

## Un “asunto biomecánico”. Obstrucción a los Derechos del Paciente

### **La Mutua No contesta a la Solicitud de Información**

Al trabajador XYZ (accidente trabajo, marzo/2018) a propuesta de la Mutua de Accidentes que le corresponde, se le realiza un *estudio biomecánico* (02/mayo/2019). El mismo trabajador, ejerciendo sus derechos (1) y en su inquietud, deseando disponer de la mayor información ante una posible actuación, ya en vía administrativa o judicial, se dirige por escrito a la Mutua referida, en cuatro ocasiones (la última el 04/junio/2019) y en los términos abajo recogidos (2) sin respuesta de la misma “entidad colaboradora de la Seguridad Social” hasta el momento actual, agosto//2020.

No disponer de tal información, no facilitarla, y ante un eventual litigio, merma la capacidad del paciente para defender su posición frente a los argumentos de la contraparte, que se oponen a su pretensión. La negativa de informar al paciente perturba ya de entrada el desarrollo del procedimiento, la realización de la prueba, comprometiendo la tutela judicial efectiva.

“Los hechos en el proceso judicial constituyen el centro de atención de la justicia moderna. No puede haber decisión justa si el establecimiento y determinación de los hechos se realiza arbitrariamente, y sin sujeción a reglas jurídicas y/o racionales. La prueba es, en este sentido, una garantía de racionalidad”. Los hechos en el proceso judicial constituyen el centro de atención de la justicia moderna. No puede haber decisión justa si el establecimiento y determinación de los hechos se realiza arbitrariamente, y sin sujeción a reglas jurídicas y/o racionales. La prueba es, en este sentido, una garantía de racionalidad” ... “En efecto, en ocasiones, la prueba de los hechos invocados por el actor para obtener el reconocimiento jurisdiccional de un derecho puede resultar particularmente dificultosa, compleja o difícil de obtener, arriesgando la posibilidad de una tutela jurisdiccional efectiva, al generar indefensión”. (Ref. *Las Dificultades Probatorias en el Proceso Civil*. IVÁN HUNTER AMPUERO. RDUCN vol.22 no.1 Coquimbo 2015).

(1) Los **derechos de los pacientes** en España se recogen en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, regulación básica de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. **Si tiene dudas sobre la información recibida, puede solicitar cuantas aclaraciones considere oportunas... Artículo 4. Derecho a la información asistencial.-** 1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. // 2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. // 3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

(2) “A la Mutua de Accidentes... XYZ se dirige a esta Mutua, y en su calidad de paciente, requiere INFORMACIÓN, una vez más, en lo referente a la prueba biomecánica realizada el 02/mayo/2019.

Al respecto **sobre el mismo asunto presente mi solicitud ya en tres ocasiones:** (1) 9/mayo/2019 (fecha registro en la Mutua el 13/mayo/2019); (2) 17/mayo/2019 (registro 20/mayo/2019); y (3) 22/mayo/2019 (registro 22/mayo/2019). Dado que todavía no he tenido respuesta me dirijo de nuevo a esta Mutua, con este nuevo escrito, que en su solicitud unifica a los tres anteriores.

Por ello, ahora en concreto, respecto al “Análisis EMG del Tono Muscular Paralumbar” SOLICITA (**por cuarta vez**) que le sean aclarados cada uno de los siguientes aspectos:

1.- Descripción del “Protocol Low back test” y en concreto: (a) en qué consiste; (b) qué parámetros han medido en mi caso; (c) aclaración de si la prueba se ha realizado de forma estática o dinámica o de ambas formas; (d) si durante la prueba se le ha sometido a algún tipo de carga, y en este caso sus valores en kilogramos.

2.- Niveles vertebrales correspondientes a los canales que se identifican como Ch 1, Ch 2, Ch 3 y Ch4.

3.- Tiempo de duración del registro que aparece en el eje de abscisas/ordenadas (junto a los canales Ch 1, Ch 2, Ch 3 y Ch4). Como observaran en el eje horizontal (abscisas) no figura el tiempo de registro tal sólo la fecha 02/05/2019. (En cambio en el eje de ordenadas aparece una referencia a  $\mu V$ ).

4.- Indicación de si el registro al que se refiere el punto anterior (3) se ha realizado al paciente en movimiento, o, si por el contrario, corresponde a una contracción mantenida (estática) y en su caso tiempo de duración de ese registró.

5.- Explicación como han interpretado los recuadros inferiores: “progress” y “relative progress”.

6.- Forma como han interpretado también la referencia a “tono en flexión (en microvoltios 25” (que figura en el epígrafe “Análisis EMG Tono muscular paralumbar”) y como han realizado tal registro.

7.- Equipo y programa con el que han realizado el estudio de EMG.

8.- Entrega del soporte informático del registro electromiográfico practicado.

