

## **Las Mutuas colaboracionistas y sus peritajes serviles**

### **Lesión del Nervio Cubital en una joven trabajadora manual a quien deniegan la incapacidad permanente**

Se nos presenta el caso de una trabajadora de 36 años, “amasadora de pan y dulces” que sufre un accidente de trabajo por atrapamiento de una máquina, y tras un largo proceso médico, quirúrgico y rehabilitador persiste una lesión del nervio cubital en la mano dominante. La Mutua, refrendada por el INSS, la califican como afecta de Lesión Permanente No Invalidante. La parte actora solicita una I.P. Total y subsidiariamente I.P. Parcial.

Durante el Juicio, dos años después, los servicios médicos y jurídicos de la Mutua defienden en resumen la siguiente argumentación contra viento y marea:

1. Que en el oficio bastan los tres primeros dedos para el desempeño.
2. Que la última electromiografía muestra la curación de la lesión nerviosa, describiendo tan solo un parámetro (conducción nerviosa).

La estrategia seguida durante la vista por la mutua es no hacer ninguna pregunta al perito médico de la actora, para descargar toda su argumentación en las preguntas a su perito y en las conclusiones, intentando confundir al Juez con medias verdades, falsedades y omisiones.

También intervino en el caso la falta de habilidades del abogado de la actora que no supo poner en evidencia a los peritos de la mutua mediante el interrogatorio ni mediante las conclusiones.

### **Desarrollo de la prueba pericial médica de la actora:**

#### **A) relación cronológica de la documentación examinada con selección de datos de interés médico-laboral**

1. INSS. Procedimiento especial revisión alta mutua. 6-2-2017. \* Limitaciones orgánicas y funcionales: *Déficit severo de la fuerza de mano dominante, con la empuñadura débil. No está en condiciones de realizar actividad que requiera fuerza y manipulación bimanual. Además, inestabilidad psicológica no recuperada.*
2. INSS. Propuesta de resolución. 17-2-2017: Prórroga
3. INSS. Propuesta de resolución. 6-7-2017: Alta médica

4. INSS. DICTAMEN PROPUESTA. 30-8-2017

\* Profesión: *Amasadora de dulces*

\* Cuadro clínico residual:

*-Lesión del nervio cubital izqdo (axonotmesis parcial)*

\* Limitaciones orgánicas y funcionales:

*-Mano izqda (dominante) en garra, con buena funcionalidad de 1°, 2°, 3° dedos y déficit de fuerza de la pinza en 4° y 5° dedos que se mantienen en flexión en reposo.*

*-Limitación para la separación y aproximación de los dedos 4° y 5°.*

*-Hipoestesia en zona cubital en remisión.*

*-Mano derecha funcional*

\* **Lesiones Permanentes No Invalidantes**

5. INFORME MÉDICO FORENSE DE SANIDAD. 27-9-2017. SECUELAS

\* Lesión incompleta del nervio cubital a nivel de la muñeca, que se concreta con las siguientes limitaciones funcionales:

*-Actitud en garra flexible de 4° y 5° dedos de mano izqda*

*-Axonotmesis parcial del nervio cubital izqdo desde muñeca en estadio de reinervación*

*-Perjuicio estético*

\* **Repercusión parcial en su actividad laboral de amasadora de dulces**

6. MUTUA. HISTORIA CLÍNICA. Datos relevantes. 18-1-2017

A) Actitud en garra cubital flexible del 4° y 5° dedos mano izqda

B) Hipoestesia severa en zona hipotenar 4° y 5° dedos

C) Déficit de flexo extensión activa de IFP+IFD

D) MTC-FAL presenta flexo extensión activa conservada

E) Amiotrofia modesta de interóseos más marcada en abductor del pulgar

F) Axonotmesis parcial del nervio cubital izqdo desde muñeca en estadio de reinervación evolucionada.

7. G.V. DICTAMEN DE DISCAPACIDAD 8-8-2018: 33%.

**B) Cuadro patológico.-** Del estudio de la Historia Clínica y del reconocimiento médico se desprende que la paciente presenta el siguiente cuadro patológico objetivo y permanente:

Miembro superior izquierdo. mano izquierda (dominante).

Lesión parcial del Nervio Cubital desde la muñeca

**B.1. Descripción del cuadro clínico por la Resolución del INSS:**

*-Mano izqda (dominante) en garra, con buena funcionalidad de 1°, 2°, 3° dedos y déficit de fuerza de la pinza en 4° y 5° dedos que se mantienen en flexión en reposo.*

- Limitación para la separación y aproximación de los dedos 4º y 5º.
- Hipoestesia en zona cubital en remisión.
- Mano derecha funcional

**B.2. Descripción del cuadro clínico en la Historia Clínica de la Mutua:**

- Actitud en garra cubital flexible del 4º y 5º dedos mano izqda
- Hipoestesia severa en zona hipotenar 4º y 5º dedos
- Déficit de flexo extensión activa de IFP+IFD
- MTC-FAL presenta flexo extensión activa conservada
- Amiotrofia modesta de interóseos más marcada en abductor del pulgar

