fenotipos celulares. Estudios han demostrado que diversos linajes de fibroblastos contribuyen a la cicatrización de

heridas en la piel y la boca. Los fibroblastos gingivales son más eficaces para remodelar el tejido conectivo que los fibroblastos dérmicos.²

La cicatrización de heridas implica cambios celulares coordinados que incluyen sangrado y coagulación, respuesta inflamatoria, regeneración y remodelación. Inmediatamente después de la lesión, se produce la coagulación y la hemostasia en la herida.

Luego, sigue la fase inflamatoria humoral y celular para establecer una barrera inmune frente a los microorganismos invasores. Se divide en dos fases: fase inflamatoria temprana y tardía. La primera comienza durante la fase tardía de la coagulación, lo que lleva a la infiltración del sitio de la herida por neutrófilos, cuya función principal es prevenir la infección. Los neutrófilos comienzan a ser atraídos al sitio de la herida dentro de las 24 a 36 horas posteriores a la lesión. En la fase tardía, 48-72 horas después de la lesión, aparecen macrófagos y continúan el proceso de fagocitosis; las últimas células en ingresar al sitio son los linfocitos, atraídos 72 horas después de la lesión.

En la fase proliferativa, fibroblastos y miofibroblastos en el tejido circundante son estimulados para proliferar los primeros tres días. Al final de la primera semana, la matriz extracelular se acumula, apoyando la migración celular, lo cual es esencial para el proceso de reparación.³

De acuerdo con lo anterior, la doctora que exploró a la persona tres días después de la supuesta agresión tuvo que haber observado edema y enrojecimiento de las lesiones y al no describirlo no es posible determinar que éstas fueron infligidas el día 15 de agosto de 2019.

Además, se determina que las lesiones descritas no se relacionan con la mecánica argumentada por la denunciante, ya que al ser puntiformes, esto se refiere a heridas en forma de punto, que sólo pueden ser producidas por objetos o instrumentos punzantes (con punta) y no por los incisivos, los cuales presentan un borde cortante y hubieran ocasionado lesiones lineales y del tamaño de esos dientes, ya que por su localización (a ambos lados de la línea media), se encontraban a nivel de estas piezas dentarias; las encontradas en el carrillo derecho, que correspondería a la mejilla, donde se ubican los molares o premolares, éstos tienen bordes romos, en consecuencia, tampoco pueden producir lesiones puntiformes.

Aunado a lo anterior, no existió un posible mecanismo de asfixia como lo declaró la denunciante: *dejándome sin respirar por varios momentos* (porque según esta descripción correspondería a una asfixia por sofocación, que denota una obstrucción intencional, con las manos, de los orificios respiratorios [nariz y boca], con un impedimento para la respiración),⁴ ya que no se encontraron alteraciones en la mucosa oral ni en la cara.

2.2. Lo descrito en el certificado-dictamen como *dos excoriaciones con costra hemática puntiformes de 0.3 centímetros en región geniana izquierda*:

Una excoriación (o un roce) es una lesión superficial que involucra sólo las capas externas de la piel y no penetra en todo su espesor. A menudo resultan del movimiento de la superficie de la piel sobre una superficie rugosa o viceversa que fricciona la epidermis, originando su desprendimiento. Exudan suero, pero también pueden sangrar porque rompen vasos sanguíneos que se encuentran por debajo de la epidermis. Los objetos puntiagudos que no cortan pueden causar excoriaciones puntiformes.

Las excoriaciones suelen ser de color marrón rojizo y se endurecen para formar una costra, que es el signo clínico de estas lesiones; ésta se organiza durante un periodo de días antes de desprenderse para dejar una superficie rosada, generalmente intacta.⁵ Su descripción debe incluir: forma, dimensiones, color, ubicación, asociación con otras lesiones, presencia de material extraño y existencia de reacciones vitales (hemorragia, coagulación, tejido de granulación) y características de la costra.

