

## Latigazo Cervical y Fraude (II)

### ANEXO I

#### **El CUERPO... “legal” de UNESPA**

**“Capítulo 2: TRONCO”** Parte Quinta de la Propuesta, en pág. 219:  
Comparativa Tabla VI actual con la **Propuesta por el Comité Médico**

“En el **presente capítulo** las secuelas se definen conforme al criterio de que **puede existir o no lesión objetivable**”.

“Inclusión de una nueva secuela derivadas de traumatismos cervicales leves como el latigazo cervical o la entorsis cervical leve”.

“Por Traumatismo Cervical Leve (TCL) se entiende la afectación de la columna cervical sin lesión ósea, discal, ligamentosa y/o neurológica objetivada, provocada por un mecanismo de aceleración/desaceleración”.

“Incluye los siguientes **diagnósticos**: Esguince cervical. Latigazo Cervical. Síndrome Postraumático cervical. Cervicalgia postraumática. Distensión cervical. Contractura cervical. Cervicodorsalgia y similares. EBD I-II (RD 1971/1999); AIS S-13.5 – CIE-10; Grados 0, 1 y II de la Clasificación de Québec”.

“Los cuadros leves con exploración normal tras el periodo de curación no causan ningún déficit funcional permanente”

“La acreditación de su existencia y la valoración del daño resultante dependerá del cumplimiento de los criterios médico-legales de causalidad, que lo relacionan con el accidente sufrido. Entre los referidos criterios de causalidad son de especial relevancia:

1) criterio cronológico: aparición de los síntomas en periodo médicamente explicable.

2) Criterio cuantitativo de intensidad del traumatismo / compatibilidad biomecánica (intensidad suficiente, mecanismo de la producción adecuado).

3) Criterio de exclusión de otras causas que justifiquen el cuadro clínico”

## Disección por planos. Comentarios



*“Una autopsia es un cirugía mayor”*

**C.1. “En el presente capítulo las secuelas se definen conforme al criterio de que puede existir o no lesión objetivable” (UNESPA)**

### Comentario.-

**“Puede existir o no lesión objetivable”.** Tal “criterio” de partida supone un grave error. Abona la renuncia anticipada al esfuerzo del clínico. Deja la puerta abierta al abandono ante las primeras dificultades. Es una conclusión prematura que sólo debiera de formularse tras un elaborado trabajo médico. Fomenta en suma un ambiente castrador para el avance de la ciencia, pero muy en la línea de esos marañoncitos que comulgan con la idea preconcebida de que *el latigazo cervical es una patología subjetiva...con bastantes dificultades a la hora de realizar un diagnóstico médico.*

(Se ha dicho anteriormente *Latigazo cervical y fraude*, epígrafe 6.3. El prejuicio de la subjetividad. Se recogen de nuevo algunos textos para facilitar la asimilación de conceptos y comodidad en la lectura).

Al decir “lesión no objetivable” algunos enseguida lo querrán entender como “trastorno subjetivo”. “Puede existir o no lesión objetivable” parece que no es que se niegue la lesión, sino que no se objetiva. Aunque cabe puntualizar que una cosa es que no sea “objetivable” y otra que no se haya objetivado.

**“En los comienzos de los años noventa, “la industria del Seguro” lanzó la teoría de que las consecuencias del *latigazo cervical es un fenómeno psicosocial*” más que una lesión, y más aún cuando las colisiones eran a baja velocidad. Estas apreciaciones se basaban en el absurdo de que más que considerar al lesionado, se examinaba al vehículo (CENTENO CJ, FREEMAN M, ELKINS WL, 2005).**

*Diario Médico*, 16.05.07, en relación con las VII Jornadas de Valoración del Daño Corporal (Madrid, 15.05.07) organizadas por la primera entidad aseguradora de este país, contiene el siguiente texto informativo: “Traumatología: Sintomático y Subjetivo. Diagnóstico y picaresca en el latigazo cervical. Presente en el 60 por ciento de los accidentes, el latigazo cervical requiere un abordaje multidisciplinar, muchas veces sintomático”. (*El Diagnostico a gusto del pagador* [www.peritajemedicoforense.com](http://www.peritajemedicoforense.com))

Ni mucho menos se puede hacer extensible ciertos aspectos con carácter general, **ni capitular sin haber seguido un iter exploratorio correcto**. Llegar a un diagnóstico a menudo no es fácil. De cualquier modo el síntoma del paciente es fundamental como hilo conductor para buscar su realidad patológica. Lo del “ojo clínico” sirve como una primera aproximación al paciente., aunque hoy día hay que ayudarse con “otros ojos”.

La sospecha diagnóstica precisa su confirmación mediante la **exploración instrumental adecuada**. Aún si existen dudas, o su expresión es larvada, cuando existen otras razones, como por ejemplo, **en los casos de accidente de tráfico, un mecanismo lesional que ha de emparejarse con típicos patrones cinemáticos**. Es el caso de la lesión por Latigazo cervical, que conlleva un **alto potencial lesivo**, dada la “energía brutal” que opera en esta clase de impactos. Razones que cobran más validez todavía si la cuestión ha de debatirse en el ámbito pericial.

La admisión del diagnóstico de “cervicalgia”, o dolor cervical, esguince cervical, y hasta, forzando la situación, “latigazo cervical”, sin más, obliga a un seguimiento esmerado del

paciente, a un control estrecho del accidentado, unido a un protocolo de *exploración instrumental* igualmente riguroso.

Tal disciplina no puede eludirse guareciéndose en el manido e inconsistente argumento de que la “clínica no lo justifica”, cobrando mayor ligereza cuando el lesionado muestra persistencia en sus manifestaciones a raíz de los hechos del tráfico en cuestión. Una cosa es la clínica, junto a una exploración inmediata *correcta*, con aportaciones sustantivas, no siempre posible, en cualquier caso sujeta a grandes lagunas. Y otra cosa la *liturgia*... “La relación médico-paciente ha evolucionado en los últimos años. El galeno ya no es tan paternalista y el enfermo está mejor informado” (*Del especialista todoterreno al superespecialista*, Diario Médico, 04.06.12)

Cuando se desea introducir una nueva “herramienta” de trabajo, un nuevo “producto”, lo lógico es que sea para mejorar lo existente. En definitiva, para darle más calidad al “producto”.

Por *Método* se entiende “el orden que observamos para evitar el error y encontrar la verdad” (BALMES). En este caso, si se propone un nuevo *método* de actuación ante determinadas situaciones ha de ser pensando, ante todo, *en beneficio del paciente*, para el *esclarecimiento de los hechos*.

El *sentimiento patrio* no debe ser llevado a querer imponer *lo propio* hasta el extremo de ser un obstáculo para seguir las pautas de otros países, más aún cuando sus estudios gozan de prestigio internacional. Y ni mucho menos para desvirtuarlas, dándoles una expresión “light”, lo que viene a sembrar confusión.

Una cosa es un *protocolo*, atendiendo a un *método científico*, la *independencia de sus promotores*, *rigor descriptivo*, *soporte técnico*, *suficiente revisión bibliográfica*... Otra, un protocolo de *pro*, un sucedáneo. Cuando la confección se realiza con *retales*, expresión de pobreza, convenientemente hilvanados, tan sólo es útil para un baile de disfraces, en una sociedad en carnaval continuo.

Invocar datos estadísticos en cuanto al grado de posibilidad y frecuencia de aparición de ciertos trastornos sirve, entre otras cosas, desde un punto de vista epidemiológico. Pero tal reducción no puede utilizarse como subterfugio, argucia, para eludir determinadas actuaciones en el momento de encarar el caso problema del enfermo, que siempre ha de ser tratado de forma singular.

## Apéndice C.1.      **Afirmaciones caducas y sin base científica**

La comprobación de *fallos metodológicos* (1), como *inadecuado tamaño del estudio, ejemplos no representativos, diseño inapropiado*, después de una revisión crítica de la literatura (2), conviene ir asimilando, para desterrar cualquier tabú, que **NO hay bases científicas** ni epidemiológicas **para afirmar** que:

- 1.- las lesiones agudas del latigazo cervical NO conducen a dolor crónico.
- 2.- las colisiones por alcance que NO provocan daño en el vehículo no pueden causar lesiones.
- 3.- los traumas que causan el latigazo cervical son biomecánicamente comparables con los movimientos habituales de la vida diaria.
- 4.- las lesiones por latigazo cervical NO se cronifican en aquellos países en los que no hay compensación económica por la lesión.
- 5.- el dolor crónico resultante de las lesiones de latigazo cervical es habitualmente psicógeno
- 6.- el dolor crónico que sigue a la lesión por latigazo agudo es causado o empeorado por tratamientos y diagnósticos erróneos.
- 7.- hay una relación directa entre el daño sufrido por el vehículo y la probabilidad de desarrollar dolor crónico tras la lesión de latigazo cervical.
- 8.- no se generan tensiones suficientes en la articulación temporomandibular durante la lesión de latigazo cervical como para producir una lesión en la misma.

---

(1) PEETERS, GG; VERHAGEN AP de BIE, RA, y OOSTENDORP, RA:

*The efficacy of the conservative treatment in patients with whiplash injury: a systematic review of clinical trials*, Spine, 26: 64-73, 2001.

(2) FREEMAN, M; CROFT, A; ROSSIGNOL, A, y WEAVER, D: *A review and methodologic critique of the literature Refuting Whiplash Syndrome*. Spine, 24: 245-251, 1999. ) FREEMAN, M; CROFT, A; ROSSIGNOL, A: *Whiplash Associated disorders: Redefining Whiplash and its management, by Quebec Task Force: A critical Evaluation*, Spine, 23, 1043-1049, 1998. (Referencias bibliográficas, 9 y 10, contenidas en la *Revista de Ortopedia y Traumatología*, 2001, Volv. 45, supl. 1, págs., 60, 64 y 65.

## Apéndice 2 C.1.      Un ejemplo de esfuerzo diagnóstico.

*Latigazo Cervical ligado al Síndrome Cervicoencefálico* [www.peritajemedicoforense.com](http://www.peritajemedicoforense.com)

## **C.2. “Inclusión de una nueva secuela derivadas de traumatismos cervicales leves como el latigazo cervical o la entorsis cervical leve”. (UNESPA)**

### **Comentario.-**

“**Nueva secuela**”. No se trata de una “nueva secuela” derivada de los accidentes de tráfico. Si en cambio parece que se quiera darle una **presentación en forma Light** en toda su extensión.

UNESPA insiste con reiteración machacona y abusiva lo largo del texto que las secuelas cuya patogénesis lesional se fraguan a través de un mecanismo “**como**” el latigazo cervical se hayan de considerarse en cualquier caso como traumatismos cervicales leves.

En anterior trabajo se dijo: Latigazo cervical, que como se aclarará quizá en otro momento, es una patología que algunos se están esforzando en especial últimamente en instalarla en la sede de la “levedad”, en una presión que a algunos ya *nos* parece insoportable. Y lo que es más vergonzoso todavía es que quienes por su formación deberían rebelarse lo consiente aún cuando sea desde una pasividad hartamente cobarde. Ref.- *Latigazo Cervical ligado al Síndrome Cervicoencefálico* [www.peritajemedicoforense.com](http://www.peritajemedicoforense.com)

El “**como**” no está exento de un propósito sospechosamente canalla. Ni siquiera el singular “leve” (adjetivo que quiere decir “de poca importancia”), que si en cambio se coloca para valorar la “entorsis cervical” (\*), se puede remitir ahora al latigazo. Si el adjetivo leve se formulase en plural, leve**S**, daría entonces a entender que el latigazo cervical a veces se presente en forma leve, como sucede en la realidad.

