

Baremo de Accidentes de tráfico

Fracturas por acúñamiento y aplastamiento vertebral

En la descripción de secuelas vertebrales por “fractura acúñamiento / aplastamiento” el baremo aplicable en casos de accidente de tráfico hace una estimación general, demasiado general y errónea, considerando en términos porcentuales por una parte los aplastamientos de “menos de 50% de la altura vertebral” y, por otra parte, los de “más de 50% de la altura vertebral”, con una “puntuación anatómico funcional” en una horquilla de “2-10” y de “11-15”, respectivamente.

Obsérvese que se refiere a una estimación no sólo anatómica, sino que también pretende ser “funcional”. No obstante esto es imposible cuando únicamente se tiene en cuenta el grado (porcentualmente) de aplastamiento / acúñamiento. El estudio de este tipo de lesiones, para después fijar las secuelas, en un correcto ejercicio médico, reclama un análisis que recoja todas sus consecuencias. No hacerlo así borra del horizonte el intento de una reparación integral del daño sufrido por la víctima del accidente.

La Ley 35/2015 (de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación) en su preámbulo (párrafo 8) establece que “el nuevo Baremo se inspira y respeta el principio básico de la indemnización del daño corporal; su finalidad es la de lograr la total indemnidad de los daños y perjuicios padecidos para situar a la víctima en una posición lo más parecida posible a la que tendría de no haberse producido el accidente”.

“El nuevo baremo tiende a armonizar nuestra legislación con la de los restantes países comunitarios estableciendo unas indemnizaciones más justas. ...Las líneas más relevantes del nuevo baremo son las siguientes: a) se fundamenta en el **principio de reparación integral** y vertebrada de forma que se precisan mejor los conceptos indemnizables y se actualizan las indemnizaciones. Cada perjudicado obtiene de modo autónomo la indemnización que le corresponda y se particulariza mediante el reconocimiento de unos perjuicios particulares...” (Ref. E. de PORRES ORTIZ DE URBINA. Presidente de la Audiencia Provincial de Madrid. *Perjuicios particulares en secuelas y fallecimiento*. EL DERECHO.com, 19.12.17).

1.- Cuestiones previas

Concepto de aplastamiento vertebral. “Entendemos por aplastamiento vertebral aquella pérdida de altura de la parte anterior del cuerpo vertebral o de su porción central en al menos un 20% con respecto a la altura de la porción posterior o con respecto a vértebras adyacentes. Otros criterios lo rebajan al 10% o a una diferencia de 2 mm de la altura de la pared anterior o central de la altura de la parte posterior; o como una disminución superior a tres desviaciones estándar de las medidas de referencia”. (Ref. *Aplastamiento vertebral no osteoporótico*. Rev Esp Enferm Metab Oseas. Vol. 13. Núm. 1. Enero 2004).

La fractura vertebral debe ser objeto de un estudio y seguimiento estrecho, acudiendo a las exploraciones que el caso se merece. Las pruebas de imagen hoy día proporcionan valiosa información. A partir de la radiología simple, incluyendo inicialmente un estudio de todo el eje vertebral, se irá valorando sucesivamente el recurso a otras técnicas de mayor resolución, como la TAC y la Resonancia Magnética (RM).

La Gammagrafía Ósea (GO) es útil en el control de la reacción osteogénica durante el proceso de consolidación / no consolidación, atendiendo al nivel de captación en la zona afectada del radionúclido (radiofármaco o trazador radiactivo). La GO además puede servir en casos como para (1) detectar fracturas que no han podido observarse en las radiografías; (2) determinar la antigüedad de las fracturas; (3) detectar infecciones óseas u osteomielitis; (4) controlar algunos trastornos óseos degenerativos; (5) evaluar el dolor de huesos sin causa aparente, tumores óseos, metástasis....

La exploración neurofisiológica, especial la electromiografía, ha de solicitarse en atención a la clínica del paciente. Para el **diagnóstico diferencial** tampoco hay que olvidar las pruebas de laboratorio, como, por ejemplo, entre otras, el aumento de la velocidad de sedimentación que puede poner sobre la pista de la existencia de una lesión tumoral o infecciones.

Aun con sus limitaciones, y en el campo de la imagen, conviene remitirse a la **Termografía**, que mide la temperatura corporal, estableciendo diferencias de una zona sana respecto a otra que no lo es. El avance de la técnica (cámaras actuales de elevada sensibilidad) junto a los programas informáticos, hace posible apreciar variaciones de una centésima de grado en una superficie de un milímetro. En las fases iniciales, en los días que siguen al traumatismo, la constatación de un *foco caliente* es una prueba objetiva de los síntomas del paciente (de que ahí “hay algo”). Obviamente no diagnostica la fractura, pero aporta datos sobre el dolor que puede hacer pensar, entre otras cosas, que detrás de “eso” pueda existir una fractura o aplastamiento vertebral.