La costra consiste en sangre coagulada; su apariencia histológica es de valor en determinar la edad de la excoriación, está compuesta de células rojas y fibrina, pero la infiltración de leucocitos, fibras de colágeno dañadas y el epitelio necrótico son los constituyentes más importantes. En alrededor de 8 horas, la capa superficial de la costra es claramente perceptible como una zona de infiltración polimorfonuclear, justo debajo de la superficie de la excoriación. A las 12 horas esta zona es claramente demarcada en su totalidad y la excoriación consiste en tres capas: 1. La zona superficial de fibrina y células rojas (o epitelio comprimido en el caso de

excoriaciones por calcado); 2. Una zona profunda de infiltrado polimorfonuclear, tejido necrótico con núcleos picnóticos; 3. La capa más profunda de la zona dañada, con manchas de colágeno en la zona reticularis. Durante un periodo de 12-48 horas la zona más profunda llega a estar progresivamente infiltrada por leucocitos polimorfonucleares y en 48 horas está muy claramente demarcado el colágeno sobreviviente de la zona reticularis. Para el momento en que la costra está bien formada (a las 48 horas), la regeneración es evidente en el epitelio, en los bordes de la excoriación y en las células epiteliales de los folículos sobrevivientes en el área central de la excoriación. El crecimiento epitelial se ha visto de manera temprana, aproximadamente en 30 horas en raspones superficiales y es claramente visible en el tercer día.^{4,6,7}

Una vez formada la costra se debe describir: localización, extensión, forma, si es plana o prominente, coloración (roja clara, roja marrón, roja-negrucza o negra), consistencia (suave, dura) o si estaba en periodo descamativo.⁴

Es necesario conocer los cambios en las equimosis para considerar aquellos que se observan en las heridas y excoriaciones cutáneas. El envejecimiento histológico, que se basa en estos cambios, por lo general seguirá un orden definido y se puede dividir en tres etapas:⁸

1. Fase inflamatoria (uno a tres días después de la lesión): respuesta vascular, hemostática y celular.
2. Fase proliferativa (hasta 10 ± 14 días después de la lesión): regeneración del tejido epitelial y conectivo.
3. Fase de reorganización o remodelación (varios meses después de la lesión).

Los elementos descritos servirán al médico forense para determinar el momento en que se produjeron, causa y mecánica de producción de la lesión, que servirán para que la autoridad pueda vincular al imputado con el delito. Sin embargo, en el certificado-dictamen emitido por la doctora, sólo se estableció la presencia de excoriaciones sin efectuar la semiología, porque, para ese momento, debería haber una costra con ciertas características (color roja clara a roja marrón o roja oscura, consistencia aún suave y plana), lo que impide

establecer su tiempo de evolución y conocer si fueron ocasionadas durante el hecho en estudio.

2.3. Con respecto a las equimosis descritas en el certificado-dictamen:

En las lesiones por instrumento contundente (objetos sin punta ni filo, con bordes romos),⁴ el cuerpo puede moverse hacia el objeto o el objeto hacia el cuerpo, y un golpe puede causar lesiones que dependen de numerosos factores como fuerza, ubicación y superficie de impacto; inicialmente origina la presencia de los signos y síntomas generales de la inflamación (calor, rubor, dolor, tumor e impotencia funcional).⁹ El tamaño de una lesión es fácil de determinar, se utiliza una regla y se registra en centímetros o milímetros. También debe describirse la forma, términos simples como: circular, triangular, en forma de V, de media luna o puntiforme expresan mejor esta característica, pero si la forma de la lesión es irregular o compleja, entonces posiblemente sea más fácil registrar esta característica en una gráfica corporal.¹⁰

La violencia física es, por lo regular, proveniente de energías mecánicas. Éstas están representadas por los agentes vulnerantes (manos, pies, dientes), otros medios (caídas), etcétera. Las equimosis se forman por la aplicación de una fuerza (presión, tracción o succión);¹¹ son los hallazgos traumáticos más comunes, resultantes de un golpe o compresión del tejido y posterior ruptura de los vasos sanguíneos sin que se dañe la piel.

Debido al impacto de la fuerza, pequeños vasos sanguíneos se rompen en la piel y la sangre se extravasa al tejido conectivo circundante. Además de los signos iniciales de una lesión, los eritrocitos fuera de los vasos sanguíneos activan la respuesta inflamatoria del organismo, por lo que se produce rápidamente un aumento de volumen en el campo de sangrado y un cambio de coloración en la piel.

