

Peritajes judiciales en menores de un año

Dres. Domingo Mederos¹, Hugo Rodríguez²,
José Luis Díaz Rossello³, Ana María Ferrari⁴

Resumen

La disminución de la tasa de mortalidad infantil es un objetivo prioritario de las políticas de salud. Su cumplimiento presupone conocer las causas de muerte. Con el objetivo de conocer a qué causas se atribuyen las muertes de niños menores de un año pericidados en la Morgue Judicial de Montevideo, se seleccionó el período enero-diciembre de 1996 en que se pericidaron 122 muertos menores de un año, que representaron 11,8% de las muertes de ese grupo etario en el país. Los datos se obtuvieron de los protocolos de autopsia y partes policiales. Se efectuó autopsia en 118 y "reconocimiento externo" en cuatro. Se solicitaron sólo 44 estudios anatomopatológicos y ninguno toxicológico. Correspondieron a muertes naturales 117 (96%) y a muertes violentas el resto. La mayoría de las muertes naturales se atribuyeron a infección respiratoria (32%), aspiración de contenido gástrico (24,6%) y síndrome de muerte súbita del lactante (15,6%). 82% murió sin asistencia médica, constatándose el fallecimiento en domicilio o al arribar a un centro asistencial en paro cardiorrespiratorio irreversible. Se concluye que casi todas las muertes habrían sido naturales y en su gran mayoría sin asistencia médica. Las limitaciones de los procedimientos empleados no permitieron asegurar la patología que ocasionó muchas de estas muertes. Es imprescindible buscar alternativas que posibiliten establecer con certeza las causas de muerte, y profundizar el estudio de los factores asociados a la muerte sin asistencia médica.

Palabras clave: *Mortalidad infantil
Lactante
Autopsia
Causa de muerte
Muerte súbita infantil
Tasa de mortalidad
Neumonía por aspiración*

Introducción

La disminución de la tasa de mortalidad infantil es un objetivo prioritario dentro de las políticas de salud, y su

cumplimiento presupone conocer las causas de la muerte. La mortalidad infantil refleja la situación socioeconómico-cultural y la calidad de la atención médica de una población^(1,2).

1. Médico Legista. Asistente del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina. Médico Autopsista, Poder Judicial.
2. Médico Legista. Asistente del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina. Médico Forense, Poder Judicial.
3. Médico Pediatra. Investigador del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.
4. Profesora Directora de Clínica Pediátrica de la Facultad de Medicina. Trabajo de la Clínica Pediátrica "A". Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Correspondencia: Dr. Domingo M. Mederos. Rambla República del Perú 1093 piso 3 apartamento 322. Montevideo, Uruguay.

E-mail: dmederos@chasque.apc.org

Presentado 6/11/1997

Aceptado 23/1/1998

Pese a que las causas de muerte registradas en los certificados de defunción han sido catalogadas de inciertas y poco confiables, éstos continúan utilizándose como fuente de información en investigaciones epidemiológicas⁽³⁻⁶⁾.

A comienzos del siglo XVI, Vesalius preconizó la realización de autopsias como método principal para determinar la causa de muerte y comprender los cambios producidos por los diferentes procesos patológicos. A nivel mundial las autopsias perinatales y pediátricas adquirieron una importancia creciente en los últimos años^(2,7).

En 1971, la Ley 14.005 (Ley de Injertos y Trasplantes

de Órganos y Tejidos) establece en nuestro país dos tipos de autopsia (clínicas) y judiciales (forenses), que difieren en los requisitos para su realización y sus objetivos⁽⁸⁻¹¹⁾. Mediante la autopsia judicial, el médico forense deberá precisar la causa de muerte, aseverando en forma primordial si ésta fue natural o violenta⁽¹²⁾, el tiempo transcurrido y eventualmente identificar el cadáver⁽¹³⁾. Solicitará estudio microscópico y exámenes de laboratorio siempre que lo considere necesario⁽¹⁴⁾. En caso de ignorarse la causa de muerte deberá rotularse como "indeterminada pero natural"⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Las autopsias realizadas en las mejores condiciones y acompañadas de técnicas complementarias adecuadas, permiten determinar con alto grado de confiabilidad las causas de muerte, conocimiento que resulta imprescindible a fin de implementar programas destinados a reducir la mortalidad^(18,19). A través de los años, estudios retrospectivos y prospectivos han demostrado la falta de correlación entre los datos de los certificados de defunción y los resultados autópsicos, dado que la información procedente de la pericia nunca se utiliza para rever las causas de muerte⁽²⁰⁾.