(\*) El termino “entorsis” procede del francés “entorse”. Se aplica para referirse a una torcedura, dislocación o a un esguince.

Es decir, si se hubiera redactado el texto con ese plural, habrían de considerarse sólo el latigazo bajo su forma de presentación “leve”, excluyendo así aquellos que toman o pueden tomar un carácter severo. Pero aquí no se anduvieron con tales delicadezas.

Y es que no es lo mismo decir “...traumatismos cervicales leves como el latigazo cervical o la entorsis cervical leve”. (UNESPA) que decir “...traumatismos cervicales como el latigazo cervical o la entorsis cervical leveS”.



*Con cualquier edad es bueno repasar la gramática*

**C.3. “Por Traumatismo Cervical Leve (TCL) se entiende la afectación de la columna cervical sin lesión ósea, discal, ligamentosa y/o neurológica objetivada, provocada por un mecanismo de aceleración /desaceleración”. (UNESPA)**

**Comentario.-**

Esto se traduce en que el TCL es una afectación en la *ni hay afectación ósea, ni discal, ni ligamentosa, ni, ni, ni*. En resumen el **SÍNDROME DE LOS NINIS....**

Pero no siempre se puede ser tan optimista. Por ejemplo el compromiso de las articulaciones interapofisarias es fuente de preocupación, lo que es fácil de comprender teniendo en cuenta la cinemática particular del proceso.

• **Lesiones articulares.-** la **afectación de la articulación** interfacetaria con ocasión del "whiplash" es alta, tanto que LORD y cols. (1996) estimaron que la evidencia de tales lesiones era del 50-60%. (LORD SM, BARNESLEY L, WALIIS BJ, BOGDUK N. *Chronic cervical zygapophysial joint pain after whiplash: a placebo controlled prevalence study. Spine* 1996; 21 (15): 1737-1745).

Como explicará más ampliamente, diversos autores aclaran **que el potencial lesivo a raíz de la formación de la curva S no reside en la amplitud de los movimientos del columna cervical, se sobrepasen o no**. El problema fundamental está en el carácter anormal de ese motor inicial: propicia la compresión de las articulaciones interapofisarias del segmento cervical, abriendo la posibilidad a lesiones por cizallamiento.

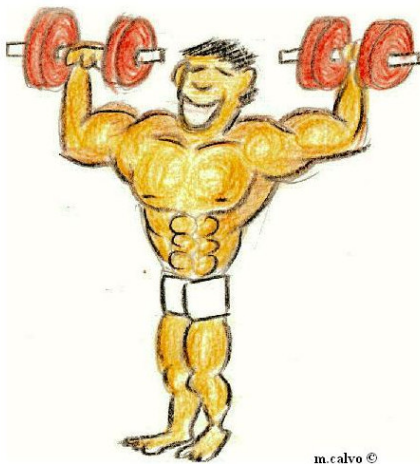
• **Lesiones de los ligamentos.** Las investigaciones de McCONNELL (1993-1995) ya indicaron que 8 kph (5 MPH) parece el umbral de Velocidad para evaluar un potencial daño cervical. Se produce una aceleración de 4.5 g's. Se trata de la velocidad mínima que provoca un esquinco cervical. Pero en el ocupante se pueden dar fuerzas g's tan altas como 15 g's, ya en las colisiones de sólo 5 mph (8 kph). Y CHOLEWICKI (1997) describe como entre 3-10 g's los ligamentos cervicales experimentan elongaciones por encima del rango de la tolerancia fisiológica para los movimientos.



Tales lesiones requieren una especial aplicación diagnóstica, clínica e instrumental. Por eso, antes que nada, hay que preguntarse de nuevo y aclarar en que términos se ha de entender la no "objetivación" de estos daños.

• **Daño muscular.**- es preciso considerar, y en todo su alcance, el **factor muscular**, en sus distintas expresiones de severidad. En un mecanismo por latigazo cervical las reacciones de estiramiento agudo en los músculos pueden producir lesiones en las fibras musculares..."esta lesión es, esencialmente de las fibras intrafusales, y de las fibras extrafusales si la fuerza es suficientemente severa".

Esto determina un reflejo de estiramiento proporcionalmente intenso con una contracción muscular violenta. La **lesión es de las fibrillas** y no del voluminoso vientre muscular, y por lo tanto, habitualmente no existe una gran hemorragia ni edema". (René CAILLET). "Existe un edema y una hemorragia **microscópicos**, combinados con la lesión fibrilar. Este edema y esta hemorragia se organizan y forman una zona "reflexógena" o nódulo fibrosítico miofascial resultante. Esta "fibrositis traumática" permanece como **foco de irritabilidad**, que origina una mayor irritación del músculo con contractura del mismo y de las fibras, reacción emocional y consiguientemente con **dolor crónico y limitación**" (CAILLET).



*El músculo es importante*

**C.4. “Incluye los siguientes diagnósticos: esguince cervical. Latigazo Cervical. Síndrome Postraumático cervical. Cervicalgia postraumática. Distensión cervical. Contractura cervical. Cervicodorsalgia y similares”. EBD I-II (RD 1971/1999); AIS S-13.5 – CIE-10; Grados 0, 1 y II de la Clasificación de Québec”. (UNESPA).**

### **Comentario.-**

El “**esguince cervical**” puede presentarse bajo distintas formas. A veces leve, pero otras veces es posible la lesión de los ligamentos o/y tendones; a veces rotura, pudiendo dar lugar a un subluxación, lo que habría que asumir como un **esguince severo**. Al margen de que en cualquiera de sus formas (incluyendo las leves, como luego veremos) pueden presentarse muy variadas complicaciones (ver Cuadro 7, *Clasificación de Québec*)

El “latigazo cervical” (whiplash) es un mecanismo con potencial lesivo, de menor a mayor severidad, de acuerdo con los componentes cinéticos y cinemáticos propios de cada caso, pero no constituye en absoluto por si mismo ningún tipo de lesión, ninguna entidad nosológica.

En la medicina el término “diagnóstico” se aplica como acto médico a aquel se encamina a conocer la esencia de una enfermedad mediante la observación de los síntomas y signos clínicos.

Tales “diagnósticos”, auténtico *popurrí*, son por definición de UNESPA cuadros leves, con el agravante de la patronal aseguradora (UNESPA) los ha colocado a todos ellos bajo el epígrafe de “Traumatismo Cervical Leve (TCL)”.

El ejercicio práctico de la profesión médica remite tales cuadros a un contexto genérico, que es preciso en cada caso llenar de contenido. Es precisamente tal contenido lo que los define según los casos no sólo leves, sino también moderados o severos. Al tiempo se ha de aclarar que la *actividad pericial* no constituye en si misma ninguna profesión; es tan sólo un cargo para cumplir una misión por parte del designado como perito, por

motivos de circunstancia y oportunidad. Y cumplida tal misión se extingue el cargo.

Lo más preocupante de todo esto es cuando tales “diagnósticos” entran en el **tráfico jurídico**. Llegado el momento cuando el juez le venga un diagnóstico de “lesión por latigazo”, “esquince cervical”, por ejemplo, muy frecuente en las hojas de informes clínicos hospitalarios de asistencia urgente, automáticamente **lo va a entender como un proceso leve**, por “definición de la Ley”. Al menos así se lo han hecho asimilar previamente, habiendo ya sembrado un prejuicio sobre el hecho clínico, que ahora toma dimensión de *hecho jurídico*.

De nada servirán entonces los esfuerzos de un buen intencionado perito para desterrar esa idea errónea. Además, ya saben que en cualquier caso podrían argumentar que “donde la ley no distingue no procede hacer distinciones”. *Dura lex, sed lex*.

Respecto a los términos **“EBD I-II (RD 1971/1999); AIS S; S 13.5 – CIE-10; Grados 0, 1 y II de la Clasificación de Québec”** es conveniente descifrar su significado. De lo contrario la inmensa mayoría navegará en el misterio. Alguno pensará que se trata de códigos secretos de guerra, lenguaje encriptado.

**\* “EBD I-II (RD 1971/1999)”** Tiene un carácter general. **EBD** significa **Evaluación Basada en el Diagnóstico**. Esta tomado de las “Guías para la Evaluación de las deficiencias permanentes” de la AMA (American Medical Association, de Estados Unidos).

El contenido del RD 1971/1999, es un texto desfasado, contradice el espíritu de sus autores (AMA). Se advierte que “la American Medical Association **desaconseja firmemente la utilización de las ediciones que no sean la más reciente de las Guías**, ya que la información que contienen no se basa en los datos más recientes y actualizados disponibles”. Igualmente advierten: “**Debe resaltarse y comprenderse**

**claramente que los porcentajes de deficiencia resultantes de la aplicación de los criterios de estas Guías no deben utilizarse para fijar subsidios económicos directos o hacer estimaciones directas de discapacidad”**

En el año 2008 (01/08) la AMA ha reeditado la Sexta edición de las Guías (la primera versión es de 2007) para la evaluación del menoscabo permanente, incorporando cambios y actualizaciones sobre la sobre la original, con aclaraciones y correcciones. Introduce un nuevo modelo para la evaluación de la incapacidad permanente. En esta última edición de las Guías AMA se han realizado cambios significativos en el capítulo dedicado a la columna vertebral, de acuerdo con los criterios médicos actuales de evaluación. Especial consideración requiere el disco intervertebral, la hernia discal con o sin radiculopatía (cervical y lumbar). También se estima que **la evaluación del rango del movimiento no es un modo preciso de evaluación ni tampoco para predecir la función.**

**\* “AIS”:** Escala Abreviada de las lesiones (Abbreviated Injury Scale). Tiene un valor pronóstico inicial. En modo alguno establece el resultado y diagnóstico de la lesión. Es un sistema antiguo y hoy poco apropiado por los casos de latigazo cervical, dada la complejidad del proceso derivado y sus complicaciones evolutivas. Ha sido ampliamente sustituido por la **Clasificación de Québec.**

**\* “S13-5-CIE”:** Clasificación Internacional de las Enfermedades (Organización Mundial de la Salud. Y tal es su alcance.

En su Anexo: CIE-10 Capítulo XIX, opera bajo el epígrafe de Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (S00-T98), donde se incluye (S13.4) Esguinces y torceduras de la columna cervical; (S13.5) Esguinces y torceduras de la región tiroidea; (S13.6) Esguinces y torceduras de articulaciones y ligamentos de otros sitios especificados y de los no especificados del cuello. **N.A.-** Obsérvese como son más apropiadas las referencias (S13.4) y (S13.6) en lugar de la única referencia (S13.5).