Se deben cumplir tres criterios para crear una equimosis. El primero es la fuerza que actúa sobre la piel; eso hace que los vasos sanguíneos se rompan, sin alterar la integridad de la piel. El segundo es la presión arterial, que debe ser la suficiente para permitir la extravasación de la sangre. El tercero es la ubicación del campo de sangrado. La sangre debe extravasarse suficientemente cerca de la

superficie de la piel para ser detectada. Son lesiones frecuentes y la determinación de su momento de producción es uno de los datos más buscados por los exámenes forenses, especialmente cuando se trata de casos de abusos.¹²

En este contexto, es importante distinguir una contusión intencional (abuso) de una que ocurre por accidente o aquellas que son autoinfligidas. Las contusiones pueden indicar agresión cuando se localizan donde las lesiones accidentales son raras. Experimentan alteraciones de color con el tiempo, a esto se le denomina «espectro de colores de las equimosis de Legrand du Saulle».¹³ El color rojo y morado puede aparecer dentro de la primera hora después de las lesiones, mientras que el color verde puede aparecer pocas horas después. El color amarillo comenzó a notarse a las 18 horas o más después de las lesiones. Este hallazgo apoyó el estudio anterior de Langlois NE y Gresham GA a pesar de que el estudio de Scafide KR y colaboradores mostraron que el color amarillo comenzó a observarse a las 24 horas. Además, éste se reconoció, de manera inicial, en el borde de la herida en la mayoría de las lesiones. Luego, esta coloración fue la principal detectada entre los días 3-5 y podría persistir durante 14 días. En general, en cada lesión se suele detectar la mezcla de diferentes colores. El estudio de Duangta Dulabutr reveló que el color amarillo comenzó a notarse a las 18 horas o más después de las lesiones. Este hallazgo apoyó el estudio de que particularmente en el borde de la herida debería ser útil en la interpretación de las contusiones.¹²

El tiempo mínimo en que el color amarillo se puede notar fue 18 horas después del momento de las lesiones. El amarillo comenzó a observarse en el borde de las heridas y se hizo evidente en las contusiones al menos entre los días tres y cinco, particularmente en las contusiones de pequeño tamaño ($\leq 25 \text{ cm}^2$). El color amarillo fue el hallazgo clave para la datación de las lesiones y debe determinarse en el examen de las contusiones.⁸

Asimismo, la variedad y secuencia de presentación de colores expresada por diferentes autores es la siguiente:¹³

Capms: rojo, inmediatamente; morado o púrpura oscuro/negro, poco tiempo después; verde, cuatro a cinco días.

Glaister: violáceo, inmediatamente; azul, tercer día; verde, cinco a siete días.

Polson y Gee: rojo/oscuro, rojo/negro, menos de 24 horas; tinte verdoso, alrededor del día siete.

Smith y Fiddes: rojo, inmediatamente; morado/negro, poco tiempo después; verde, cuatro a cinco días.

Vargas Alvarado: rojo negruzco en los primeros tres días (hemoglobina); azuloso desde el cuarto al sexto día (hemosiderina).

En otro estudio, el morado, azul, gris y marrón fueron los colores que se dieron desde el momento de la lesión hasta dos semanas después. Se pintó azul en cinco de 37 equimosis con una semana de vida y en uno con más de una semana de edad. El rojo se atribuyó sólo a fotografías de lesiones de una a menos de una semana de edad (15 de 37 hematomas). El amarillo no se observó en fotografías con menos de un día, pero se puntuó en 10 de 42 equimosis con más de un día. Además, el verde no se presentó en las fotografías de lesiones con menos de dos días; sin embargo, se observó en nueve de 32 lesiones con más de dos días de edad. Diferentes colores pueden estar dentro de una misma equimosis; sin embargo, el color rojo está fuertemente relacionado con las contusiones recientes y el verde, azul y amarillo con las más antiguas.¹¹

Acorde a lo descrito por los autores, el color violáceo únicamente lo describió uno de ellos, determinando que se presenta de manera inmediata a ser producida la equimosis, situación que indica que al momento de ser explorada físicamente la denunciante por la doctora, al haber determinado que eran violáceas, sin mencionar el color amarillo que conforme a la bibliografía el tiempo mínimo para notar su presencia es de 18 horas, no se observó con menos de un día y se observó al menos de tres a cinco días, por lo que se puede deducir que las lesiones se produjeron en un periodo de tiempo menor a tres días y de acuerdo a su localización y coloración (*en cara anterior tercio distal de muslo derecho, y de 2 × 1 centímetros en cara anterior tercio medio de pierna izquierda*) pudieron ser de origen accidental, autoinfligidas o producidas por terceras personas, no obstante, se descarta la última posibilidad porque la denunciante nunca mencionó que el supuesto agresor le ocasionara golpes directos en esas zonas y se puede

establecer que tenían un tiempo aproximado de menos de 24 horas.