El peritaje judicial se realiza en todos los casos de prohibición de firmar el certificado de defunción (muertes violentas o con dudas médico legales), y en cualquier otra circunstancia en que el médico tratante decida no expedirlo o se vea impedido de hacerlo.

En la Morgue Judicial de Montevideo se efectúan los peritajes de los cadáveres de fallecidos en Montevideo o en otro departamento cuando así lo dispone la autoridad correspondiente.

El presente estudio se realizó con el objetivo de conocer a qué causas se atribuyen las muertes en menores de un año periciados en la Morgue Judicial de Montevideo, analizar algunas variables vinculadas a las mismas, y valorar las posibles limitaciones de los procedimientos empleados para determinar la causa de muerte.

Materiales y método

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo. Se analizaron los informes forenses y partes policiales correspondientes a todos los nacidos vivos menores de un año periciados en la Morgue Judicial de Montevideo en el período enero-diciembre de 1996. Se excluyeron los óbitos fetales.

Las técnicas periciales utilizadas fueron autopsia morfológica o reconocimiento cadavérico; este último implica el examen externo del cuerpo y orificios naturales en busca de signos de violencias, no incluyendo el examen interno del cadáver.

Los informes fueron efectuados por médicos forenses,

quienes establecieron las causas de muerte en los certificados de defunción basados en el examen macroscópico.

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, fecha de muerte, estación del año, asistencia médica recibida, departamento de residencia, técnica pericial utilizada (autopsia o reconocimiento) y exámenes complementarios (histodiagnóstico, toxicología).

Se consideraron muertes sin asistencia aquellas constatadas en domicilio o al arribar a un centro asistencial con signos abióticos (paro cardiorrespiratorio, midriasis paralítica, arreflexia, etcétera) o fenómenos cadavéricos.

Resultados

Durante el período enero-diciembre de 1996 se realizaron un total de 2.223 peritajes judiciales en la Morgue Judicial de Montevideo, de los cuales 122 correspondieron a nacidos vivos fallecidos antes de cumplir un año de edad. Estas muertes representaron 11,8% de las muertes para ese grupo etario en todo el país (n=1.033), ascendiendo a 22,6% (n=105) si se consideran solamente las muertes posneonatales (n=467).

Se efectuó autopsia macroscópica en 118 casos (96,7%) y reconocimiento en 4 (3,3%); diagnosticándose 117 muertes naturales (96%) y 5 violentas (4%). Todas las muertes violentas acaecieron en el grupo de mayores de 28 días.

Las causas de muerte fueron adjudicadas a: infección respiratoria 32% (n=39), aspiración de contenido gástrico 24,6% (n=30), síndrome de muerte súbita del lactante 15,6% (n=19), indeterminadas 13,1% (n=16), desnutrición 2,4% (n=3), sepsis 2,4% (n=3), inmadurez 1,6% (n=2), traumatismos obstétricos 1,6% (n=2), cardiopatías 1,6% (n=2), quemaduras 1,6% (n=2), traumatismos encefalocraneanos 1,6% (n=2), malformaciones congénitas 0,8% (n=1) y maltrato 0,8% (n=1) (figura 1).

De las 118 autopsias efectuadas se solicitaron 44 estudios histopatológicos (37,3%), muchos de ellos limitados a fragmentos pulmonares. Faltan los informes de 11 estudios (25%). En ningún caso se realizó investigación toxicológica ni microbiológica.