**\* “Grados 0, 1 y II de la Clasificación de Québec”**

La clasificación de los Trastornos Asociados al Esguince Cervical (TAEC) del Grupo de Trabajo Québec distingue CINCO formas de afectación, tal como constan en la tabla que sigue:

Estado	Manifestación clínica
0	Ninguna queja concerniente al cuello Ningún signo clínico
I	Dolor, queja de rigidez o de sensibilidad únicamente a nivel del cuello. Ningún signo clínico
II	Queja a nivel del cuello y Signos clínicos musculoesqueléticos <b>(a)</b>
III	Queja a nivel del cuello Signos clínicos neurológicos <b>(b)</b>
IV	Queja a nivel del cuello y Fractura o dislocación, o lesión de la médula espinal

**a.- los signos musculoesqueléticos comprenden la reducción de la amplitud de los movimientos y la sensibilidad al examen por palpación. b.- los signos neurológicos comprenden la disminución o la ablación de los reflejos osteotendinosos, debilidad muscular y los déficits sensitivos.**

**N.A.** Las anotaciones, a) y b) corresponden a la propia clasificación, figurando al pie del cuadro. Conviene igualmente indicar que el título propiamente dicho de la obra del Grupo de Trabajo de Québec es el de **“Redéfinir le Whiplash et sa prise en charge”** (1995) en tanto que el texto de **“Monographie Scientifique du Groupe de Travail Québécoise Sur Les Troubles associés à l’entorse cervicale (TAEC)”** es en realidad el antetítulo. Por otra parte hay que considerar que algunos aspectos de este trabajo han de ser contrastados ante los avances médicos actuales, como ocurre en el terreno de la imagen, pues su publicación data de hace 17 años.

De cualquier modo la clasificación del Grupo de Québec ha de tomarse con un **valor pronóstico inicial**. Esta basada en síntomas y signos obtenidos “inmediatamente después o durante un periodo de tiempo **razonablemente corto** después del traumatismos”. Pero en absoluto supone que el Latigazo Cervical (Whiplash) en su evolución y posibles complicaciones no pueda dar lugar Traumatismo Cervical de mayor severidad.

Pueden ser leve en los Grados 0, I y II, en principio y siempre siguiendo muy de cerca al paciente. El grado II en concreto se remite al Dolor / Queja en el cuello y Signos clínicos musculoesqueléticos, que en la llamada a) que se incluye en el propio texto de la clasificación los explica así: a) “**Los signos musculoesqueléticos comprenden la reducción de la amplitud de los movimientos y la sensibilidad al examen por palpación**”. El origen de tal limitación funcional puede ser múltiple, citando entre sus causas las de tipo muscular, articular, trastornos por déficit de inervación (lo que en este último caso nos sitúa en la frontera con el grado III o remite directamente a tal grado). Ante esta situación se impone una actitud médica expectante y de cautela. **Los factores de pronóstico tras sufrir una lesión latigazo cervical (SLC) no son en absoluto concluyentes.**

De la clasificación de Québec algunos autores como A. CROFFT han observado que es útil en tanto que imprime una comunicación eficaz, y ante la necesidad de tener un lenguaje común (argumentos que anteriormente a tal clasificación ya había propuesto el autor citado). No obstante puede resultar vaga e inútil con el fin de incluir el amplio espectro sintomático que puede derivarse del latigazo cervical.

En cualquier caso hay que tener presente que “los Trastornos asociados al esguince cervical después de un mecanismo de whipash (latigazo cervical) son complejos y **no siguen una evolución uniforme y previsible**” (ROUX, E., *Mécanisme de whiplash. Strategie et prise en charge aux differents stades*).

Junto a los anteriores se indican los grados III y IV, situaciones que también responden en este contexto a un mecanismo lesional por Latigazo Cervical (whiplash), aunque, como es fácil de comprender, grados no operan a modo de fronteras rígidas, tanto que su aplicación en la práctica toma un carácter meramente orientativo.

· **Grado III, Dolor cervical + Signos clínicos neurológicos. Y los signos neurológicos comprenden la disminución o la ablación de los reflejos osteotendinosos, debilidad muscular y los déficits sensitivos.**

· **Grado IV, Dolor cervical + Fractura o dislocación, o lesión de la médula.**

De este modo el Latigazo Cervical, de acuerdo con la esta Clasificación no se corresponde siempre e indefectiblemente con un **“Traumatismo Cervical Leve (TCL)”**.

Pretender tal común denominador para el Traumatismo cervical por Latigazo cae fuera de un correcto actuar médico. Hasta la fecha no hay un método de predicción evolutiva suficientemente fiable como para hacer un pronóstico de este tipo de lesiones. Es pretensioso pronunciarse de otra forma. Las dificultades del problema persisten. Desde distintos sectores se continúan haciendo estudios con el fin evitar la alta tasa de cronicidad por las lesiones provocadas por latigazo cervical. Y para ello se propone una mejor gestión con el fin de identificar indicadores pronósticos que puedan ser de ayuda para la evaluación precoz. Así en trabajo recientemente publicado (\*) los puntos clave con los que concluye dicho trabajo son: a) las manifestaciones agudas del latigazo cervical son heterogéneas, lo que sugiere el establecer un sistema de *triage* para llegar a un diagnóstico individualizado y tomar decisiones en consecuencia; b) es urgente el manejo del dolor moderado o severo; c) es necesaria la información, formación y rehabilitación física y psicológica pero no de forma arbitraria; d) se requiere una investigación adicional sobre los daños que tienen lugar en los tejidos blandos.

(\*) *Toward Optimal Early Management After Whiplash Injury to Lessen the Rate of Transition to Chronicity.* (Hacia una gestión óptima y precoz de las lesiones por latigazo cervical con el fin de reducir su tasa de cronicidad). Ref. SPINE Volume 36, Number 25S, pp S335–S342, ©2011, Lippincott Williams & Wilkins

*Pero hay más...*

Tableau 7

**La classification québécoise des troubles associés  
à l'entorse cervicale**

Stade	Présentation clinique
0	Pas de plainte concernant le cou Aucun signe clinique

.....

I	Plainte de douleur, de raideur ou de sensibilité du cou seulement Aucun signe clinique
II	Plainte au niveau du cou ET -Signe(s) cliniques musculosquelettique(s) <sup>a</sup>
III	Plainte au niveau du cou ET - Signe(s) cliniques neurologique(s) <sup>b</sup>

.....

IV	Plainte au niveau du cou ET - Fracture ou dislocation, ou blessure de la moelle épinière
----	--

**a** Les signes musculosquelettiques comprennent la réduction de l'amplitude des mouvements et la sensibilité à l'examen palpatoire.

**b** Les signes neurologiques comprennent la diminution ou l'ablation des réflexes ostéotendineux, la faiblesse musculaire et les déficits sensitifs.

**Les symptômes et troubles qui peuvent se manifester à tous les stades comportent la surdité, le vertige, l'acouphène, la céphalée, les pertes de mémoires, la dysphagie et les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire.**



La **Clasificación de Québec** para ser entendida en toda su proyección, comprendida en su auténtica dimensión, y lo que es más importante ahora y en suma, **para interpretarla** y aplicarse de alguna manera en el ámbito legal, **hay que darla a conocer necesariamente en su totalidad.** No mutilada o a modo de retal.

Esto es, con las anotaciones de que figuran en su parte inferior, siendo todo ello el contenido del cuadro nº 7 (**Tableau 7**) y que se contiene en la monografía citada, como pueden comprobar en el cuadro reproducido con este texto.

Habrán observado como en la parte inferior del cuadro hay una importante aclaración, *que aparece en el texto original en negrilla* sin duda porque los autores han querido darle especial significación, pues dice: **“los síntomas y trastornos que pueden manifestarse en todos los grados comportan sordera, vértigo, acúfenos, cefalea, pérdidas de memoria, disfagia y trastornos de la articulación temporomandibular”**.



*Se te ha caído la dignidad  
Eres un despistado. ¡Picarón!*

## Anotaciones. -

Se constata y ahora desea recalcar que tales “**síntomas y trastornos**” como sordera, vértigo, acúfenos, cefalea, pérdidas de memoria, disfagia y trastornos de la articulación temporomandibular, **pueden manifestarse en todos los grados**” (incluyendo el grado 0).

De acuerdo con la investigación científica, algunos de estos trastornos se remiten a alteraciones del **sistema propioceptivo**. Otros los relacionan con el síndrome cervicoencefálico y en algunos casos por afectación de la arteria vertebrales.

El **sistema propioceptivo** recoge información en sus terminaciones nerviosas, que se encuentran en músculos, huesos y articulaciones. Tal información, de la fuerza y tono muscular, es enviada al cerebro con el fin de propiciar estabilidad y equilibrio al funcionamiento y control del sistema (precisión, coordinación, ritmo, velocidad...). En las articulaciones existen receptores en la cápsula y en los ligamentos.

Los corpúsculos de PACCINI (mecanorreceptores) reaccionan con rapidez antes a los movimientos, aceleraciones y vibraciones. A nivel articular existen receptores que captan los cambios lentos o rápidos de velocidad, o ya desde la posición de reposo o en situaciones en las que no hay movimiento, informando a nivel cerebral de la posición articular. Han sido descritos como terminaciones de RUFFINI, situados en la cápsula y otros de tipo GOLGI, en los ligamentos.

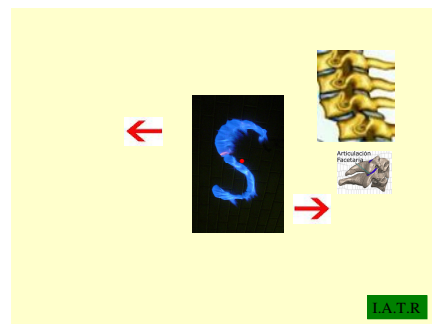
“Los corpúsculos de PACCINI **sobreviven a la denervación durante meses** sin que se observen en ellos grandes modificaciones estructurales, aunque la denervación es muy larga puede degenerar el núcleo interno. La reinervación se produce bien si el núcleo interno y la cápsula no están muy alterados... Los órganos tendinosos maduros tampoco cambian su estructura tras la denervación aunque el axon central degenera y es eliminado. Otro tanto sucede en los corpúsculos de RUFFINI”. *Propioceptores articulares y musculares*. Madrid, 27-28 de Noviembre de 1998. JOSÉ A. VEGA. Departamento de Morfología y Biología Celular. Universidad de Oviedo

Refiriéndose al **Latigazo Cervical**, CAILLET recoge: “los síntomas que se suponen resultan de esta lesión se han descrito de forma vaga, pero todos pueden atribuirse a nocicepción de los tejidos blandos lesionados; en este caso, de la columna cervical JOHKEES dijo: las víctimas se han recuperado muy bien de todas las demás fracturas y lesiones que el accidente causó y han regresado con estas a su trabajo y vida normales, pero ... es habitual el **drama 'sin síntomas'** de tensión en el cuello que necesita el tratamiento adecuado (para recuperación) de los tejidos blandos del cuello”. (R. CAILLET. *Síndromes dolorosos. Cuello y Brazo*, pág. 86. Manuel Moderno, México, 1993).

N.A. El sistema nociceptivo es el encargado de detectar y procesar la sensación dolorosa.

\* **Consideraciones cinemáticas. La curva S.** La lesión propioceptiva esta asociada a la implicación ligamentosa suboccipital, los musculos las articulaciones interapofisarias. Y es que todo el aparato posterior del raquis cervical acusa el insulto en los primeros 100 milisegundos a contar desde el inicio del impacto, cuando el vehículo es golpeado por su parte trasera. Es en ese momento cuando se produce la **curva S**, desencadenando el reflejo miotático que lleva aparejado la elongación brusca y refleja de la musculatura del cuello.