2.4. Con relación a la nota médica de urgencias del hospital, de fecha 20 de agosto de 2019, a las 16:44 horas:

... Paciente femenino de 39 años, enviada de MP por haber sufrido agresión, con traumatismo facial y cervical, refiere presión con ambas manos en cara, así como intentos de ahorcamiento y golpes contra muebles, piso y pared. Actualmente refiere dolor y parestesias en cara y dolor en cuello y cefalea.

Aunado a la valoración por el Servicio de Ortopedia de fecha 20 de agosto de 2019:

... Paciente femenina de 39 años de edad, acude por referir agresión física, al ser impulsada al suelo y sufrir presión a nivel de cuello, así como carga a nivel de mandíbula, lo que le provocado [sic] dolor tolerable en dichas regiones, a la exploración física: cuello leve contractura muscular [sic] a nivel de trapecio derecho. RX: AP y lateral de columna cervical en la cual se observa adecuada visualización de espacios intervertebrales. IDX. Cervicalgia postraumática.

Es necesario mencionar que la denunciante, en su declaración inicial sobre los hechos del 15 de agosto de 2019, no hizo alusión a maniobras de ahorcamiento, ni se las mencionó a la doctora de la agencia y sólo las refirió cuando declaró sobre ataques en el mes de julio en su escrito de fecha 24 de septiembre de 2019, y se las comentó a los médicos del hospital, como: «intentos de ahorcamiento» y «presión a nivel del cuello».

Al respecto, el «ahorcamiento» que supuestamente le infligió el imputado correspondería a maniobras de estrangulamiento, que consiste en la compresión del cuello por una fuerza activa⁴ (en este caso, las manos). Mientras que el ahorcamiento implica que el peso corporal de la víctima es el que ejerce la presión en su cuello para ocasionar la asfixia. Motivo por el cual es necesario referir los signos y síntomas que se pueden observar cuando sucede un intento de estrangulación:

Los casos de estrangulamiento no fatal suelen ser relacionados con agresiones violentas, incluida la violencia doméstica. Las preguntas esenciales en estos casos son la severidad de la agresión y peligro potencial para la vida. Además de exámenes clínicos, las imágenes radiológicas pueden ayudar a la evaluación de la gravedad del atentado al revelar lesiones internas.

Plattner y colega determinan los hallazgos externos y síntomas subjetivos en cuatro categorías: 1. Lesiones cutáneas superficiales: hiperemia, excoriaciones y equimosis; 2. Signos y síntomas subjetivos indicativos de hematomas faríngeos y laríngeos o hinchazón: palpación dolorosa, ronquera y dolor de garganta; 3. Hemorragias petequiales en conjuntivas, mucosas superficiales y piel facial; 4. Síntomas subjetivos indicativos de hipoxia cerebral: pérdida del conocimiento o pérdida de orina.

Las petequias son el único hallazgo objetivo de estrangulamiento. Se determinó que las petequias, como un indicador de la intensidad del asalto, deben combinarse con los hallazgos de las otras categorías de signos. Plattner y su colega especularon que las imágenes radiológicas pueden contribuir al examen clínico externo de la evaluación del estrangulamiento.¹⁴

Cuando existe un intento de estrangulación, según Hasan Abedr-Rahman H y su equipo,¹⁵ las lesiones pueden incluir: enrojecimiento del cuello; marcas de rasguños en el cuello (de la víctima que intenta quitar las manos de su atacante); hematomas en la huella del pulgar; petequias (manchas rojas) en los ojos o en la piel del cuello, la cabeza y cara; inflamación en la piel del cuello y voz ronca.

Además, el policía y el médico que exploran pueden escuchar la voz de la víctima como ronca o, incluso, puede perder la voz por completo. Otros signos de estrangulamiento son: desmayo o pérdida del conocimiento, pérdida del control de sus intestinos o vejiga, dificultad para respirar, cambios de comportamiento inusuales, zumbido en los oídos o incluso pérdida de audición, así como dolor de cabeza. Por otra parte, se puede detener el flujo de sangre al cerebro ocluyendo la arteria carótida, la vena yugular o la tráquea, lo cual provocará que la víctima quede inconsciente en unos 10 segundos.