**B.3. Descripción del cuadro clínico por el Médico Forense en el proceso penal derivado de infracción de medidas de seguridad por parte de la empresa:**

\* Lesión incompleta del nervio cubital a nivel de la muñeca, que se concreta con las siguientes limitaciones funcionales:

- Actitud en garra flexible de 4º y 5º dedos de mano izqda
- Axonotmesis parcial del nervio cubital izqdo desde muñeca en estadio de reinervación
- Perjuicio estético

\* **Repercusión parcial en su actividad laboral de amasadora de dulces**

**B.4. Del resultado del reconocimiento médico-pericial, a todo lo anterior debemos añadir lo siguiente:** \* Mano sudorosa, fría y con dolor neuropático desde la muñeca, como datos pertenecientes a una algodistrofia o síndrome de SÜDECK.

De hecho se le está prescribiendo desde el inicio el fármaco Lyrica (gabapentina) analgésico indicado para el dolor neuropático. \* Pérdida de los últimos 10º de la extensión y 20º de la flexión del codo.

**B.5. Naturaleza de la patología:** \* Lesión del Nervio cubital, garra cubital o mano de predicador:





TRAYECTORIA DEL NERVO CUBITAL

INERVAÇÃO SENSITIVA DEL NERVO CUBITAL

### C) Consideraciones médico-laborales

1. El cuadro patológico descrito es de naturaleza orgánica, crónica e irreversible. Han sido agotadas las posibilidades terapéuticas y rehabilitadoras.
2. Las funciones del sistema neuromuscular del cubital son las siguientes<sup>1</sup>:

#### \* Función global: Sujeción firme del objeto. Empuñamiento.

MUSCULO	ORIGEN	INSERCIÓN	FUNCION
INTERÓSEOS DORSALES (son 4, dos para el dedo 3º, una para el 2º y otro para el 4º)	En los dos metacarpianos del correspondiente espaciocorrespondiente interóseo. En el 2º dedo uno externo, en el 3º dedo uno externo y otro interno, y en el 4º dedo uno interno	Falange proximal del correspondiente dedo	Flexionan la falange proximal y extienden las otras dos. Separan los dedos del eje de la mano
INTERÓSEOS PALMARES (son 3, en el	Cara interna del 2º metacarpiano y cara	Falange proximal del correspondiente dedo	Flexionan la falange proximal y extienden las

<sup>1</sup> <https://www.efisioterapia.net/articulos/sistemas-neuromusculares-miembro-superior>

2º, 4º y 5º dedo)	externa de los metacarpianos 4º y 5º		otras dos. Aproximan los dedos al eje de la mano
FLEXOR CORTO DEL MEÑIQUE	Gancho del hueso ganchoso	Falange proximal del 5º dedo	Flexion el 5º dedo
OPONENTE DEL 5º DEDO	Gancho del hueso ganchoso	5º metacarpiano	Opone el 5º dedo
SEPARADOR DEL 5º DEDO	Pisiforme	Falange proximal del 5º dedo	Separa y flexiona el 5º dedo
PALMAR CUTÁNEO	Borde interno de la aponeurosis palmar	Piel de la eminencia hipotenar	Arruga la pile de la eminencia hipotenar
FASCÍCULO TRANSVERSO DEL APROXIMADOR DEL PULGAR	Cuerpo del 3º metatarsiano	Sesamoideo interno	Aproxima y opone el pulgar
FASCÍCULO OBLICUO DEL APROXIMADOR DEL PULGAR	Hueso grande y trapezoide	Sesamoideo interno	Aproxima y flexiona el pulgar
FLEXOR CORTO DEL PULGAR	Hueso grande y trapezoide	Sesamoideo externo	Flexiona la falange proximal del pulgar y extiende las otras dos
LUMBRICALES 3º Y 4º	Tendón del músculo flexor común profundo del 4º y 5º dedo	Tendón del músculo extensor del 4º y 5º dedo	Flexiona la falange proximal y extiende las otras dos
CUBITAL ANTERIOR	Epitrócle y olécranon	Gancho del ganchoso y pisiforme	Flexión cubital de la mano
FLEXOR COMÚN PROFUNDO DE LOS DEDOS 4º y 5º	Cara anterior del cúbito	De la falange distal del 4º y 5º dedo	Flexión de la falange distal del 4º y 5º dedo

Debemos destacar en el presente caso que **además de la paresia del 4º y 5º dedos, los tres primeros dedos también están afectados parcialmente**, ya que, tal y como refleja la tabla anterior, varios de sus músculos también están inervados por el cubital.