64% (n=78) de los fallecidos eran del sexo masculino y 36% (n=44) del femenino. En cuanto a la edad 86% (n=105) eran mayores de 28 días; con una edad promedio de 3 meses y 29 días (figura 2).

87% (n=106) procedían de Montevideo.

El mes de mayor mortalidad fue julio (n=20), mientras que marzo presentó el menor número de muertes (n=5) (figura 3).

Durante los meses de invierno ocurrieron 32% (n=39) de las muertes, siendo la primavera la estación con menor registro de mortalidad: 20% (n=24) (figura 4).

82% murió sin asistencia médica, constatándose el fallecimiento en domicilio o al arribar a un centro asisten-

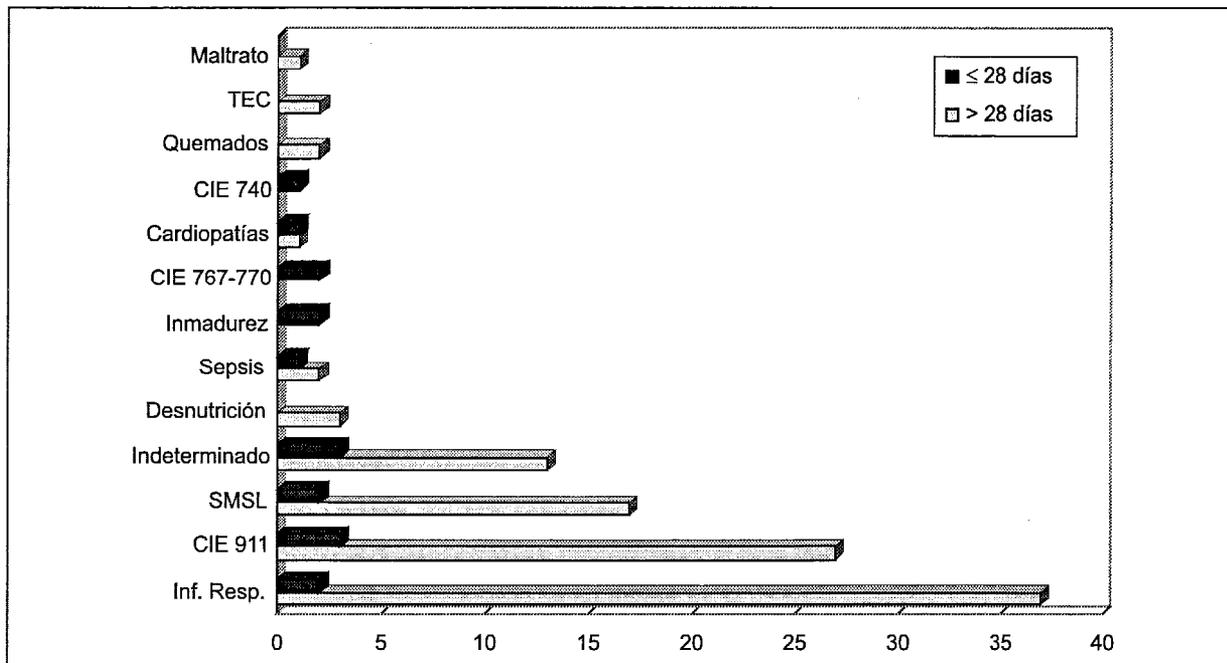


Figura 1. Peritajes judiciales en menores de un año. Causas de muerte. N=122

TEC: traumatismo encefalocraneano; CIE 740: malformaciones congénitas; CIE 767-770: traumatismos del nacimiento; SMSL: síndrome de muerte súbita del lactante; CIE 911: aspiración de contenido gástrico; Inf.Resp: infección respiratoria.