La **curva S** explica un movimiento anormal en doble sentido, desplazando ente este orden por un lado la vértebra suprayacente y por otro, en sentido contrario, la vertebra infrayacennnte. ....



**Ver Anexo II, epígrafe 11- La curva S. Consideraciones cinemáticas**

**C.5. “Los cuadros leves con exploración normal tras el periodo de curación no causan ningún déficit funcional permanente”.** (UNESPA).

**Comentario.-**

“**Cuadros leves**”. Se insiste en querer mostrar, una vez más, la levedad de estos procesos, por latigazo cervical, esto es, trayendo a colación una vez más la expresión “los cuadros leves...” No se cansan de ser tan espesos...

En 1928, CROWE (introdutor del término *whiplash*) había observado que “las lesiones dinámicas de la columna vertebral producen un traumatismo patológico real que lleva a la angustia e incapacidad prolongadas, que con frecuencia duran varios años después del accidente”

Al margen de sus limitaciones, en la Evaluación Basada en el Diagnóstico (“EBD I-II, RD 1971/1999) en lo que corresponde al grado EBD II determina un “porcentaje de discapacidad: 5 por 100”. Y ello sin tener en cuenta las complicaciones que habría que sumar en atención a esos a los **“síntomas y trastornos que pueden manifestarse en todos los grados...”**.

Además, con un espectro sintomático tan amplio como que **“los síntomas y trastornos que pueden manifestarse en todos los grados comportan sordera, vértigo, acúfenos, cefalea, pérdidas de memoria, disfagia y trastornos de la articulación temporomandibular”**, *cómo es posible decir que “los cuadros leves con exploración normal tras el periodo de curación no causan ningún déficit funcional permanente”*, cuando se esta ante *cuadros clínicos enorme calado diagnóstico, y que conocen tantas veces un evolución tórpida, con no pocas recaídas.*

Síntomas, que por otra parte, en ocasiones podrían obedecer a lesiones por **Latigazo Cervical asociado a un Síndrome CervicoEncefálico**. Tal síndrome a veces se presenta por un cuadro con sintomatología dispersa (cefalea, vértigos, irritabilidad, entre otros) y también con particularidad de poderse dar como **secuela tardía**. (Ver *Latigazo cervical ligado a síndrome*

*cervicoencefálico* [www.peritajemedicoforense.com](http://www.peritajemedicoforense.com) ). El amplio capítulo de los cuadros Craneoencefálico “leves”, donde hay que incluir las lesiones ligadas al latigazo cervical por un mecanismo de golpe/contragolpe, cada vez se está conociendo mejor merced a los avances técnicos que permiten estudios de perfusión / difusión del tejido cerebral. El infradiagnóstico de lesiones cerebrales de origen traumático explica que no pocas veces se tardan años en descubrirlas en su auténtica dimensión.

CAILLET recuerda que "de los síntomas resultantes a partir de las lesiones por esguinces cervicales, los más confusos son aquellos atribuibles a **sistema nervioso simpático**. La afectación del simpático puede ocurrir: por estimulación del simpático cervical posterior, de los elementos sensitivos C1 y C2, por irritación simpática simultánea durante la compresión de la raíz nerviosa a su paso por el agujero de conjunción, por compresión de la arteria o por invasión de las venas basilares. Por consiguiente, la irritación puede ser intraforaminal o extravertebral; los síntomas simpáticos son con frecuencia de tipo auditivo, tales como tinnitus -ocasionalmente sordera- y vértigos posturales o bien son de tipo ocular, como visión borrosa, dolor retroocular y dilatación pupilar del lado afecto, se dilata cuando la cabeza adopta una actitud neutra después de haberla girado. Otros síntomas simpáticos referidos por los pacientes son: hipoestesia corneal, miosis, rinorrea, sudoración, lacrimación y fotofobia"

**“Exploración normal”**. En primer término surge la pregunta de qué se entiende por *exploración normal*. ¿El texto se remite únicamente a una exploración física inmediata o, además, esta ha de ser completada con unos exámenes complementarios con el fin de colmar tal normalidad? En este último caso habría que actuar de acuerdo al **“actual estado de la ciencia y del conocimiento médico”** y contemplando **“los nuevos avances médicos”**, aspiraciones que sin duda tienen una vertiente económica en cuanto a los gastos que comportan.

Pero la cuestión puede complicarse si se trae a colación este texto: **“en el presente capítulo las secuelas se definen conforme al criterio de que puede existir o no lesión objetivable”**. Esto puede antojarse como un subterfugio para mermar el acceso a una serie de exploraciones que en muchos casos llevarían al

esclarecimiento del hecho clínico. Sin embargo si se parte de la premisa se que la *lesión no es objetivable*, alguno puede que piensa que no se va a objetivar a pesar de que se hagan otras exploraciones. Y bajo tal óptica utilitarista se cosecha el espíritu de derrota abonado en un *para qué* utilitarista, y para algunos la cuestión puede quedar zanjada con la estupidez que descansa en la ignorancia, “es que ya le hemos hecho una resonancia”.

**\*\*\* Las secuelas tardías del latigazo cervical es un problema médico real sobre el que existe una verdadera preocupación. Las técnicas de imagen de tipo morfológico son limitadas en los casos que existen alteraciones de la región parietal y occipital, que si es posible en ocasiones poner en evidencia con los métodos de estudio funcionales, como la resonancia magnética funcional. Ref. ANDREAS OTTE. Whiplash Injury: New Approaches of Functional Neuroimaging. 2012**

En cualquier caso se ha de exigir un informe escrito de las exploraciones realizadas, y, en su caso, las limitaciones de las mismas.

S. SINTZOFF advierte que "en el momento de la revolución por la RM - resonancia magnética- la radiología simple falta, llega a faltar, en el examen básico del raquis cervical, para la búsqueda de signos indirectos a veces sutiles". Esta exploración radiológica básica es prácticamente imprescindible en la mayoría de los casos, y ha de respetar un protocolo. Interesa "seguir una secuencia definida de exploraciones radiológicas -la exploración básica- de la columna cervical, a fin de impedir que se agrave una lesión existente" (J.J. HARRIS). En cualquier caso la secuencia para exploración radiológica *básica* - se insiste en ello - debe de incluir: la proyección anteroposterior; la imagen de boca abierta de la articulación atlantoaxioidea; la radiografía lateral en posición neutra; las proyecciones oblicuas. "Si la exploración básica es negativa o equívoca, o si el mecanismo del traumatismo y los hallazgos físicos indican subluxación de la columna cervical, entonces, y sólo entonces, están indicadas las imágenes laterales en flexión y extensión". El examen atlantoaxioideo hay que considerarlo de forma sistemática, ante la posibilidad de que por un mecanismo de latigazo cervical se produzcan fracturas que pudieran pasar desapercibidas u ocultas. Tampoco se ha de olvidar la vulnerabilidad de los niveles de transición cérvico-dorsal, de ahí que en el examen radiológico convencional se haya de incluir C7-D1.

“Los esguinces del raquis cervical son lesiones de las estructuras discoligamentosas intervertebrales extremadamente frecuentes. Resultan de un traumatismo craneocervical en flexión, en extensión o incluso en extensión y después flexión ((«whiplash injury» de los anglosajones). La severidad de las lesiones ligamentosas permite hacer la distinción entre esguinces benignos y esguinces graves. Los benignos son debidos a una distensión o a un discreto desgarro de los ligamentos que no conlleva desestabilización en el nivel intervertebral alcanzado. Por el contrario, los esguinces graves son debido a un desgarro de los ligamentos que provoca una desestabilización del raquis. El **diagnóstico es radiológico** y la frontera entre los dos con frecuencia es difícil de precisar”. (Ref. *Les entorses du rachis cervical inferieur*, C. LAPORTE, G. SAILLANT. C.H.U. Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris. Maitrise Orthopedique, noviembre 1997). Y estos mismos añaden:

“La clínica afirma el traumatismo del raquis a través del interrogatorio y la presencia de dolor cervical. El examen radiológico del raquis permite eliminar la presencia de una fractura o una luxación. Un **esguince grave no puede ser descartado con las placas normales pues puede aparecer al cabo del tiempo de un traumatismo una vez que los fenómenos dolorosos hayan desaparecido**. Un afectación radicular o una inversión de la curvatura (fisiológica) se pueden apreciar en los casos de simples dolores- Es preciso interesarse en buscar signos de esguince grave: hematoma de las partes blandas prerraquideas, cifosis, antelistesis, bostezos articulares y aumento de la separación interespinosas.... Ante la menor duda el examen radiográfico de perfil debe ser repetido al cabo de un tiempo del traumatismo junto con proyecciones dinámicas (funcionales) en flexión cervical máxima”. (*Les entorses du rachis cervical inferieur*, C. LAPORTE, G. SAILLANT, o.c.).

En resumen, en ocasiones una fractura cervical no se aprecia en el primer examen radiológico, como el que se practica en los hospitales rutinariamente a raíz de un accidente de tráfico y con las proyecciones habituales. Entre otras cosas hay que considerar que la reacción de contractura de los músculos de la región cervical que sigue al accidente pueden camuflar la fractura. Es por eso que dicha fractura sólo podrá ser apreciada al cabo de algún tiempo, con un nuevo examen radiológico y con proyecciones específicas, esto es, con estudios funcionales (que sólo se han de practicar cuando la contractura muscular haya desaparecido).

**“Tras”**. Igualmente cabe preguntarse en que forma ha de aplicarse la preposición **“tras”** (que indica posterioridad, ya en el espacio ya en el tiempo). ¿Ha de entenderse inmediatamente después, o un tiempo después de una observación prudencial siempre bajo un juicio médico experto?

Determinados síntomas o trastornos pueden recidivar *tras* su desaparición momentánea bajo una aparente mejoría, pero de cualquier modo remitiéndose al cuadro inicial, calificado inicialmente como “leve”. Sucede con cierta frecuencia. El proceso inicial, establecido en el grado que fuere (por ejemplo leve) se vienen a presentar síntomas y trastornos, entre otros como los citados (sordera, vértigo, acúfenos, cefalea, pérdidas de memoria, disfagia, trastornos de la articulación temporomandibular...) *precisamente cuando ese proceso inicial ya está en vías de curación o se da por curado*. Esto es, “tras el periodo de curación”. Y realmente el problema es si va a evolucionar esa lesión / secuela en su caso, a modo de daño residual, por complicaciones (de severidad variable) de un estado previo (leve).

En los Servicios de Urgencia Hospitalarios, y establecimientos sanitarios asimilados, no se puede pretender que se haga en esa primera asistencia un diagnóstico concreto, y en todo su alcance, del proceso que surge a raíz del accidente de tráfico. Un proceso con un juicio pronóstico inicial de “leve” puede evolucionar no pocas veces hacia una mayor severidad. Es por eso que en la práctica clínica siempre se usa al clásica y prudente fórmula se “leve salvo complicaciones”. Tal entender ha sido recogido por los tribunales en más de una ocasión. Así, el Juzgado Contencioso nº 8 de Sevilla absolvió en 2007 al Servicio Andaluz de Salud ante la demanda interpuesta por una paciente por retraso en el diagnóstico en el servicio de urgencia, precisamente argumentando que **en urgencias no hay diagnóstico definitivo, tan sólo una impresión diagnóstica** (ver *Diario Médico*, 05.11.2007).