2.- Fractura aplastamiento en niños, adolescentes y ancianos

Las lesiones en niños y adolescentes son preocupantes, con una columna vertebral inmadura, en crecimiento, y dadas las diferencias existentes en un sujeto adulto y otro en desarrollo. Es por eso que en estas situaciones **las medidas del control evolutivo postraumáticas se han de extremar.**

Ante el accidente son aconsejables normas de traslado especiales, sobre todo cuando se trata de lesiones cervicales; de ahí que en la patogénesis lesional es importante indagar sobre las condiciones en que se llevo a cabo la evacuación del herido. (“En el manejo inicial es importante el traslado en una tabla especial para niños por el relativo mayor tamaño de la cabeza”, *Lesiones traumáticas de la columna cervical en niños y adolescentes*, I, DOCKENDORFF BRIONES).

Del estudio que a continuación se refiere conviene retener que: “... sólo un pequeño porcentaje de las lesiones del raquis (2,44%) requirió ingreso hospitalario. Las lesiones graves con afectación neurológica son extremadamente raras. **La lesión más frecuente es la fractura acuñaamiento anterior del cuerpo vertebral a nivel lumbar y dorsal bajo** en varones por encima de los 8 años. **Recalcamos la importancia de una valoración clínica y radiológica cuidadosa para evitar que pasen inadvertidas lesiones que a largo plazo puedan determinar alguna secuela en el niño**”. “Aunque el total de los pacientes respondió en forma favorable al tratamiento conservador aun en presencia de afectación neurológica menor, **cabe decir que la evolución a largo plazo es impredecible**, ya que en muchas ocasiones pasan inadvertidas lesiones de pequeñas estructuras en desarrollo que no son valorables inicialmente y que podrían determinar alguna secuela que normalmente se ve compensada a nivel segmentario”. (Ref. *Lesiones traumáticas de la columna vertebral en niños*. Rev Esp Cir Osteoart 1996; 31: 177-180).

Los ancianos, en el otro extremo de edad, dada la reducción de la densidad ósea, osteoporosis, al mismo tiempo que la degeneración discal altera la trasmisión y amortiguación de las líneas de fuerza de una carga. Esto conduce a un mayor riesgo de fracturas en los mayores, tanto que se producen con más facilidad bajo impactos cuya intensidad no tendrían consecuencias en sujetos más jóvenes. Aquí hay que incluir las producidas por una contracción muscular violenta y *por baja energía*. Al mismo tiempo en edades avanzadas **el dolor** no pocas veces viene para quedarse, esto es, que se hace crónico, otro aspecto que, de ser así, hay que añadir como una consecuencia funcional más de la fractura, que a su vez altera la calidad de vida del paciente. (Es interesante consultar en la red el trabajo *La fractura vertebral en la práctica clínica*. Fondo editorial de Fhoemo. Madrid, 2005. Capitulo 3, *Fractura vertebral y calidad de vida*, A. DÍEZ PÉREZ y X. BADÍA LLACH.

3.- Una fractura vertebral, va más allá del foco traumático

En efecto, esta daño vertebral supone una alteración estructural de la región anatómica, que ha de llevar a un consideración más sutil, cuestionándose su posible repercusión, entre otros aspectos, en la nivelación y equilibrio del eje vertebrado, su alineamiento, las curvas vertebrales, que a su vez interesan al centro de gravedad del cuerpo sobre la base de sustentación, siendo todo ello determinante en algo todavía más global como es la determinación de la postura. Todavía se puede ir más lejos atendiendo a las particularidades anatómicas de los pacientes (hiperlordosis, hipolordosis) o modificaciones adquiridas como la rectificación de la curvatura cervical normal (que a veces pasa una importante “fractura”... incluso a “distancia”, así alteración de la ATM o articulación temporomaxilar).

La interacción columna cervical y ATM no es problema menor, ni se ha de limitar a un “criterio topográfico” cicatero. Una mala oclusión dental, una mordida alterada, ha de ser estudiada en su repercusión en el control de la postura y el equilibrio. Hoy día hay muchas publicaciones en este sentido. “En los últimos años se ha comunicado que las trastornos temporomandibulares (TTM), no solo se pueden relacionar con la posición de la mandíbula y del cráneo, sino también con la columna cervical, las estructuras supra e infrahioideas, los hombros y la columna torácica y lumbar, que funcionan como una unidad biomecánica”. (Ref. *Trastornos temporomandibulares y su interacción con la postura corporal*. Rev Cubana Estomatol vol.51 no.1 La Habana ene.-mar. 2014). A su vez “las lesiones traumáticas involucrando al raquis cervical, como en el caso de **latigazo cervical, son capaces de provocar alteraciones en la dinámica del proceso masticatorio y disfunción de la articulación temporomaxilar...** la situación anómala del cuello, por ejemplo la modificación post-impacto de la lordosis fisiológica, canaliza un efecto patomecánico, continuo, repetitivo, que sobrecarga más allá de los límites fisiológicos tolerables, el complejo biomecánico temporomandibular, determinando a medio plazo lesiones y secuelas en el mismo” (Ref. *Latigazo Cervical y colisiones a baja velocidad*, pág. 28. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 2003).