9.- Video de la prueba realizada si se dispone del mismo...”.

## **Consideraciones médicas**

El informe de la “prueba biomecánica funcional lumbar” (solicitada por la Mutua) concluye que “no hay alteraciones funcionales en el momento actual”.

Tal resultado pone de manifiesto que esa “prueba biomecánica funcional lumbar” “no funciona” o es muy poco operativa (como lo es en realidad) dada la clínica constatada en el paciente (pruebas de imagen, exploración neurofisiológica, diagnósticos de los especialistas servicios de la sanidad pública e igualmente los especialistas actuando por conducto de la propia mutua). (Ver ANEXO).

Las pruebas biomecánicas realizadas al paciente, en concreto en lo que interesa a la exploración lumbar, son muy rudimentarias (\*) e incapaces de alcanzar un mínimo *umbral de provocación*. Este caso clínico muestra daños estructurales tan avanzados /muy considerables que NO TIENE OBJETO demandar una PRUEBA “BIOMECÁNICA” tan sumamente *light* como la mencionada, más aún tratándose de un trabajador con un alto grado de carga interna por el esfuerzo en el desempeño de su tarea habitual (*carga y descarga equipajes/maletas y conducción de vehículos especiales de transporte en el aeropuerto*). Tanto es así que el INNS emitió resolución de Incapacidad Permanente en fechas posteriores (en calidad de contingencia laboral).

(\*) **Observaciones.**- El denominado como “Análisis EMG del Tono Muscular Paralumbar” es una exploración sumamente rudimentaria que en el caso del paciente no aporta nada. Ciertamente que en ocasiones ese registro electromiográfico de superficie (EMGS) traduce una contractura muscular (\*) (expresada en microvoltios): una respuesta anormal, al no producirse relajación muscular, con lo que no hay aplanamiento de la curva. Es un simple “fenómeno” (flexión/relajación/PFR) capturado por la señal del EMGS. En modo alguno constituya un diagnóstico, y menos de función. Además el test no busca un estímulo en hiperextensión, esencial en el contexto ergonómico. La contractura muscular puede surgir cuando al músculo se le demanda un trabajo que sobrepasa su capacidad. Su manifestación bien puede ser (a) por esfuerzo intenso y puntual, o bien (b) por un esfuerzo menos intenso pero mantenido durante un tiempo prolongado. Cualquiera de estas dos exigencias no concurren en la prueba llamada “Análisis EMG del Tono Muscular Paralumbar”. En cualquier caso es necesario llegar al umbral de provocación. Más aun, “no hay evidencia de calidad en la eficacia diagnóstica (de la EMGS) y por lo tanto, **no se recomienda para diagnosticar la lumbalgia**”. (*Diagnostic Tests for Low Back Disorders / Pruebas diagnósticas para los trastornos de la región lumbar. Journal of Occupational and Environmental Medicine. April 2019 Volume 61 - Issue 4 - p e155–e168.*

Más ampliamente ver *Dolor lumbar y capacidad de trabajo*, Parte Segunda. **Inconsistencia de la “prueba biomecánica” en el dolor lumbar. Electromiografía de superficie (EMGS). Fenómeno de Flexión Relajación / Flexion Relaxation Phenomenon (FRP). Prueba de esfuerzo lumbar / Low Back Fatigue Test.** [www.peritajemedicoforense.com](http://www.peritajemedicoforense.com) 13/ diciembre/2019).

Al mismo tiempo se sabe que el análisis del movimiento de la columna lumbar, la constatación de los arcos de movimientos en su alcance diagnóstico es sumamente limitado (\*) Exploraciones de otro calado, como las que ya previamente se le habían realizado al paciente, describen con suficiencia la su realidad clínica (que se recogen en su historial/ ver ANEXO). Los resultados obtenidos mediante *dinamómetros, acelerómetros*, “algómetros” y demás aparataje, dado la brevedad de la exploración, entre otras cosas, carece de solidez para decidir médicamente sobre la capacidad del paciente para la ejecutar su trabajo habitual. Pretender lo contrario denota un falta de congruencia con los resultados obtenidos en las exploraciones que se adjuntan con el historial médico del paciente.

(\*) Por ejemplo, las Guías AMA (*American Medical Association*) ya a partir de la sexta edición (2008, 01/08, siendo la primera versión de esta misma de 2007) para la evaluación del menoscabo permanente, incorporan actualizaciones la sobre la original, con **aclaraciones y correcciones**. Introducen un nuevo modelo para la evaluación de la incapacidad permanente. Se realizan 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). En concreto considera **la evaluación del rango del movimiento no es un modo preciso de evaluación ni tampoco para predecir la función**.

Abundando en lo precedente, entre las descripciones de la patología lumbar del paciente, está diagnosticado de un Síndrome facetario lumbar (3) lo que junto a los otros daños apreciados mediante las pruebas practicadas, hace todavía más difícil entender la solicitud de la Mutua de esa “prueba biomecánica” (por su ínfima significación).