Una cosa son los protocolos de actuación en urgencias (por ejemplo en un Infarto de Miocardio) atendiendo la urgencia como tal, aunque esta ha de ir mucho más allá de planteamiento catastrofistas. Otra cosa es que es el protocolo posterior atendiendo a la evolución/complicaciones del paciente.



(*Asistencia médica de urgencia versus urgencia*, [www.peritajemedicoforense.com](http://www.peritajemedicoforense.com), enero/2002. Este artículo analiza la urgencia en tres dimensiones: *quo ad vitam*, *quo ad organum*, *quo ad quo ad functionem*. Esto es, de órgano, de vida y de función, en la pretensión de superar la visión primitiva de “urgencia vital. El texto fue publicado inicialmente en *Profesión Médica*, 15.02.85 y 28.02.85, primera y segunda parte, respectivamente).

Es preciso saber también que los tratamientos sintomáticos iniciales y posteriores pueden contribuir, y de hecho muchas veces es así, a un enmascaramiento, anestesia o “distracción” del proceso ya en si mismo, ya en una mayor dimensión. Y más aún si se añaden terapias de **potenciación y fortalecimiento muscular** con resultados “extraordinarios” pero que decaen paulatinamente hasta su “natural”, esto es, al estado y tono propio que tenía el lesionado antes del accidente, al incorporarse el paciente al curso y a la rutina de su vida habitual. Es entonces, con el antecedente de esa “gotera” inicial, la columna cervical puede desestabilizarse, y, por ejemplo, derivar hacia un afectación radicular. Y es que la lesión, valga el símil con fines explicativos, “repisa” en el tiempo, como la puede hacer un edificio al cabo del tiempo, como después de un terremoto inicial.

**“No causan ningún déficit funcional permanente”**. El texto es categórico, pues dice “ningún”. ¿Cómo se va a entender tal déficit funcional permanente? Según su letra en cualquier proyección (para la vida ordinaria, laboral, ocio...)

Esto no responde al “espíritu” de la Clasificación de Québec. No es ese, pues entiende: “nosotros consideramos que el estado ‘crónico’, o el comienzo de la cronicidad, como una constante clínica muy seria teniendo consecuencias serias en salud pública. Nosotros pensamos que **en todos los grados**, es extremadamente importante actuar para **prevenir la cronicidad**. Nosotros consideramos igualmente que **después de 45 días**, la presencia de molestias importantes y la incapacidad residual constituyen una **advertencia seria de cronicidad**, justificando intervenciones clínicas enérgicas y una consulta clínica interdisciplinar” (trastornos asociados al esguince cervical (Sección 3, pág. 2).

Esto quiere decir que “**en todos los grados**” (extensible al grado 0) es posible que se presente la cronicidad. Y **la cronicidad de un proceso lleva a interrogarse ante eventual incapacidad residual**, y más aún en aspectos concretos como lo son las exigencias laborales, donde la proyección funcional de la lesión/secuela siempre ha de hacerse en el contexto de la relación lesión-tarea (o binomio lesión/tarea).

El “**déficit funcional permanente**” hay que entenderlo por una parte de forma *genérica* (gestos, actos, exigencias en general para la vida cotidiana). Por otra parte en su proyección *específica*, como es para el ejercicio de determinadas actividades u oficios, esto es siempre dentro del binomio o relación lesión-tarea. En estas condiciones del problema cervical inicial, puede después derivarse, y aparecer en el tiempo, por ejemplo, un trastorno del equilibrio, quizá con escasa o nula trascendencia para los requerimientos de la vida ordinaria, pero que en absoluto, y por mínimo que sea, o su presentación tome un carácter aleatorio, habilitan para el ejercicio de determinados oficios (así, albañil, u otros trabajos en altura).

Al mismo tiempo, en esas condiciones, ante la persistencia de los síntomas en el paciente, y frente a otras propuestas de protocolo, esos **45 días** pueden entenderse como un tiempo más que suficiente como para arbitrar una serie de exploraciones básicas con la finalidad conocer mejor la realidad clínica del lesionado. Y no sólo de imagen, también en lo neurofisiológico. Con el daño radicular hay que ser especialmente cuidadoso, pues la persistencia de sus síntomas sin aclarar su origen y alcance puede causar mayores daños precisamente por no haber actuado en su tiempo.

En cualquier caso la Clasificación de Québec tiene un **carácter relativo** (“una cierta...”) como sus autores lo expresan. Y es que el Grupo de Québec, desde la prudencia, le imprimen tal orientación observando: “proponemos una clasificación de los Trastornos Asociados al Esguince Cervical según dos ejes: 1) un eje anatomoclínico y 2) un eje temporal. El eje anatomoclínico, que representa una recomendación primordial del Grupo de Trabajo de Québec sobre los Trastornos Asociados al Esguince

Cervical, comportan cinco estadios. Aunque **nosotros no hayamos considerado el valor ni la especificidad hasta el punto en que estos grados reflejan la gravedad**, existe sin embargo una **cierta correspondencia** entre el grado y la gravedad”. (Sección 3, pág. 1).

La anotación parece indicar que el criterio ha de entenderse en un ámbito estadístico/epidemiológico en la manera que dicen **“existe sin embargo una cierta correspondencia entre el grado y la gravedad”** pero al mismo tiempo no ha de aplicarse al caso singular del paciente, ya que advierten que **“nosotros no hayamos considerado el valor ni la especificidad hasta el punto en que estos grados reflejan la gravedad”**. (El término “cierto” / “cierta” ha de tomarse ahora como una acepción que se remite a que no está determinado de forma precisa).

Hemos de colacionar de nuevo lo dicho antes. **Hasta la fecha no hay un método de predicción evolutiva suficientemente fiable como para hacer un pronóstico de este tipo de lesiones.** Es pretencioso pronunciarse de otra forma. Las dificultades del problema persisten. Desde distintos sectores se continúan haciendo estudios con el fin de evitar la alta tasa de cronicidad por las lesiones provocadas por latigazo cervical. Y para ello se propone una mejor gestión con el fin de identificar indicadores pronósticos que puedan ser de ayuda para la evaluación precoz. Así en trabajo recientemente publicado (\*) los puntos clave con los que concluye dicho trabajo son: a) las manifestaciones agudas del latigazo cervical son heterogéneas, lo que sugiere el establecer un sistema de triage para llegar a un diagnóstico individualizado y tomar decisiones en consecuencia; b) es urgente el manejo del dolor moderado o severo; c) es necesaria la información, formación y rehabilitación física y psicológica pero no de forma arbitraria; d) se requiere una investigación adicional sobre los daños que tienen lugar en los tejidos blandos. (\*) Toward Optimal Early Management After Whiplash Injury to Lessen the Rate of Transition to Chronicity. (Hacia una gestión óptima y precoz de las lesiones por latigazo cervical con el fin de reducir su tasa de cronicidad). Ref. SPINE Volume 36, Number 25S, pp S335–S342, ©2011, Lippincott Williams & Wilkins).

“Estudios de larga evolución demuestran que existe una discapacidad significativa por lesión sólo de los tejidos blandos cervicales y que no se relaciona con ningún litigio legal. Se han postulado varias causas como responsables de la persistencia de los síntomas tras un latigazo cervical, pero **el más importante es el dolor crónico**. El dolor crónico tiene un origen multifactorial y puede ser generado por alteración de la musculatura cervical y del hombro, lesiones de las articulaciones interapofisarias (las más frecuentes son C2-C3 y C5-C6), lesiones discales, lesiones de los ligamentos cervicales, fracturas ocultas (en especial del complejo atlanto-axoideo), lesiones de las meninges o de los ligamentos meníngeos, neuralgia occipital, alteración de la articulación temporomandibular, migraña de la arteria basilar y/o disfunción cervicotorácica”.

Ref. TRAUMATISMO CRANEAL LEVE Y SÍNDROME POSTCONMOCIONAL **ASOCIACIÓN DE TCE LEVE Y LATIGAZO CERVICAL**. BASCUÑANA AMBRÓS H. *Rehabilitación* (Madrid) 2002;36(6):333-345 32 H. BASCUÑANA AMBRÓS, M.<sup>a</sup> L. C. LABI, I. VILLARREAL SALCEDO y A. SANTANA BÁEZ, *Jefe del Servicio de RHB Clínica MATT (Tarragona) y Coordinadora GECIP-u-TCE Barcelona. Eire County Medical Center. Buffalo, NY. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. Neuropsicóloga MATT y GECIP-u-TCE.*

Los autores a su vez se remiten a los siguientes: Taylor JR, Twomey LT. Acute injuries to cervical joints: an autopsy study of neck sprain. *Spine* 1993;18:1115- 22. // Hildingsson C, Toolanen G. Outcome after soft-tissue injury of the cervical spine: a prospective study of 93 car-accident victims. *Acta Orthop Scand* 1990;61: 357-9. // Carrette S. Whiplash injury and chronic pain. *N Engl J Med* 1994;330:1083-4. // Hodson SP, Grundy M. Whiplash injuries: their longterm prognosis and its relationship to compensation. *Neuro-Orthopedics* 1989;7:88-91. // Marion MS, Cevette MJ. Tinniturs. *Mayo Clin Proc* 1991;66:614-20. // Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on whiplash-associated disorders: redefining «whiplash» and its management. *Spine* 1995; 20 (Suppl 8):8S-73S. // Sherman AL, Young JL. Musculoskeletal rehabilitation and sports medicine. 1. Head and spine injuries. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80 (Suppl 1):S40-9. // Barnsley L, Lord SM, Wallis BJ, Bogduk N. The prevalence of chronic cervical zygapophyseal joint pain after whiplash. *Spine* 1995;20:20-6. // Anderson JM, Kaplan MS, Felsenthal G

**C.6. “la acreditación de su existencia y la valoración del daño resultante dependerá del cumplimiento de los criterios médico-legales de causalidad, que lo relacionan con el accidente sufrido. Entre los referidos criterios de causalidad son de especial relevancia:**

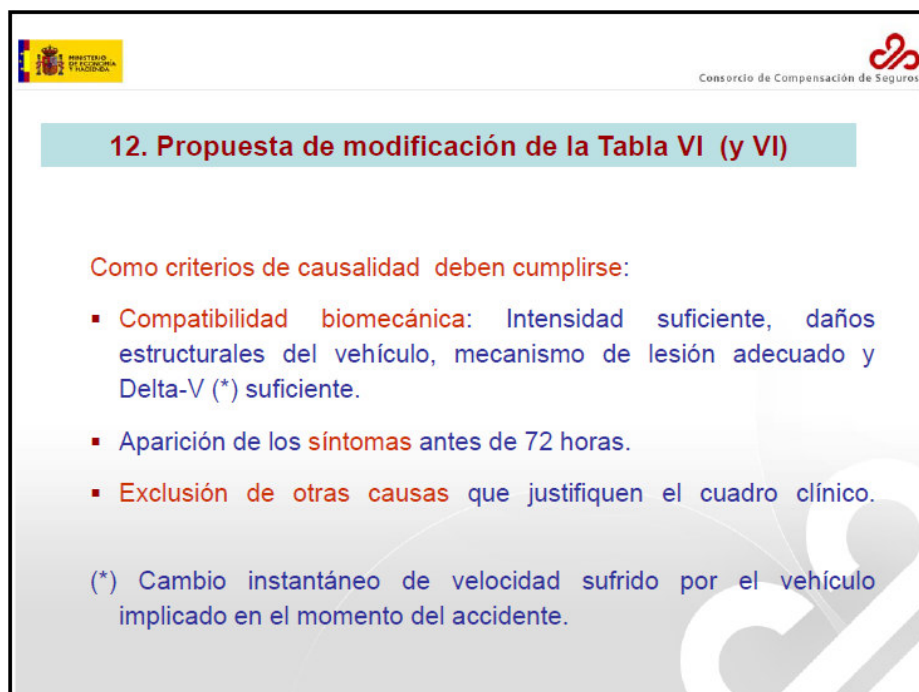
**1) Criterio cronológico: aparición de los síntomas en periodo médicamente explicable.**


**2) Criterio cuantitativo de intensidad del traumatismo / compatibilidad biomecánica (intensidad suficiente, mecanismo de la producción adecuado.**


**3) Criterio de exclusión de otras causas que justifiquen el cuadro clínico”. (UNESPA).**

### **Comentario.-**

Texto muy preocupante y más aún si se relaciona con una exposición presentada en el Forum MediaSegur bajo el título *El Baremo: presente y futuro* ([www.inade.net/archivos/actualidad/FM02\\_20110223-Badillo.pdf](http://www.inade.net/archivos/actualidad/FM02_20110223-Badillo.pdf)). Jornadas INADE (Instituto Atlántico del Seguro) 22.02.11.



 MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

 Consorcio de Compensación de Seguros

## 12. Propuesta de modificación de la Tabla VI (y VI)

Como criterios de causalidad deben cumplirse:

- **Compatibilidad biomecánica:** Intensidad suficiente, daños estructurales del vehículo, mecanismo de lesión adecuado y Delta-V (\*) suficiente.
- **Aparición de los síntomas** antes de 72 horas.
- **Exclusión de otras causas** que justifiquen el cuadro clínico.

(\*) Cambio instantáneo de velocidad sufrido por el vehículo implicado en el momento del accidente.

**Apréciense como en la parte superior de la diapo figuran las referencias del Ministerio de Economía y Hacienda (izquierda) y I Consorcio de Compensación de Seguros (derecha).**

NA.- Diapositiva nº 49, de un total de 50 (la última, cuyo texto es “muchas gracias por la atención prestada”). Hay que presumir que dado que esta proyección tiene lugar finalizando la exposición, el público ya tendría síntomas de cansancio, y es posible que muchos de los allí presentes sólo apreciaran tangencialmente la trascendencia del texto. Pero ¡Terrible! Para las víctimas de los accidentes. Eso sí, a continuación aplausos.

Se comentará conjuntamente el contenido de la DIAPO con el texto C.6. Se puede pensar que la exigencia de la “aparición de los síntomas antes de las 72 horas” junto con la referencia al “Delta-V” pudiera reglamentarse en el futuro texto legal o tomarse en la práctica como un reglamento *de facto*. De aprobarse tal propuesta, como podrán comprobar, el camino que ha de recorrer el lesionado por latigazo cervical, quedaría sembrado de obstáculos. Y en la pretensión de que lo que menos cuenta es la opinión médica o de contrastarla con la del mecánico, el ingeniero, el chatarrero en su caso, y hasta si es preciso el psicólogo. En gran número de casos le van a suponer unos gastos periciales difíciles de asumir. Tanto que hará ilusoria hacer valer su derecho. Da la impresión que de lo que se trata es de enredar a la gente, complicarle la vida con pretensiones basadas en ocurrencias **que no se corresponden con “el actual estado de la ciencia y del conocimiento médico”, “desde un punto de vista exclusivamente científico”**.

El asunto va para pronto, pues “**una comisión de expertos** creada por los Ministerios de Economía y Hacienda y de Justicia, con reuniones mensuales desde septiembre/2010, presentará en el primer semestre de 2012 un informe final sobre las modificaciones del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, conocido popularmente como Baremo”. Aunque noticias más recientes dicen que el tiempo se ha prolongado hasta el tercer trimestre del año en curso.

Viendo sus oficios se ve que son *gente de leyes y cuentas*. No hay duda que determinadas precisiones les tienen que resultar sumamente complejas. Si se trata de modificar el “sistema de valoración de daños (lesiones y secuelas) causados a las personas en accidente de circulación”, esto es modificar el Baremo, parece lógico que entre esos expertos hubiese *hombres de ciencia*. No es suficiente con los asesoramientos desde la retaguardia.

En un proyecto tan importante, que va a afectar directamente a las víctimas de los accidentes de tráfico, potencialmente a toda la ciudadanía, ahora si es momento de aprovechar los recursos patrios. Se **debería de contar al menos con la opinión y el consejo de quienes tiene capacidad para ello, como las distintas sociedades científicas de este país** (traumatología, rehabilitación, neurología, psiquiatría etc.)

Cualquier baremo es hartamente insuficiencia dada la complejidad de la naturaleza humana, aspecto que se ve abundado en las situaciones de enfermedad. Un Baremo puede ser útil, pero siempre con carácter orientativo, como ocurre en gran número de países de Europa, Y es que no puede ser de otra manera, dada la singularidad del hecho clínico, su individualidad, cosa que bien clara en el aserto clásico de que “no hay enfermedades sino enfermos”. Y único forma también de poder administrar rectamente la justicia, para lo que es indispensable dar entrada a la tutela judicial efectiva

Hay cuestiones de hecho fundamentales, que parece que se salen de las capacidades de tales expertos. Parece que tenían razón aquellos que decían cosas como estas:

... del “desprecio de los hechos” que a veces se observa en la práctica procesal. • “Una curiosidad de la ciencia del derecho es que todos los juristas hablan continuamente del hecho jurídico, pero ni uno solo se preocupa de explicar al lado del adjetivo *jurídico* el sustantivo, *el hecho*, que lo sostiene” (MUÑOZ SABATÉ, remitiéndose a CARNELUTTI)

• “necesitamos jueces *factistas* más que *juristas*” (SENTIS MELERO)

El caso es que dado “el actual estado de la ciencia y del conocimiento médico”, “desde un punto de vista exclusivamente científico” hay que puntualizar:

“**Criterios médico-legales**”. ¿Qué es eso? En una cuestión tan técnica como la que ahora se trata, será necesario recabar **criterios médicos**. Y lo legal en el momento procesal oportuno. Ha de quedar bien **nítida la división entre hecho y derecho**. Es preciso acabar de una vez con esa impertinencia, pedantería, de *consideraciones médico-legales*, y que figura en algunos informes de esos que se autodenominan *médicos-legistas*. Eso quizá en otra época. Ya no.

## **1) “Compatibilidad biomecánica. Intensidad Suficiente, daños estructurales del vehículo, mecanismo de lesión adecuado. Delta V suficiente”**

**Los vehículos actuales en Colisiones a Baja velocidad tienen menos daños estructurales que los de otro tiempo, e incluso pueden estar ausentes...**

Vean **Anexo II**

### **Latigazo Cervical**

#### **Compatibilidad de lesiones y daños estructurales en los vehículos**

## **2) Criterio de exclusión de otras causas que justifiquen el cuadro clínico**

Sobre las discusiones sobre el origen traumático de las hernias discales, un autor del peso específico como JÜRGEN KRÄMER, en su obra sobre la patología del disco intervertebral (y sobre la base de estudios realizados en el laboratorio de biomecánica) lo deja muy bien explicado, pues bajo el epígrafe “Rotura aislada traumática del disco intervertebral” dice:

“El desgarro discal traumático sin fractura vertebral concomitante ha sido tema de numerosas discusiones científicas, sobre todo en caso de peritajes”.

“Una rotura discal puede llevarse a cabo por dos efectos traumáticos diferentes: por compresión y por extensión. Ambos pueden estar combinados con un movimiento de torsión y estos traumatismos combinados son frecuentes. La rotura discal por compresión axial de la columna vertebral supone siempre un disco predegenerado”.

“Nosotros hemos visto en nuestros experimentos que bajo fuerzas violentas aparece con más frecuencia una fractura por impresión del cuerpo vertebral que el aplastamiento del disco intervertebral. La práctica diaria confirma estas observaciones: lesiones por compresión de la columna vertebral se encuentran generalmente en la región dorsolumbar; en cambio las lesiones del disco intervertebral aparecen siempre en las regiones donde se encuentra más a menudo los degenerativos, como son la parte baja de la columna cervical y de la columna lumbar. Si se disecciona un disco intervertebral intacto se puede observar por que ese tejido no puede ser lesionado tan fácilmente por



compresión. Pero si la consistencia del tejido discal presenta desgarros y laxitud en su estructura, al aplicarse la compresión axial, puede ser expulsado un sequestro que perfore el disco intervertebral. En estos casos el traumatismo proporciona sólo el golpe final para la rotura del disco intervertebral, que ya esta de todos modos “acabado”. (En resumen en estos casos el traumatismo por compresión da el “golpe de gracia”. Y es que un disco previamente degenerado se vuelve más vulnerable en el caso de un efecto traumático).

“La rotura del disco intervertebral es más probable que se produzca por *distracción* extrema. Grandes fuerzas de tracción aparecen por ejemplo en todas las fuerzas repentinas de la columna vertebral... El mecanismo de estas lesiones se presenta en los traumatismos en hiperflexión o extensión, por ejemplo **en el traumatismo por latigazo cervical y en la flexiones acentuadas de la región dorsolumbar...** El riesgo de una rotura discal está aumentado cuando existe, además, un movimiento de torsión” Ref. Patología del disco intervertebral. J. KRÄMER. Ediciones Doyma, S.A., Barcelona, 1989).

Con frecuencia al lesionado le dicen “esto ya no lo tenías de antes”, aunque se trate de jóvenes imberbes. Hace pensar que a algunos muy mal los parió su madre. Pero si es así entre esos habrá que incluir a los de “morro” desproporcionado.

### 3) “aparición de los síntomas antes de las 72 horas”

Cómo se va contabilizar tal plazo? O el plazo que se fije. ¿Cómo lo podrá acreditar el lesionado? Probablemente le van a exigir una constatación clínica. Un documento de asistencia médica. Esto puede ser fuente de problemas. Debería de bastar, es suficiente, la constatación del accidente, *dado el enorme potencial lesivo del latigazo cervical*, con o sin daños estructurales en el vehículo.

Esta *ocurrencia cronológica* sólo puede ser fruto de la ofuscación o de aquellos que, por los motivos que sean, pretenden subvertir los principios básicos del ejercicio médico. Da la impresión que están abogando por el síntoma *flash*. Parece que en “medicina de los seguros”, algunos pretenden resolver los problemas de una forma “rápida y sencilla”. No obstante una práctica médica responsable requiere tomar de decisiones desde actitudes más sosegadas. Y los Colegios Médicos, esos adelantados de la ética médica ¿Qué?