4.- El alcance de la secuela no es el mismo para todas las vertebras

Es así más aún pensando en los daños futuros. La 1ª vértebra lumbar (L1) junto con la suprayacente (12 dorsal o D12) constituye del punto de inflexión entre la cifosis y la lordosis lumbar. Tal raquioma (D12/L1) forman una charnela o bisagra, una “rotula vertebral” (DELMAS) con un trabajo biomecánico constante y muy importante.

El requerimiento y la fatiga de trabajo es distinto en los diferentes niveles vertebrales, y, también, al mismo tiempo, tal fatiga de trabajo

se ve incrementada conllevando un mayor desgaste cuando la estructura se haya debilitada por ejemplo por un traumatismo previo. Especial interés tienen las zonas de transición cervicodorsal (C7/D1), dorsolumbar (D12/L1 y lumbosacro (L5/S1).

Una la estructura dañada es mucho más vulnerable que otra que conserva su integridad, abocando a un envejecimiento precoz, regresión que crece tanto más cuanto mayor sea el trabajo mecánico del nivel vertebral afectado previamente. Las cargas sobre el raquis generan fuerzas y momentos de fuerza (traslación y rotación) acatando las leyes físicas que conocen esta materia.

En general, “en la flexión lumbar los niveles L1-L2, L2-L3 y L3-L4 participan en un 5-10%, mientras que L4-L5 lo hace en un 20-25% y L5-S1 en un 60-75% “. (Ref. R. CAILLET. *Les lombalgies*, pág. 33, Masson, Paris, 1982). Según el nivel las consecuencias son o van a ser diferentes. En la manipulación de pesos y cargas en general tiene especial incidencia en el segmento lumbar y en particular en el tránsito lumbosacro (L5/S1).

El trabajo investigador proporciona otros datos muy interesantes. I.A. KAPANJI (*Cuadernos de Fisiología articular*, Masson, 1973) advierte sobre el papel de la 3ª vértebra lumbar, pues “desempeña un papel esencial en la estática vertebral, tanto más puesto que está situada en el vértice de la lordosis lumbar y que sus caras son horizontales y paralelas entre sí”

En términos de funcionalidad, frente a la descripción de la columna por los segmentos cervical, dorsal y lumbar, algunos autores optan por criterios más operativos, como los que indica HERNANDEZ CORVO, así: (1) sector óculo-vestibulocefalógico: hueso occipital, vertebra atlas y axis; (2) sector cervical; de la 3ª cervical a 2ª dorsal; (3) sector primo: de la 3ª dorsal a 8ª dorsal; (4) resorte bipedo: de la 9ª dorsal hasta el cóccix.

La repercusión funcional de una vértebra dañada, ahora por su fractura/aplastamiento, es diferente atendiendo a su grado de demanda funcional. En el contexto de la unidad biomecánica que es el individuo, en la canalización de gestos, actos, movimientos, solicitan diversas estructuras (articulaciones, fascias, músculos, tendones, nervios periféricos...) que ha de considerar cada caso en singularmente, y que por lo tanto, en una buena praxis, no es compatible con la despersonalización del lesionado.

En las demandas posturales de tipo profesional, a partir del momento en que se instaura la secuela el comportamiento ante una situación concreta en su asimilación y acomodación se va a encontrar con un “clima” distinto (más gravoso) al que se daba con anterioridad al hecho traumático.

5.- Resumen de los factores para valorar un aplastamiento vertebral

(1) porcentaje de aplastamiento / acúñamiento.

(2) pérdida de movilidad vertebral.

(3) importancia biomecánica de la vértebra / nivel vertebral traumatizado.

(4) existencia o no de artrosis suprayacente o infrayacente en atención al cuerpo vertebral afectado, dando cabida a entender una agravación de artrosis previa.

En el de aplastamiento de un cuerpo vertebral, existiendo previamente una artrosis, por encima o por debajo del mismo cuerpo, tal artrosis va a experimentar una agravación, acelerando su deterioro. Un acúñamiento / aplastamiento de L1 (primera vertebral lumbar) lleva a considerar el agravamiento de una artrosis previa D12-L1 (suprayacente) o de una artrosis L1-L2 (artrosis infrayacente).