### **(3) Informe COT / consultorios de ortopedia y traumatología Sanidad Pública 14/03/2019**

El paciente acude a consulta para control tras:

Bloqueo diagnóstico L4 a S1 bilateral con Bupivacaína 0,25% (1 ml por faceta articular<sup>9</sup>, comprobación diagnóstica. Sdrme. Facetario lumbar. Control radioscópico.

Infiltración terapéutica con instilación de Bupivacaína 0,25% + Triamcinolona 40 mg, 1,5 ml cada artic. Facetaria L4 a S1 bilateral. Control radioscópico.

Recomendaciones: El paciente no ha presentado mejoría alguna tras los anteriores procedimientos. Agotadas las alternativas intervencionistas, vemos imposibilidad de continuar una terapia efectiva. Las alternativas quirúrgicas no pueden garantizar la mejoría de la sintomatología dolorosa del paciente, pudiendo a su vez empeorar la situación clínica del paciente.

Alta y remito a mutua.

**Aclaraciones.**- (a) Se sabe que el problema de este síndrome (S. Facetario) es que **su diagnóstico es clínico, sin** (que existan) **pruebas diagnóstica complementarias**, excepto el bloqueo anestésico intrarticular o el bloqueo nervioso de las ramas mediales de las ramas posteriores de las raíces nerviosas lumbares que inervan las facetas. Esto es, **no se han creado otras pruebas específicas**, sólo se sugiere la presencia de la enfermedad y luego, mediante los síntomas y en su caso recurriendo a las técnicas de bloqueo facetario, como se ha indicado. El bloqueo se ha definido como una técnica más sencilla y segura que la **infiltración intraarticular**. (Ref. *Dolor lumbar. Pautas de actuación y Seguimiento. Organización Médica Colegial. Madrid, 2015*). (b) “El diagnóstico del síndrome facetario lumbar (SFL) se ve limitado por la ausencia de signos evidentes que puedan confirmar la presencia de esta patología. Surge entonces la necesidad de encontrar nuevos hallazgos clínicos que permitan acercarse a un diagnóstico y tratamiento adecuado. El objetivo es presentar un análisis preliminar sobre un nuevo signo clínico de provocación facetaria.... El "nuevo signo facetario lumbar" demostró tener una sensibilidad del 95 % (0,951) y una especificidad del 96 % (0,963) **para establecer el diagnóstico** de un SFL. Su valor predictivo positivo fue del 90 %, y el valor predictivo negativo, del 98 %. (Ref.- *Síndrome Facetario lumbar. Nuevo signo de diagnóstico clínico. C. Acevedo González. Rehabilitación: Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, Vol. 38, nº. 4, 2004, pág. 168. /// Eficacia del bloqueo facetario en pacientes con Síndrome Facetario lumbar. (Revista Colombiana de Anestesiología, agosto/octubre 2012).* (c) Desde hace años la *American Society of Interventional Pain Physicians* recomienda el uso del bloqueo diagnóstico, siempre bajo control de imagen, en pacientes con sospecha clínica de dolor lumbar de origen facetario.

En suma, la **realidad clínica del paciente**, como los resultados de EMG, RMN y otras actuaciones, ponen de manifiesto **lesiones importantes, crónicas, avanzadas y severas**, que hablan por sí mismas de su alcance, sin necesidad de “pruebas” (ridículas, en este caso) pues su resolución diagnóstica no está a la altura del caso clínico. El informe del propio Traumatólogo de la Mutua dice que es mejor no operar, pues las limitaciones serían mayores que si no se opera, y no garantiza el éxito de la intervención (opinión

coincidente con el cirujano de la seguridad social y dos más). (Ver ANEXO.- Informes Médicos del paciente. Informe de la Sanidad Pública. Consultas Externas. Traumatología...). No tener en cuenta lo expresado o es ignorancia o ganas de marear al paciente, falta de respeto, y una conducta fuera de toda coherencia médica.

## **ANEXO.- Informes Médicos del paciente**

### **► Informe de la Sanidad Pública. Consultas Externas. Traumatología (09/2018)**

Motivo de consulta: Varón de 51 años con lumbociatalgias izquierda de más de 10 años de evolución. No mejora con rehabilitación de Mutua ni Escuela de Espalda del Hospital.

Enfermedad actual: Paciente con historia de lumbalgias de larga evolución con multidoscopatía lumbar, actualmente ha notado un agravamiento de su patología con predominio de dolor en su pierna izquierda. Tiene periodos de alteración sensitiva severa de ambos MMII alternativamente.