Los síntomas de estrangulamiento pueden incluir: dolor de cuello; dificultad para tragar o tos; voz ronca; incontinencia de vejiga o intestino;

sensación de aturdimiento, mareos, dolor de cabeza o pérdida del conocimiento; cambios auditivos o visuales, convulsiones y dificultad para respirar.

Los signos de estrangulamiento incluyen: hematomas petequiales sobre el sitio de aplicación de la fuerza, es decir, en la cara, alrededor de los ojos, párpados, en la mucosa oral y el paladar; inflamación de cara, lengua; equimosis o excoriaciones en el cuello; excoriaciones causadas por las uñas del agresor o la víctima que intenta quitarse fuerza, presión; pueden observarse hemorragias petequiales en las membranas mucosas conjuntivales y la piel proximal a la oclusión cuando aumenta la presión venosa.

Toda esta información proporciona a los peritos y abogados elementos en caso de supuesta violencia doméstica con intentos de estrangulación, asimismo, ayuda al médico forense a formarse un criterio de los hallazgos y auxiliar a la autoridad en sus decisiones jurídicas.

Lo aludido es porque existen contradicciones en lo declarado por la denunciante y lo que ella les refirió a los médicos del hospital con relación a cómo le produjeron las supuestas lesiones, al describir: *refiere presión con ambas manos en cara, así como intentos de ahorcamiento y golpes contra muebles, piso y pared*; información que no manifiesta en su declaración inicial, lo cual permite especular que exageró el hecho y la mecánica de lesiones. Y, de acuerdo con lo referido a los médicos del hospital, sobre un supuesto intento de «ahorcamiento» que, se trataba de estrangulación, no se encontraron lesiones que sustenten esas maniobras. Tampoco se describen alteraciones radiológicas efectuadas en el hospital, sólo se diagnostica «cervicalgia postraumática», que significa dolor a nivel de la columna cervical (cuello).

Asimismo, las sensaciones anormales como *dolor en mandíbula y cuello, así como parestesias en cara lado izquierdo y cefalea y sufrir presión a nivel de cuello, así como carga a nivel de mandíbula, lo que le ha provocado dolor tolerable*, se basan únicamente en síntomas, los cuales se definen como cualquier fenómeno anormal o sensitivo percibido sólo por la persona y, por lo tanto, es un dato subjetivo que carece de valor médico-forense, en consecuencia, no son necesariamente apropiadas para una evaluación objetiva.

Para concluir, en el presente caso no existieron evidencias médico-clínicas ni radiológicas sobre esta mecánica argumentada por la denunciante.

2.5. En relación al dictamen en medicina forense, de fecha 4 de febrero de 2021, sobre mecánica de lesiones, se puede afirmar:

La mecánica de lesiones es el estudio de los movimientos, fuerzas, efectos y reacciones que interactúan entre la víctima y el victimario al momento de producirse una lesión.⁴

Se efectúa especificando cómo se produjo cada una de las lesiones, se formula una hipótesis fundamentada técnica y científicamente sobre las lesiones certificadas, se relaciona la información bibliográfica con los hallazgos, por lo que previamente resulta necesario describir las alteraciones que originan una lesión en el cuerpo humano después de haber sido infligida y cómo evoluciona en el tiempo para su curación, con la finalidad de establecer con fundamento el momento aproximado en que fueron ocasionadas y, con ello, poder determinar cómo se produjeron y si están relacionadas con el hecho en estudio, para de esta manera establecer conclusiones sustentadas.

Sin embargo, este médico sólo se limitó a transcribir de una bibliografía qué son las lesiones por contusión sin haber descrito los cambios anatómicos y fisiológicos que se producen con los agentes vulnerantes que pueden ocasionar este tipo de lesiones y sin aplicar la información al caso en concreto, determina una mecánica de lesiones de manera general sin haber analizado el tipo de lesiones descritas en el dictamen-certificado médico-forense del día 18 de agosto de 2019, que tanto las equimosis como las excoriaciones y laceraciones en mucosa oral fueron producidas por mecanismo de contacto y deslizamiento, y mecanismo de presión sobre una superficie dura, produciendo las laceraciones en mucosa oral, resultando difícil que haya sido así, puesto que para que lleguen a ocasionar un daño en la mucosa por esta mecánica, tuvieron que ocasionar alteraciones en la cara y labios, las cuales no estuvieron presentes. Además, da valor a una cervicalgia, que es un síntoma.