El **raquioma**, es *la unidad básica y más elemental del raquis*, representada por el segmento móvil de JUMGHANS (autor que lo describe en 1931), que lo define como “el comprendido entre dos vértebras adyacentes y sus partes blandas”. Está pues constituido por “el disco intervertebral, con las plataformas vertebrales limitantes, las articulaciones vertebrales posteriores y los ligamentos vertebrales común anterior, posterior, interarticulares, interespinoso, y supraespinoso”. Se entiende que en caso de daño a uno de estos componentes anatómicos, como puede ser el aplastamiento de un cuerpo vertebral (de esa unidad llamada raquioma) todo el conjunto se va a resentir.

(5) algias postraumáticas (*quantum doloris*) constatando si existe afectación radicular añadida;

(6) necesidad de tomar medicación cuando del dolor se instala de forma crónica, teniendo en cuenta sus efectos secundarios.

Sin ya referirse a analgésicos mayores, desde hace tiempo se advierte de las consecuencias negativas que, por ejemplo, producen los

AINES (antiinflamatorios no esteroideos). En los pacientes mayores hay que estar especialmente atento por sus efectos sobre el riñón, a la nefrotóxicidad, pudiendo conducir a una necrosis papilar renal, a una insuficiencia renal

(7) alteración de la estática vertebral, considerando particularidades de la configuración del eje raquídeo del lesionado (hiperlordosis/hipolordosis, otras);

(8) repercusión estética en su caso.

Como daño futuro, téngase presente que la fractura, a medida que el edificio raquídeo va “repisando” en el curso del tiempo, lleva a una deformidad, por ejemplo deformidad cifótica en la columna dorsal (un daño estético evidente) con una pérdida de altura asociada.

(9) influencia del trabajo habitual del paciente en la secuela descrita (en una relación lesión-tarea) que sin impedirlo lo puede hacer más pensoso

(10) otras consideraciones atendiendo a la singularidad del paciente

El porcentaje de aplastamiento, pues, es un aspecto a tener en cuenta, sólo uno, no el único. Un dato necesario pero no suficiente para la valoración de la secuela, y más aún en su alcance funcional. Insistiendo, el tanto por cien de aplastamiento por el mismo no puede adentrarse en las consecuencias funcionales que la lesión vertebral determina o va a determinar.

En esa medicina “matemática” un 50% de aplastamiento equivaldría a un puntuación de “10”; bajo tal proporción si el aplastamiento es del 25% la puntuación sería “5”. Pero esto no predice el grado de de afectación funcional. Por lo tanto es incorrecto ya que el grado de afectación funcional no depende sólo del nivel de aplastamiento sino de otros factores. Tanto es así que considerando esos factores un grado de aplastamiento menor puede tener mayores consecuencias funcionales que otro aplastamiento mayor.

6.- Consideraciones éticas.

Las carencias del “baremo” para los de accidentes de tráfico, apreciadas en estos casos (y en otros más que se podrían colacionar) lleva a preguntarse sobre el encuadre deontológico de tal “sistema”, más cuando su aplicación fija la secuela de una forma insuficiente, que en su traslado ante el órgano judicial es una base que encorsetan la resolución del anterior.

Las precisiones anotadas es deseable que consten en el informe médico cuando se aborda la repercusión funcional del daño, y más aún para su actuación en calidad de perito, muy conveniente además para que quien haya de resolver al menos lo sepa.

La cuestión no es ociosa. La deontología médica remite a unos “principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico”.

El Juramento Hipocrático recuerda a todo médico que “me serviré, según mi capacidad y mi criterio, del régimen que tienda al beneficio de los enfermos, pero me abstendré de cuanto lleve consigo perjuicio o afán de dañar”. Una descripción insuficiente de la secuela, tan precaria como la acotada en el citado baremo, es reprochable, aún desde la pasividad u omisión del facultativo. Sin duda produce daños y perjuicios a la víctima.

El acto médico alcanza no sólo a la labor asistencial, sino a otras como puede ser la pericial. *La información tanto al paciente como sobre el paciente* ha de ser veraz, fruto de un juicio diagnóstico preciso, basado, como no puede ser de otra forma, en consideraciones clínicas y no en arquetipos burocráticos o modelos que, a pesar de su parapeto legal, han de ser repudiados cuando desustancian el conocimiento médico y sólo se les puede situar en el terreno de la indigencia científica.

El “Tratado de Traumatología” (y otras materias) del “Profesor UNESPA” (asociados y colaboradores) parece que resulta sumamente precario. Y los médicos en su ejercicio, en cualquiera de sus formas, han de distanciarse de ciertas prácticas.