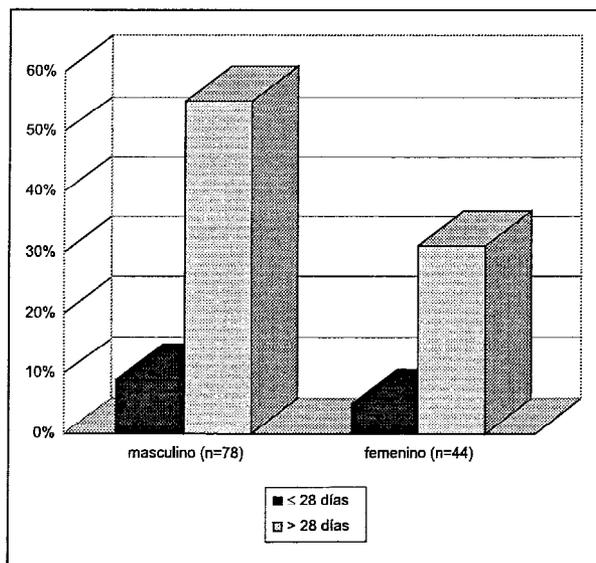


Figura 2. Peritajes judiciales en menores de un año. Distribución por edad y sexo

cial sin signos vitales. De estos 100 niños, 91 eran mayores de 28 días (figura 5).

Discusión

No existen estudios publicados a nivel nacional que se refieran a las causas de muerte en menores de un año establecidas mediante peritaje judicial. La bibliografía

disponible procede de países desarrollados, que presentan diferencias tanto en las principales causas de muerte como en la metodología diagnóstica empleada (1,2,6,9,16,19,21-23).

Llama la atención el alto porcentaje de fallecidos menores de un año que requirieron peritaje judicial, especialmente en el período posneonatal; más aún si se tiene en cuenta que los peritajes representaron solamente a la Morgue Judicial de Montevideo y el número de muertes a la totalidad del país.

El elevado porcentaje de procedimientos judiciales no se explica por las muertes violentas, que fueron muy pocas, sino por las muertes naturales sin asistencia médica, que constituyeron 82% del total. Las muertes sin asistencia médica aparecen como un problema de salud pública de mayor trascendencia.

Resulta imperativo profundizar en el conocimiento de este problema, lo que permitirá instrumentar estrategias que contribuyan a abatir las tasas de mortalidad infantil.

La autopsia judicial efectuada en óptimas condiciones, con protocolo sistematizado, histología y eventual toxicología, se considera el pilar en la determinación de las causas de muerte (7,19,21,22,24-27).

Los procedimientos periciales empleados no cumplen con estos requisitos, lo que resta alguna validez a los diagnósticos nosológicos efectuados. Se realizaron pocos estudios histopatológicos, un cuarto de los cuales no fue informado, y ninguna investigación toxicológica.