En segundo lugar, determina que las lesiones tienen una temporalidad menor a tres días, por lo que son contemporáneas a los hechos, sin

fundamentar su afirmación, por lo que su dictamen sólo se basa en su dicho. Motivo por el cual se puede afirmar que es un dictamen que no sirve para auxiliar de manera certera a la autoridad y ésta pueda determinar que existió el hecho, que se trata de un delito y que el imputado participó en su comisión.

2.6. Llama la atención tres actos realizados por la denunciante que deben ser reflexionados:

1. ¿Debido a qué, no acudió inmediatamente al médico o a la agencia del MP para hacer su denuncia el día 15 de agosto de 2019 y lo hizo tres días después del hecho?
2. ¿Cuál fue la razón por la que asistió a valoración médica al hospital hasta el día 20 de agosto de 2019?
3. ¿Por qué exageró el hecho y la forma en que fue agredida con los médicos del hospital?

Estas formas de actuar de la denunciante permiten corroborar que los síntomas que ella manifestó no existieron, porque de ser así hubiera acudido inmediatamente para su valoración médica y tratamiento desde el primer momento en que supuestamente se produjeron.

3. Conclusiones

- 3.1. La denunciante presentó lesiones que fueron certificadas por la doctora de la agencia del MP el día 18 de agosto de 2019, tres días después de que supuestamente sucedió el hecho denunciado.
 - 3.1.1. Las lesiones consistieron en laceraciones (heridas), excoriaciones y equimosis que no fueron descritas correctamente, lo que impide conocer el momento en que fueron producidas y vincularlas con el hecho en estudio.
 - 3.1.2. En consecuencia, tampoco se puede sustentar una posible mecánica de asfixia, como lo declara la denunciante.
 - 3.1.3. Con respecto a las equimosis descritas, de acuerdo con su localización, pudieron ser accidentales o autoinfligidas. Por su coloración violácea tienen un tiempo aproximado de producción de menos de 24 horas. En consecuencia, se puede determinar

que no están relacionadas con el hecho en estudio.

- 3.1.4. Todas estas lesiones son de las que tardan en sanar menos de quince días.
- 3.2. Con relación a las supuestas maniobras de «ahorcamiento» que la denunciante refirió haber sufrido: se establece que no existen indicios o evidencias clínicas, radiológicas ni médico-forenses para determinar su existencia.
- 3.3. En el estudio del caso se observaron actos por parte de la denunciante que permiten afirmar que los síntomas que manifestó en su examen médico-forense y médico-clínico no existieron.
- 3.4. No existen elementos médico-clínicos y médico-forenses para establecer que le hayan ocasionado lesiones a la denunciante el día 15 de agosto de 2019.
- 3.5. El dictamen de mecánica de lesiones anexado al expediente no está sustentado técnica- ni científicamente, motivo por el cual se puede establecer que es una falacia.

DISCUSIÓN

Para la evaluación e interpretación de una lesión, al igual que en la medicina clínica, en la medicina forense la ejecución del método científico será con base en la propedéutica, semiología y el procedimiento médico-forense. La primera es el «conjunto ordenado de métodos y procedimientos de que se vale el médico para obtener los síntomas y signos presentes en los enfermos y con ellos elaborar el diagnóstico». Incluye la anamnesis (entrevista o interrogatorio) y el examen físico. Primera parte: recolección de datos. La semiótica o semiología se define como «el estudio de los signos en los pacientes para identificar alteraciones causadas por las enfermedades. Capítulo de la patología general que se ocupa del estudio de los signos de las enfermedades». Segunda parte: análisis e interpretación.¹⁶

El procedimiento médico-forense es un conjunto de actividades ordenadas con las cuales el perito pretende obtener un resultado, aplicando sus conocimientos especiales y su experiencia en la búsqueda, detección, descripción, documentación y explicación del cómo, cuándo y con qué se produjeron las lesiones, contribuyendo así en la solución de los problemas planteados por los

denunciantes e imputados y por funcionarios o autoridades.⁴

CERTIFICADO-DICTAMEN

Es el documento que estructura el perito médico forense una vez que examina a una persona, describiendo sus hallazgos y emitiendo una opinión técnico-científica sobre ellos.