Al mismo tiempo cuando se habla de “los síntomas”, esto es, en plural, igualmente hay que preguntarse de qué síntomas se trata. ¿De algunos síntomas, de todos los síntomas? Y es que junto a los síntomas iniciales (en cualquier caso de aparición variable, y muchas veces más allá de las 72 horas) hay que colacionar otros síntomas, los que se suceden en un plazo medio y los tardíos (que pueden aparecer incluso cuando al paciente se le estima curado). Por otra parte están *los trastornos y complicaciones que pueden aparecer en cualquier momento*. Una cosa es el *periodo de latencia* de 72 horas para ciertos síntomas en un orden estadístico, y otra muy distinta es la pluralidad de respuestas en los pacientes. Al mismo tiempo hay que considerar que junto a lo que se entiende con carácter general como *evolución natural del proceso* existen toda una amplia gama de variantes íntimamente ligadas a las particularidades de cada paciente, curso que, además, entre otras cosas se ve alterado por la medicación prescrita sobre la base de un diagnóstico incompleto, incorrecto o por la nada infrecuente automedicación.

Las afectaciones radicales pueden aparecer más allá de los tres meses (como luego se documentará: A. STATES remitiéndose a QUINTNER). Las alteraciones del equilibrio, las lesiones de la ATM (articulación temporomandibular) varias semanas después del accidente. Y es que en todo esto, hay que repetirlo, el factor muscular, en la defensa de las zonas y estructuras de vecindad, para su defensa y protección, participa de una forma nada desdeñable, en especial en sujetos jóvenes. Esta acción / tensión del músculo se puede comparar de alguna manera a los tensores y vientos de una tienda de campaña. Pero la fatiga (en este caso la fatiga muscular asociada) y el tiempo termina haciendo mella en la más numantina de las defensas.



Por ello se van a hacer unas **consideraciones** muy familiares para los que se dedica a la práctica del oficio médico:

\* **“presentación clínica”** del cuadro por un mecanismo de Latigazo Cervical (LC). “habitualmente el paciente se presenta al médico al cabo de **más de 24 horas** después del traumatismo”.

(Ref.- Tableau / Cuadro nº 8. **“Redéfinir le Whiplash et sa prise en charge”**, en tanto que el texto de Monographie Scientifique du Groupe de Travail Québécoise Sur Les Troubles associés à l'entorse cervicale (TAEC).

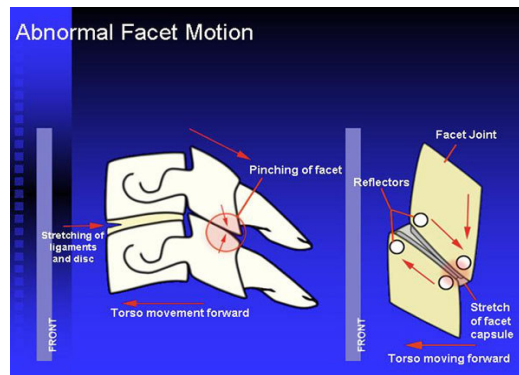
\* **La inmensa mayoría de la gente no conoce la trascendencia que para su integridad personal puede tener un “impacto menor” o estas colisiones a baja velocidad.**

Ver Latigazo cervical y fraude epígrafe 4. El cultivo de la ignorancia del pueblo

\* **Determinadas patologías ligadas al LC no van ni mucho menos ligadas de forma inmediata al hecho traumático.**

“La prueba del nexo de causalidad entre el traumatismo y la artrosis vertebral” y que ahora para llevada al raquis cervical, SINTZOFF y cols., remitiéndose a MÉLENEC, anotas: “las manifestaciones funcionales sobrevienen después de un periodo de latencia corto de algunos **días a algunas semanas**. Radiológicamente el raquis está indemne, al margen de algunas alteraciones de la estática raquídea, de interpretación por lo demás discutible. **En las semanas y los meses que siguen al accidente aparece una osteofitosis o un debilitamiento discal focal, una artrosis interapofisaria cuando las manifestaciones dolorosas evolucionan con crisis recidivantes**”. (Serge SINTZOF. *L'imagerie en évaluation du dommage corporel*, pág. 426. Edit. Springer-Verlag, Paris, 1993).

Y en efecto afectación de las facetas articulares de la articulación interapofisaria (llamada también interfacetaria, facetaria o cigoapofisaria) es muy frecuente en los casos de latigazo cervical, especialmente propiciada por mecanismo de **cizallamiento** (ver imagen) “La afectación interfacetaria con ocasión de “whiplash” del es alta LORD y colbs. (1996) estimaron que la evidencia de tales lesiones era del 50-60%.”. LORD SM, BARNESLEY L., WALIIS BJ, BOGDUK N. Chronic cervical zygapophysial joint pain after whiplash: a placebo controlled prevalence study. Spine 1996; 21 (15): 1737-1745.



[www.InjuryResources.com](http://www.InjuryResources.com)

© Copyright 2002, BodyMind Publications.

“Los síntomas y trastornos que pueden manifestarse en todos los grados comportan sordera, vértigo, acúfenos, cefalea, pérdidas de memoria, disfagia y trastornos de la articulación temporomandibular)” aparecen en ocasiones al cabo de semanas. Y cuando dicen en “todos los grados” se incluye el grado 0, esto es, sin síntomas iniciales. (Tableau / Cuadro nº 8, “Redéfinir le Whiplash et sa prise en charge”, o.c.).

**\* “La demora en la aparición de los síntomas, que el paciente manifiesta con frecuencia, probablemente está relacionada**

**con el derrame gradual y la hemorragia microscópica en los músculos flexores del cuello.** El fracaso en resolver para resolver este derrame y la hemorragia microscópica durante la fase aguda temprana, puede explicar la evolución hacia etapas crónicas...”. (R. CAILLET. *Síndromes dolorosos. Cuello y Brazo*, pág. 90. Manuel Moderno, México, 1993).

En este tipo de violencias, por accidentes de vehículos con motor (AVM) en la interacción hombre-máquina-entorno, o, ocupante-vehículo-escenario del accidente, los gestos motores defensivos interesan niveles anatómicos que son hipersolicitados, en una encrucijada muy conflictiva: el cuello. La posibilidad producción de lesiones es alta y de diversa entidad. Sus manifestaciones pueden demorarse en su presentación en el tiempo, desde horas, semanas hasta meses y aún años. Es explicable por las reacciones irritativas y cicatriciales que se producen en la zona que ha sufrido una agresión traumática inicial. La consecuencia es la progresión de los cambios biomecánicos que involucran a dicha región anatómica y sus áreas de vecindad, perturbando la estabilidad del segmento vertebrado. A partir del momento en que aparece el accidente, tanto que junto a los síntomas iniciales es preciso colacionar los tardíos. En este sentido no faltan estudios epidemiológicos en la medicina y patología de la automoción que confirman estos extremos. A. STATES se remite a QUINTNER quien demostró como en 37 pacientes víctimas de lesiones por colisiones de vehículos a motor en un 65% las afectaciones radicales se daban en un plazo de tres meses y el 35% más allá de ese tiempo. En cualquier caso, hay que tener muy presente que la potencialidad lesional en estas circunstancias es muy alta, por ello se merece especial consideración, toda vez que, en bastantes casos existe una discordancia entre los datos exploratorios y las manifestaciones clínicas y sintomáticas del enfermo. Vienen a abundar las dificultades cuando se sabe que existen daños y alteraciones patológicas que no se alcanzan a diagnosticar con los medios instrumentales al uso. (Latigazo cervical y colisiones a baja velocidad, o.c., págs 5 y 6).

La afectación de la **ATM** (articulación Temporo- Mandibular) **en un 15% de los casos tarda más de un mes en manifestarse.** Semejante medida y prudencia hay que tenerla presente para otro tipo de complicaciones. En fin, las propias complicaciones por desestabilización del eje vertebral tienen tantas veces un curso

lento, surgiendo en su momento, por ejemplo, daños radiculares. El músculo, en principio y en la medida de sus posibilidades intenta proteger ya sea la articulación, la raíz nerviosa, etc, mediante adoptando de forma refleja aptitudes antiálgicas, mecanismos vicariantes, y en suma tratando de dar amparo a la estructura que corre el riesgo de ser dañada. Pero el músculo llega un momento que se manifiesta su fatiga y termina claudicando. Y entonces es posible que la lesión salga a la luz.

\* **La prescripción del “collarin”** (siendo el blando el más habitual) y su uso durante varios días, que muchas veces se prescribe aún en ausencia de síntomas o de su escasa presencia inicial, pero como elemento preventivo (dado el alto potencial lesivo de esta patrón cinemático) explica el retraso en la aparición de otros síntomas de mayor entidad.

Cuando el lesionado abandona la relativa inmovilidad que condiciona ese elemento externo (“collarin”) resulta explicable que es a partir de ese momento en que bien puedan comenzar a manifestarse algunos de los síntomas recogidos anteriormente, esto es, **“los síntomas y trastornos que pueden manifestarse en todos los grados comportan sordera, vértigo, acúfenos, cefalea, pérdidas de memoria, disfagia y trastornos de la articulación temporomandibular”**.

.... **En algunos foros de especialista en Otorrinolaringología** se han quejado de la poca atención a que se les presta para la evaluación de estos pacientes Ver **Latigazo cervical y fraude epígrafe** 6.- ¿Es fraude la exploración deficiente? 6.2. El examen instrumental ha de acatar unos protocolos. Pruebas funcionales del equilibrio ....

**“El periodo transcurrido desde el impacto hasta la presentación de los síntomas fue diverso, desde segundos a semanas. El 48 % de los casos presentaron sintomatología en las primeras 2 h tras el accidente”**. Ref. *Expresión clínica de las alteraciones del equilibrio en pacientes con síndrome de latigazo cervical*. Michel A. Uehara Benites, Herminio Pérez-Garrigues y Constantino Morera Pérez. *Unidad de Otoneurología, Servicio*

*de Otorrinolaringología, Hospital La Fe, Valencia, España. Acta Otorrinolaringol Esp. 2009; 60(3):155-9.*

**\* Los tratamientos sintomáticos iniciales y posteriores pueden contribuir, y de hecho muchas veces es así, a un enmascaramiento, anestesia o “distracción” del proceso ya en sí mismo, ya en una mayor dimensión.** En todo caso la valoración del paciente en el verdadero alcance de su lesión / secuela ha de acatarse un principio general. Y que es preciso conocer su capacidad de respuesta una vez que está inmerso en el medio que les es propio, esto es atendiendo a las condiciones de acción-interacción en lo que son sus condiciones de vida normal, entre otras las que están directamente ligadas a los requerimientos propios de su trabajo. Determinados síntomas o signos clínicos a veces tan sólo afloran ante determinados umbrales de excitación.

Este común denominador ante diversas situaciones patológicas es especialmente recogido por el citado HENRY (o.c., pag. 89). con respecto al síndrome postconmocional (SPC). Dice: “El sentimiento inicial de haberse librado por poco sin lesión aparente va a acentuar la normalidad milagrosa: los cambios de adaptación sólo manifestaran distanciados de esta euforia inicial. El periodo de reposo impuesto por el accidente, la baja temporal en el trabajo, pueden contribuir a dar una ilusión de aparente normalidad, ligada únicamente a la a la reducción del estrés del entorno. La sintomatología se manifestará únicamente cuando el paciente se encuentre de nuevo sumergido en su ecosistema habitual”. *Ref.- Latigazo Cervical ligado al Síndrome Cervicoencefálico. [www.peritajemedicoforemse.com](http://www.peritajemedicoforemse.com)*.