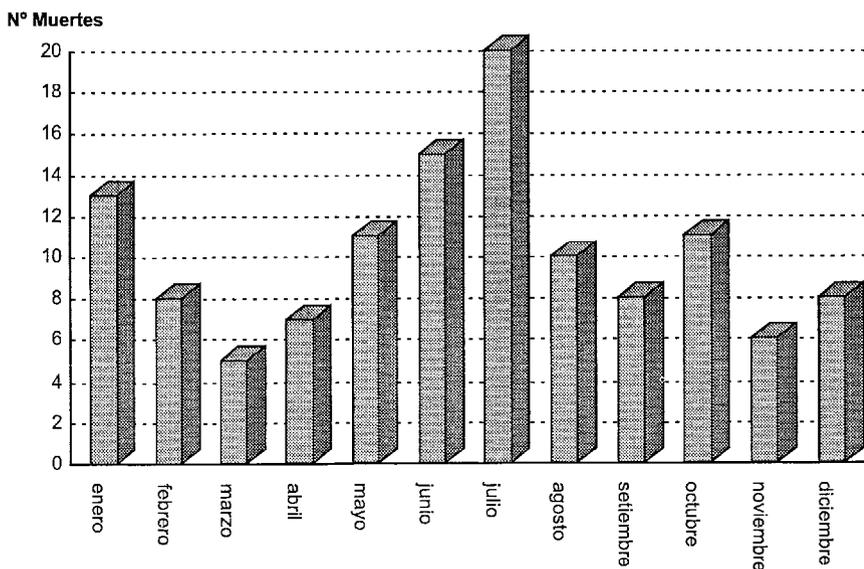


Figura 3. Distribución mensual de las muertes

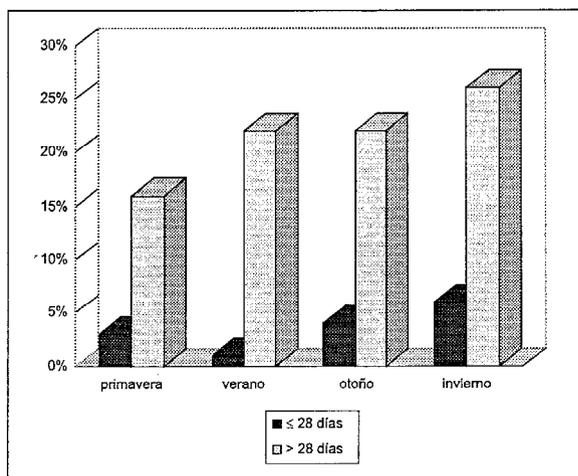


Figura 4. Distribución estacional

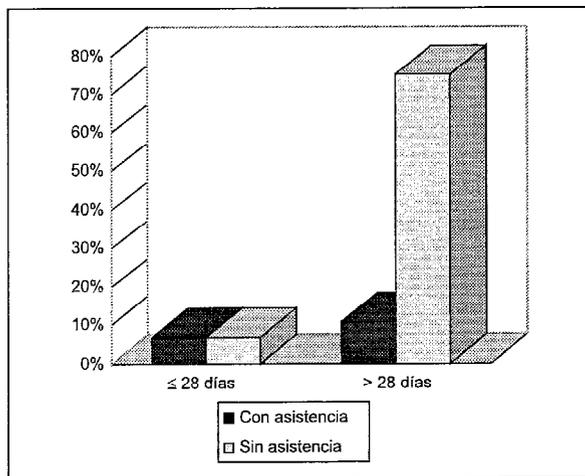


Figura 5. Distribución según edad y asistencia médica

Con respecto a los diagnósticos de las causas de muerte natural, las atribuidas a la infección respiratoria estarían de acuerdo con la situación epidemiológica de nuestro país (28). La aspiración de contenido gástrico que le sigue en frecuencia, es controvertida como causa de muerte. Pese a figurar en la Clasificación Internacional de Enfermedades (código 911) su hallazgo ha sido considerado como un fenómeno agónico o posmortem (17,23,29-31). En cuanto al síndrome de muerte súbita del lactante, no se cumplieron los requisitos exigidos por las pautas internacionales (32-34).

Conclusiones

Se concluye que casi todas las muertes en menores de un año habrían sido naturales, sin asistencia médica. Las li-

mitaciones de los procedimientos empleados no permiten asegurar la patología que ocasionó muchas de estas muertes. Es imprescindible buscar alternativas que posibiliten establecer con certeza las causas de muerte, y profundizar en el estudio de sus factores asociados, para poder diseñar estrategias que permitan disminuir la mortalidad infantil.

Estudios necrópsicos prospectivos en los cuales los datos sean recogidos de manera uniforme y con muestras obtenidas de forma sistematizada, constituyen una poderosa herramienta de investigación.

Agradecimientos

Al Director de la Morgue Judicial de Montevideo, Dr. Lorenzo Schiappapietra, por facilitar el acceso a las bases de datos.

Summary

The decrease in the rate of infant mortality is a priority aim of health policies. Its fulfillment involves knowledge of the causes of death. In order to gain awareness of the causes of the death of infants under one year of age expertized at the Judicial Morgue, a selection was carried out of the 1996 January–December period in which were expertized 122 defuncts under one year which represent 11,8% deaths of this age group throughout the country. The pertinent data were derived from autopsy protocols and police reports. Autopsy was carried out in 118 and “external exploration” in 4. Only 44 pathologic studies and none toxicologic, were requested. Corresponding to natural deaths were 117 (96%) and violent deaths to the remaining. Most natural deaths were ascribed to respiratory infection (32%), aspiration of gastric contents (24,6%) and cot syndrome death (15,6%). 82% died unattended medically, the death occurrence was witnessed at the infant’s domicile upon arriving at Hospital, owing to irreversible cardiorespiratory arrest. It is concluded that nearly all deaths were natural and in most cases unattended. Limitations of the procedures employed the occurrence do not warrant the occurrence of the pathology that caused many of these deaths. It is mandatory to seek alternatives enabling foolproof pinpoint of the causes of death and an in–depth study of the factors associated with unattended death.