Al explorar el cuerpo de las personas, además de cumplir con la ley, adquiere conocimiento sobre las características de los signos y síntomas originados por el trauma, así como los cambios que sufre en el tiempo. Las lesiones se curan y, por lo tanto, las características de una lesión después de una agresión dependen del tiempo. Puede haber varias lesiones por diferentes mecánicas de producción. Se deben buscar tiempos específicos para cada una. Si ha ocurrido más de un tipo de agresión, se deben hacer registros claros de qué lesión fue producida por un determinado agente vulnerante.¹⁰

Durante la realización del certificado-dictamen y para resolver cuestionamientos hechos por abogados (mecánica de lesiones, tiempo de producción, etcétera), los médicos forenses usan una variación del método científico (ya que los fenómenos que estudian estos profesionales suceden en el cuerpo humano y ocasionan alteraciones que pueden ser conocidas pero no sometidas a experimentación), la cual se utiliza para comprobar hipótesis poniendo en práctica experimentos y cambiando las variables, lo que implica repetir el suceso (trauma) en el sujeto hasta obtener una cuantificación del daño y elementos como las propiedades de la materia (características biofísicas del cuerpo humano: elasticidad y resistencia de los tejidos, masa, peso, volumen y forma del agente vulnerante), y la cifra o cifras obtenidas se utilizarán en la aplicación de fórmulas físico-matemáticas para conocer cómo se produjeron las lesiones (mecánica de lesiones). También, permitirán conocer la velocidad, aceleración y fuerza con que el agente vulnerante actuó sobre la persona y los resultados en su salud y en su vida. Como se observa, requiere de un procedimiento controlado que resulta imposible llevar a cabo en seres humanos.

Por lo tanto, en la medicina forense se recurre a conocimientos generales que ya han sido

publicados, basados en la observación, la experiencia y el conocimiento de los cambios causados por lesiones, pero deben evaluarse de manera individual, porque las personas afectadas están sujetas a variables relacionadas con el sexo, la edad, la constitución física, enfermedades anteriores, estado de ebriedad, farmacodependencia y factores circunstanciales (de tiempo y lugar); por consiguiente, las alteraciones percibidas al momento de la exploración física o de un cadáver, su magnitud y consecuencias (efectos) se determinan tomando en cuenta esas variables. En cuanto a los elementos físicos del agente vulnerante, pueden ser especulados de acuerdo con los cambios que ocasiona cada tipo de agente vulnerante, descritos en publicaciones científicas, y a los observados directamente en el cuerpo humano: planos anatómicos involucrados, dirección y trayecto y también se pueden teorizar los cambios fisiológicos acorde al nivel de integridad física o psíquica de la persona después de sufrir la agresión y que se manifiestan por su forma de actuar después del trauma.¹⁷

Asimismo, debe recordarse que pueden existir acusaciones de agresión frías o falsas y el médico debe estar atento ante la simulación de síntomas o lesiones autoinfligidas.

La autolesión deliberada es cualquier intento de un individuo de hacerse daño a sí mismo, tiene características que pueden dar una indicación de autoinfligida, como: 1. Estar en un área accesible para la persona; 2. Superficial o menor; 3. Regular con igual profundidad al principio y al final (para cortes); 4. Regular y similar en estilo o forma (para arañazos, quemaduras, etcétera); 5. Múltiple; 6. Paralelas o agrupadas; 7. En las personas diestras, las lesiones están del lado izquierdo (y derecho para personas zurdas); 8. Lesiones menores (vacilación); 9. Existencia de cicatrices antiguas de autolesiones; 10. Puede haber antecedentes psiquiátricos.⁵

Así, los certificados-dictámenes proporcionan una evaluación clara, inequívoca y objetiva de los hallazgos tras una acusación de violencia. Deben contribuir a estudios posteriores para responder específicamente cuestiones judiciales sobre la intencionalidad, el tiempo de producción, la mecánica de producción y los agentes vulnerantes involucrados.

CONCLUSIÓN

La elaboración de certificados-dictámenes por los médicos adscritos a las agencias del MP debe basarse en el método científico, utilizando el procedimiento médico-forense, la propedéutica y la semiología.