La cuestión a veces es sumamente compleja. Algunos clínicos franceses de finales del siglo XIX y principios del pasado habían *observado* como el dolor por insuficiencia coronaria en determinados pacientes no se manifestaba con ocasión de la realización de su trabajo habitual. En cambio si temían dolor precordial en la realización de otro tipo de esfuerzos ajenos a su actividad laboral. Quizás esto ahora pueda explicarse por la liberación de endorfinas, actuando sobre los receptores cerebrales en su percepción del dolor, ante contextos y requerimientos específicos, pero sólo en dichas situaciones. En cualquier caso esto nos remite a un contexto ergonómico de acción/interacción, bajo el esquema recíproco de comportamiento / situación (acomodación / asimilación) y en suma la enorme dificultad que tantas veces comporta la determinación de la carga interna (“astreinte”) como respuesta a una carga externa (“contrainte”).

Hay que considerar que en problema para la víctima del accidente en muchos casos no es tanto el plazo de la aparición de los síntomas, que pueden ser precoces, sino el momento en que toma la decisión de acudir al médico. Y esto puede traerle problemas si se pretende vincular la primera consulta con el facultativo con la fecha inicial de la sintomatología.

Finalmente, ya se dijo, valga el símil con alcance explicativo, la lesión “repisa” en el tiempo, como la puede hacer un edificio después de un *terremoto inicial*. Y es que todo esto es un terremoto...

UNESPA, me has enfurecido. No puedo llamarte Profesor. Lo tuyo es la aritmética elemental. ¡*Feriante!*

septiembre / 2012

© Miguel Rodríguez Jouvencel  
e-mail: [mrjouvencel@gmail.com](mailto:mrjouvencel@gmail.com)

**La conciencia crítica obliga a vivir en voz alta. La respuesta no puede esperar**



***Ciencia en movimiento***



## Apéndice.-

## Los “UNESPA boys”

**Los médicos participantes en la revisión de la tabla VI** - Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación - que han **colaborado con la Patronal Aseguradora** (UNESPA) se distribuyen por especialidades, en un total de 11 especialidades y 16 médicos (entre paréntesis nº de médicos por especialidad) y es tal como sigue:

Estomatología (1); Gineología (1); Medicina Legal (1); Neurología (1); Otorrinolaringología (1); Oftalmología (1); Psiquiatría (2); Psicología (1); Cirugía Vascular (1); Traumatología (1); Médicos Forenses (2); “Especialistas” Valoración Daño Corporal (2); Sin especificar (1) Director del Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

**Fuente.-** “Propuesta de Reforma de UNESPA del Sistema de Valoración de Daños Personales por Accidentes de Tráfico” pág. 266. (Pueden ver el documento entero tecleando en la barra de Google el texto en negrilla).

## **Notas y Cometarios.-**

**\*\*\* El número de especialidades recogidas es insuficiente.** Por ejemplo, y a título meramente indicativo falta algunas esenciales como:

- **Aparato Digestivo**
- **Cardiología**
- **Endocrinología**
- **Geriatría**
- **Medicina Interna**
- **Medicina Familiar y Comunitaria**
- **Nefrología**
- **Neumología**
- **Neurofisiología clínica**
- **Neurocirugía**
- **Pediatría**
- **Radiodiagnóstico**
- **Rehabilitación**
- **Reumatología**
- **Urología**
- **Cirugía Plástica, Estética y Reparadora**

**\*\*\*** Llama la atención que en el terreno de la Traumatología sólo figura un especialista, para tratar un capítulo enormemente amplio, en donde se requieren varias opiniones, aunque sólo sea porque se trata de una especialidad que se descompone en la práctica en varias. Además,

indefectiblemente, en las lesiones del aparato locomotor, articulares, osteoarticulares, musculoesqueléticas ...y su posible proyección como secuelas, es importante colacionar aspectos ligados a especialidades como el Radiodiagnóstico, la Neurofisiología, la Reumatología, la Rehabilitación,

**\*\*\*** Persisten en mantener **un sistema que no protege a la infancia**. Una Ley que no protege a la infancia: el Baremo de la Ley 34/2003. **LAS SECUELAS EN LOS NIÑOS: UN SISTEMA DE “HORQUILLAS” QUE DEBE DE SER MODIFICADO**. [www.peritajemedicoforense.com](http://www.peritajemedicoforense.com), marzo / 2004.

**\*\*** No parece muy adecuado que junta a la patronal aseguradora figuren médicos forenses funcionarios u otros médicos que realicen adscritos al Ministerio de Justicia. Al menos, la imagen de *independencia* que están obligados a respetar se ve empañada. De los 16 médicos colaboradores hay 7 con la vinculación oficial referida. Igualmente parece poco recomendable que “Director del Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona” figure al lado de la Patronal Aseguradora; debería reservarse para otras labores, o mejor dimitir / lo.

**Estos son los colaboradores de la Patronal Aseguradora (UNESPA)**

- 1.- C. Psicóloga del **Instituto de Medicina Legal de Aragón**
- 2.- J. Médico Forense Especialista en Valoración Corporal de la **Clínica Médico Forense de Zaragoza**
- 3.- T. Especialista en Psiquiatría y Psiquiatra de la **Clínica Médico Forense de los Juzgados de Plaza de Castilla (Madrid)**
- 4.- E. Especialista en Psiquiatría y Psiquiatra de la Clínica Médico Forense de **los Juzgados de Plaza de Castilla (Madrid)**
- 5.- J. Especialista en Oftalmología y en Medicina de Trabajo de **la Clínica Médico Forense de Madrid y Médico-Forense**
- 6.- F. **Médico Forense** del Instituto **Anatómico Forense** de la Comunidad de Madrid
- 7.- C. Especialista en Valoración del daño Corporal **Instituto Medicina Legal** de la Universidad de Santiago de Compostela.

**\*\*\*** En cualquier caso un documento como este, dada la potencial trascendencia que tiene para los ciudadanos, mas si se pretende elevar a título de propuesta al parlamento español, **debería ser consensuado por los distintas sociedades científicas y de especialistas de ámbito estatal, buscando unas cotas mínimas de idoneidad y garantía**. El esfuerzo profesional que supone tan pesada carga no está bien que sea asumido por tan pocos.

Un ejemplo de despropósito.-

Texto de la Patronal Aseguradora:

“Aparato genital masculino

“Desestructuración del pene (**incluye disfunción eréctil**).

- Sin estrechamiento del meato pene (incluye disfunción eréctil).  
No varía.
- Con estrechamiento del meato, **eliminada”**.

**“Se elimina** la secuela desestructuración del pene con estrechamiento del meato **por tratarse actualmente de una alteración con posibilidad de solución quirúrgica”**

Comentario.-

Es poco adecuada la fórmula escogida. Tal opinión ha de ser avalada y matizada al menos por un especialista en la materia, urología. No hay ninguno en este grupo de colaboradores con la patronal aseguradora.

En cualquier caso, hay que advertir que aún habiendo posibilidades quirúrgicas, dado el grado de riesgo que ciertas intervenciones suponen, “grado de garantía” de éxito, esto es, cuando el resultado final es tantas veces incierto, no se es prudente compeler al paciente a tal intervención.

Ha de ser el propio paciente quien, una vez que ha prestado su consentimiento sobre la base de una suficiente información previa, quien, en ese ejercicio de libertar, opta por la intervención o no. Y en caso de no hacerlo el trastorno ha de quedar en el epígrafe de secuela. Por otra parte en el caso de intervención hay que pensar en complicaciones a corto, medio y largo plazo, que igualmente justificarían catalogar el proceso como secuela.

De los datos que se han podido recabar, y siempre respetando el mejor criterio de opinión técnica más autorizada, se hacen las siguientes consideraciones médicas:

- **La cirugía de uretra es de las más difíciles y con más secuelas de la Urología.**

No es precisamente el bálsamo de Fierabrás. En este caso parece que el aforismo quirúrgico de "measure twice and cut one" (medir dos veces cortar sólo una) toma especial relevancia. En esto hay que incidir especialmente dada la ligereza con la que los "comisionados" de la Patronal Aseguradora que pretenden eliminar la secuela de "desestructuración del pene con estrechamiento del meato" "al tratarse actualmente de una alteración con posibilidad de solución quirúrgica".

(Siendo un poco más estrictos algunos incluso podrían reprocharles que en vez de usar el término "estrechez" médicamente mejor es sustituirlo por el de estenosis, más profesional. Y es que traducen directamente "stricture" por estrechez, cuando el término médico es castellano es estenosis, que no se utiliza en el lenguaje médico de lengua inglesa... Esa es la explicación. El que hace esa traducción evidentemente no es un médico).

- **La "disfunción eréctil" merece una especial consideración,** como secuela, sobre todo en lesiones de la porción posterior de la uretra, por su obvia repercusión en la vida de la persona que la sufre, aún a sabiendas de su frecuencia en traumatismo de uretra, sobre todo en su porción posterior.

- **Una secuela que se puede demorar en el tiempo.** Se sabe que muchas lesiones uretrales se presentan de forma tórpida, con **sintomatología urinaria obstructiva mucho tiempo después del traumatismo inicial.**

En una serie de 78 pacientes sólo el 40% acudieron a urgencias y su proceso se manifestó en fase aguda, mientras que en el 60% restante apareció la sintomatología transcurrido un período entre 6 meses y 10 años desde el traumatismo (Park S, Mc Anich JW. Straddle injuries to the bulbar urethra: management and outcomes in 78 patients. J.Urol. 2004;171 (2,Pt 1):722-725).

· **Complicaciones del trauma de uretra anterior.** Las mayores complicaciones de trauma de la uretra anterior son la **estenosis** e infección. De no ser tratadas a tiempo persistirá la extravasación de orina sangre lo que puede derivar hacia la formación de absceso, fístula uretro-cutánea o divertículo uretral. La mencionada extravasación de forma prolongada en el cuerpo esponjosos puede derivar a espongiopfibrosis que agravará la estenosis uretral. La incontinencia e impotencia son comunes tras lesiones de la uretra, más frecuentemente en su porción posterior.

· La **recanalización satisfactoria de la luz uretral** ocurre sólo en un 50% de las lesiones por laceración parcial de la uretra anterior (European Association of Urology. Guidelines 2012. pag. 48). Tras una uretroplastia posterior sobre un 15% de pacientes presentan recurrencia de la estenosis a nivel de la anastomosis.

Esto ha sido tan sólo un pequeño ejemplo, un “botón de muestra”, de lo poco meditada y fundamentada científicamente de esta Propuesta de la Patronal Aseguradora. Se podría abundar en este sentido. Se invita a que otros lo hagan. El campo es enorme...

**N.A. En relación con la urología pueden ver el trabajo Una realidad eclipsada cuando no oculta *Traumatismo renal cerrado por accidente de tráfico* “El llamado “daño corporal” por hechos del tráfico está demasiado polarizado por la traumatología convencional, con un singular despliegue para las lesiones osteoarticulares, lo que, engañosamente, contribuye a eclipsar y más aún a enmascarar otra realidad, la realidad. Junto a lo que es notorio, grosero en cuanto a sus manifestaciones mórbidas, es preciso ahondar en aspectos más sutiles, aspectos que muchas veces pueden permanecer ocultos, requiriendo otras tantas la competencia profesional adecuada. [www.peritajemedicoforense.com](http://www.peritajemedicoforense.com) Junio / 2006.**