Résumé

La baisse de la mortalité infantile est un but prioritaire des politiques de santé. Son accomplissement présuppose connaître les causes de mort. Pour savoir les causes des décès d’enfants de moins d’un an repérés à la Morgue Judiciaire de Montevideo, on a choisi la période janvier–décembre 1996, pendant laquelle on trouve 122 morts de cet âge, ce qui représente 11,8% des morts de ce groupe d’âge dans le pays. Les données sont obtenues des protocoles d’autopsie et dossiers de police. On en a fait l’autopsie de 118, et “reconnaissance externe” de 4. On ne demande que 44 études anatomopathologiques et aucun toxicologique. 117 (96%) correspondent à des morts naturelles, le reste étant des morts violentes. La plupart des morts naturelles, sont attribuées à infection respiratoire (32%), aspiration du contenu gastrique (24,6%) et syndrome de mort subite du nourrisson (15,6%). 82% sont morts sans assistance médicale, remarquant le décès à domicile ou arrivant au centre d’assistance avec arrêt cardio–respiratoire irréversible. On conclut que presque toutes les morts ont été naturelles, dont la plupart sans assistance médicale. Les limitations des procédés employés ne permettent pas de confirmer la pathologie qui a causé ces morts. Il est indispensable de chercher des pro-

cédés qui permettent d’établir à coup sûr les causes de ces morts, et d’approfondir l’étude des facteurs associés à la mort sans assistance médicale.

Bibliografía

1. **Wigglesworth JS.** Approach to fetal and perinatal pathology. In: *Perinatal Pathology*. 2^a ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 1–14.
2. **Mitchell EA.** International trends in posneonatal mortality. *Arch Dis Child* 1990; 65: 607–9.
3. **Kircher T, Anderson RE.** Cause of death: proper completion of the death certificate. *JAMA* 1987; 258: 349–52.
4. **Ashworth TG.** Inadequacy of death certification: proposal for change. *J Clin Pathol* 1991; 44: 265–8.
5. **Slater DN.** Certifying the cause of death: an audit of wording inaccuracies. *J Clin Pathol* 1993; 46: 232–4.
6. **Moore GW, Berman JJ, Hanzlick RL, Buchino JJ, Hautchins GM.** A prototype internet autopsy database: 1625 consecutive fetal and neonatal autopsy facesheets spanning 20 years. *Arch Pathol Lab Med* 1996; 120: 782–5.
7. **Valdés–Dapena M, Huff DS.** *Perinatal Autopsy Manual*. Washington: Armed Forces Institute of Pathology, 1983: 1–98.
8. **Registro Nacional de Leyes y Decretos.** República Oriental del Uruguay. Ley 14.005 de autopsias y trasplantes (1971).
9. **Wigglesworth JS.** Causes and classification of perinatal death. In: *Perinatal Pathology*. 2^a ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 15–22.
10. **Código del Proceso Penal de la República Oriental del Uruguay.** Anotado y concordado por Greif J. 3^a ed. actualizada. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria, 1992.
11. **Berro G, Borges JF, Pintos I, Mesa G.** Certificado de defunción. In: Departamento de Medicina Legal. *Medicina Legal*. Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1989: 121–9. Tomo I.
12. **Borges JF, Zinno A, Mesa G.** La autopsia medicolegal. In: Departamento de Medicina Legal. *Medicina Legal*. Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1989: 162–90. Tomo II.
13. **Perper JA.** Time of death and changes after death. In: Spitz WV. *Spitz and Fisher’s Medicolegal Investigation of Death*. 3^a ed. Springfield: Charles C Thomas, 1993: 14–49.
14. **Perper JA.** Microscopic forensic pathology. In: Spitz WV. *Spitz and Fisher’s Medicolegal Investigation of Death*. 3^a ed. Springfield: Charles C Thomas, 1993: 637–80.
15. **Di Maio DJ, Di Maio VJM.** Medicolegal investigative systems. In: *Forensic Pathology*. New York: Elsevier, 1989: 1–19.
16. **Kirschner RH, Wilson HL.** Fatal child abuse: the pathologists perspective. In: Reece RM. *Child Abuse: Medical Diagnosis and Management*. Pennsylvania: Lea and Febiger, 1994: 325–57.
17. **Adams VI, Hirsch ChS.** Trauma and disease. In: Spitz WV. *Spitz and Fishers Medicolegal Investigation of*