Exploración: Marcha de talones puntillas posible pero dolorosa. Dolor a la extensión del tronco y rotaciones, limitación severa de la flexión del tronco a 60 cm del suelo. No atrofas de miembros inferiores. Lassegue MID a 35° y Bragard++ y Lassegue de MII a 55° y Bragard dudoso. Reflejos rotulianos conservados. Reflejo aquileo derecho desaparecido.

Conclusión Informe de RM C- LUMBAR: Extrusión herniaria postero-central y paracentral derecha del disco L5-S1 con migración sentido caudal que ocupa el receso lateral y comprime la raíz S1 derecha. La hernia condiciona asimismo contacto con la raíz S1 izquierda. Protusión de base amplia del disco L3-L4 con leve contacto con el saco dural evidente. El disco L4-L5 muestra desgarramiento anular y protusión postero-central con impronta de spineco S1 derecho. Presenta multidoscopatía lumbar con extrusión discal L5-S1, de predominio derecho y afectación de ambas raíces. Discopatía L3-L4 y L4-L5 con mínimo compromiso radicular en la actualidad.

Estudio EMG: Informa de poliradiculopatía lumbar de carácter crónico de los discos L4-L5-S1 de predominio izquierdo y carácter bilateral con signos de denervación aguda en la actualidad en ambas raíces.

Conclusión: La presente exploración realizada es compatible con una poliradiculopatía multinivel L4-L5-S1 izquierda siendo de evolución crónica, sin riesgo de denervación en estos momentos en grado moderado.

Se plantea la posibilidad de cirugía con descompresión y fijación posterior de los espacios L4-L5-S1 y descompresión de los discos afectados.

Recomendaciones: se comenta con el paciente las posibilidades del tratamiento quirúrgico y las limitaciones funcionales derivadas de las fijaciones empleadas con fijación vertebral de los espacios L4-L5-S1, sin poder garantizar el resultado clínico de la cirugía.

Prefiere esperar a la cirugía y comenzar con tratamiento por UDO. LEQ para epidural caudal.

Acude para realización de técnica Epidural Caudal 1º guiada por fluoroscopia. Se administran 80 mg de Tramadol + 3 cc Bupivacaína 0,25% + SF. Además 10 cc O3 30%. Sedación superficial con 4 mg Midazolam i.v.

► **RM 15/10/18**

Conclusión: Patología disco-vertebral multinivel, destacando hernia discal L5-S1 la cual presenta componente migrado en dirección caudal con afectación evidente de receso lateral derecho.

► **INFORME DE CONSULTA DEL SERV. DE ME** (30/01/2019)

EMG (realizadas por Mutua):

Lado izdo.: Polirradiculopatía L4-L5-S1 izda. siendo de evolución crónica en grado moderado, identificándose signos de denervación activos, estando más afecta las raíces L5-S1 izdas. Sin cambios significativos al compararlo con el estudio anterior. Lado

derecho: Polirradicular multinivel L3-L4, L5-S2 dcha, siendo de evolución crónica, en grado moderado, identificándose signos de denervación activos en grado moderado. El patrón encontrado al realizar el máximo esfuerzo fue neurógeno crónico. No se observan cambios significativos en relación al estudio anterior.

En septiembre le realizaron infiltración por Unidad del Dolor. Le van a realizar 3 infiltraciones.

► **INFORME MEDICO COT DE MUTUA** (27/02/2019)

Plan: Lumbociática de predominio izquierdo, con la única alternativa quirúrgica de artrodesis a dos niveles, con probable DSA con los años y con muy mal pronóstico laboral si se realiza, pues le quedarán limitaciones muy difíciles de asumir para realizar su trabajo habitual, en caso de reincorporación laboral. Debe mantener tratamiento psiquiátrico.

► **Informe COT / consultorios de ortopedia y traumatología Sanidad Pública 14/03/2019**

El paciente acude a consulta para control tras:

Bloqueo diagnóstico L4 a S1 bilateral con Bupivacaína 0,25% (1 ml por faceta articular), comprobación diagnóstica. Sdme. Facetario lumbar. Control radioscópico.

Infiltración terapéutica con instilación de Bupivacaína 0,25% + Triamcinolona 40 mg, 1,5 ml cada artic. Facetaria L4 a S1 bilateral. Control radioscópico.

Recomendaciones: El paciente no ha presentado mejoría alguna tras los anteriores procedimientos. Agotadas las alternativas intervencionistas, vemos imposibilidad de continuar una terapia efectiva. Las alternativas quirúrgicas no pueden garantizar la mejoría de la sintomatología dolorosa del paciente, pudiendo a su vez empeorar la situación clínica del paciente.

Alta y remito a mutua.

La indigencia científica en la que obstinadamente militan algunos, les lleva a un entendimiento precario de lo que significa la biomecánica. Haciendo un mal uso de determinadas herramientas pretenden eclipsar la realidad clínica para distraer las verdaderas lesiones del enfermo. Es así. ¡Qué vergüenza!