Herramientas que les servirán a los peritos médico forenses en la búsqueda, identificación, interpretación y documentación de lesiones presentes en personas involucradas en un problema jurídico. Debido a que la comprensión de esos daños por parte de peritos, abogados o jueces es mediante la revisión de esos documentos, resulta imperativo que sean redactados con certeza y sin ambigüedades.

Con todo lo anteriormente mencionado se alcanzarán los objetivos del certificado-dictamen que son: 1. Ayudar a la autoridad a conocer lesiones que son objeto de denuncia para supuestas maniobras; 2. Servir para los peritos que las utilicen en estudios posteriores; 3. El MP y los jueces determinen la congruencia en las declaraciones de los involucrados y precisar la intencionalidad; 4. Contribuir, con objetividad, a eliminar decisiones equivocadas, en caso de acusaciones falsas, basadas en prejuicios o sentimientos personales.

La razón más común por la que la evidencia médica sobre lesiones crea confusión, es su descripción inapropiada o inexacta, o que esté basada en síntomas que no tengan sustento clínico ni en estudios de laboratorio y gabinete, originando que las conclusiones de peritos y autoridades que las lean, resulten equivocadas, afectando a los involucrados en su derecho a la justicia.

REFERENCIAS

1. Diccionario Espasa de medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Espasa Calpe. 2001.
2. Ahangar P, Mills SJ, Smith LE, Gronthos S, Cowin AJ. Human gingival fibroblast secretome accelerates wound healing through anti-inflammatory and pro-angiogenic mechanisms. *Regen Med.* 2020; 5: 24. Available in: <https://doi.org/10.1038/s41536-020-00109-9>
3. Velnar T, Bailey T, Smrkolj V. The wound healing process: an overview of the cellular and molecular mechanisms. *J Int Med Res.* 2009; 37 (5): 1528-15242.
4. García GI. Procedimiento pericial médico-forense. 5ª ed. Editorial Porrúa. México, 2017, XIII, 235, 237, 349.

5. Payne-James J, Crane J, Hinchliffe JA. Injury assessment, documentation, and interpretation. *Clinical Forensic Medicine: A Physician's Guide*, 2nd Edition. Edited by: M. M. Stark © Humana Press Inc., Totowa, NJ. 2005.
6. Robertson I, Hodge PR. Histopathology of healing abrasion. *Forensic Science*. 1972; 1: 17-25.
7. DiMaio VJ, DiMaio D. *Forensic Pathology*. 2nd ed. CRC Press. Boca Raton, Florida. 2001, 94.
8. Vanezis P. Interpreting bruises at necropsy. *J Clin Pathol*. 2001; 54: 348-355.
9. Rodolfo Daniel Cervantes-Villagrana. Mecanismos de señalización involucrados en la resolución de la inflamación. *Gaceta Médica de México*. 2014; 150: 440-449.
10. Kostadinova-Petrova I, Mitevskva E, Janeska B. Histological characteristics of bruises with different age. *Open Access Maced J Med Sci*. 2017; 5 (7): 813-817.
11. Herrera LM, da Costa SM, da Silva FCM. Violence against children and adolescents: the importance of knowledge of the spectrum of bruise colors in its diagnosis. *RSBO*. 2013; 10 (4): 378-385.
12. Duangta Dulabutr. The correlation between the color changes of contusions and the time period after injuries in thai populations. *Thammasat Medical Journal*. 2018; 18 (4): 561-569.
13. Tirado J, Mauricio D. Bruise dating using deep learning. *J Forensic Sci*. 2021; 66: 336-346.
14. Gascho D, Heimer J, Thali MJ, Flach PM. The value of MRI for assessing danger to life in nonfatal strangulation. *Forensic Imaging*. 2020; 22: 200398.
15. Abedr-Rahman H, Salameh HO, Salameh RJ, Alabdallat LI, Al-Abdallat IM. Role of forensic medicine in evaluating non-fatal physical violence against women by their husbands in Jordan. *J Forensic Leg Med*. 2017; 49: 33-36.
16. Mézquita OJF. El arte del diagnóstico. *Med Int Mex*. 2006; 22: 246-552.
17. García GI. Mala práctica pericial. Estudio de un caso. *Revista Tepantlatlo*, Núm. 97, 9ª época, 2019, 8-24.