- Death. 3ª ed. Springfield: Charles C Thomas, 1993: 175-98.
18. **Reece RM.** Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. In: *Child Abuse: Medical Diagnosis and Management*. Pennsylvania: Lea and Febiger, 1994: 107-37.
 19. **Wigglesworth JS.** Performance of the perinatal autopsy. In: *Perinatal Pathology*. 2ª ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 23-40.
 20. **Kirscher T, Nelson T, Burdo H.** The autopsy as a measure of accuracy of the death certificate. *N Engl J Med* 1985; 313: 1263-9.
 21. **Jones AM, Weston JT.** The examination of the infant death syndrome: investigation and autopsy protocols. *J Forensic Sci* 1976; 21: 833-41.
 22. **Alberman E, Botting B, Blatchley N, Twidell A.** A new hierarchical classification of causes of infant deaths in England and Wales. *Arch Dis Child* 1994; 70: 403-9.
 23. **Nixon JW, Kemp AM.** Suffocation, choking and strangulation in childhood in England and Wales: epidemiology and prevention. *Arch Dis Child* 1995; 72: 6-10.
 24. **Hutchins GM, and the Autopsy Committee of the College of American Pathologists.** Practice guidelines for autopsy pathology: autopsy reporting. *Arch Pathol Lab Med* 1995; 119: 123-30.
 25. **Hutchins GM, Glenn GC.** Practice guidelines for autopsy pathology: Introduction. *Arch Pathol Lab Med* 1994; 118: 18.
 26. **Hutchins GM, and the Autopsy Committee of the College of American Pathologists.** Practice guidelines for autopsy pathology: autopsy performance. *Arch Pathol Lab Med* 1994; 118: 19-25.
 27. **Kleiner DE, Emmert-Buck MR, Liotta LA.** Necropsy as a research method in the age of molecular pathology. *Lancet* 1995; 346: 945-8.
 28. **Veronelli JC, Nowinski A, Haretche A, Roitman B.** La salud de los uruguayos. Montevideo: OPS, 1994: 152.
 29. **Reiman W, Prokop O.** *Vademecum de Medicina Legal*. Berlín: Científico Técnica, 1987: 82-94.
 30. **Knight B.** Asfixia y presión sobre cuello y tórax. In: *Medicina Forense de Simpson*. México: El Manual Moderno, 1994: 157.
 31. **Di Maio DJ, Di Maio VJM.** Asphyxia. In: *Forensic Pathology*. New York: Elsevier, 1989: 207-51.
 32. **Valdés-Dapena M.** Síndrome de muerte súbita del lactante: datos patológicos. *Clin Perinatol Norte Am* 1992; 4: 703-19.
 33. **Hoffman HJ, Hillman MA, Hillman LS.** Epidemiología del síndrome de muerte súbita del lactante: factores de riesgo maternos, neonatales y posneonatales. *Clin Perinatol Norte Am* 1992; 4: 721-43.
 34. **Di Maio DJ, Di Maio VJM.** Sudden infant death syndrome. In: *Forensic Pathology*. New York: Elsevier, 1989: 289-97.