3. La lesión del NERVIO CUBITAL descrita impide las siguientes presas con la mano izquierda, que es la dominante en nuestra paciente<sup>2</sup>:



<sup>2</sup> KAPANDJI



4. La profesión de la paciente es la de AMASADORA DE PAN Y DULCES que precisa de la conjunción de ambas manos para manipular constantemente y realizar presas y apuñamientos palmares para trabajar las masas harinosas.

Sobre esta profesión la propia **Guía de valoración profesional** del INSS página 844, edición 2014 contempla las actividades de panaderos, pasteleros y **confiteros**, describiendo las siguientes exigencias y requerimientos profesionales:

\* **Carga biomecánica en Mano**.....Grado 3 (sobre 4)  
 \* **Carga Mental Atención/Complejidad**.....Grado 3 (sobre 4)  
 \* **Sensibilidad Superficial y Profunda**.....Grado 3 (sobre 4)  
**(Grado 3: media-alta intensidad o exigencia –pag. 20-)**

5. Así, pues, dado el cuadro patológico descrito y sus correspondientes limitaciones funcionales, puesto en correlación con las tareas de la profesión de referencia se desprende que la paciente presenta desde la óptica médica una **inhabilitación completa para el ejercicio eficaz, continuo y sin riesgos de las tareas fundamentales. Existe una incompatibilidad lesión/tarea y riesgo de accidente laboral.**

## ► Omisiones, Falsedades, medias verdades y Tergiversaciones argumentadas en base a la prueba pericial de la mutua

**1. Sobre el puesto de trabajo.** De forma sorpresiva en la vista oral la mutua aportó la pericial de un ingeniero técnico sobre un puesto de trabajo distinto al contratado y cotizado, argumentando que bastaban los tres primeros dedos de cada mano para realizar las tareas, ya que las masas harinosas venían ya amasadas y con forma alargada, por lo que bastaba la pinza tridigital para su manipulación. Esto fue avalado por el letrado de la empresa también presente y demandado. Maniobra increíble, ya que en todo el expediente constaba y no era motivo de discrepancia que la profesión era “amasadora de pan y dulces” en un horno artesanal de panadería y pastelería.

**2. Sobre las secuelas.** El perito médico de la mutua argumentó que en base a la última electromiografía el nervio se había recuperado, ya que la conducción nerviosa era normal, así que no existía incapacidad permanente.

### **3. Sobre la manipulación de las pruebas realizadas por el colaboracionista servicio de neurofisiología de la mutua:**

#### **Conclusión:**

- Las conducciones sensitivas y motoras del nervio Cubital izquierdo están dentro de límites normales.

Mejoría respecto al anterior estudio del 23-11-2016.

\* La aportación técnica de esta prueba es de muy difícil comprensión para los juristas a los cuales se pretende engañar y confundir. Tanto el abogado de la mutua como el perito médico de la misma se desgañitaron con la conclusión de que la conducción nerviosa era normal, omitiendo el total de los parámetros científicos que debe describir esta prueba:

#### Parámetros Neurofisiológicos en el Estudio del Nervio<sup>3</sup>

##### Latencia, Velocidad de Conducción, Dispersión, Amplitud y Bloqueo:

---

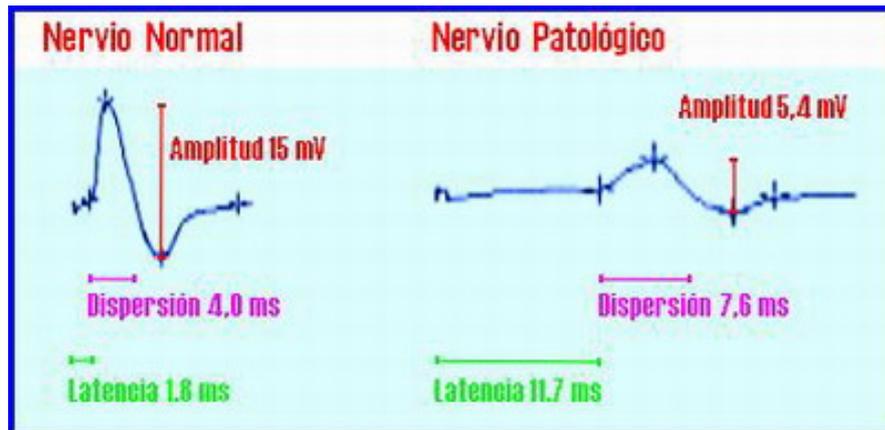
El tiempo de conducción se estudia a través de los siguientes parámetros neurofisiológicos: la latencia, la velocidad de conducción, la dispersión, el bloqueo y los reflejos de larga latencia.

El tamaño del nervio se estudia valorando la amplitud de la respuesta.

*Nervio normal y patológico. La respuesta del nervio es el Potencial de Acción*

---

<sup>3</sup> <http://neurofisiologiagranada.com/emg/eng-parametrosneurofisiologicos.htm>



#### TIEMPO de CONDUCCIÓN: Latencia, Velocidad de Conducción, Dispersión. LESIONES DESMIELINIZANTES

La **latencia** es el tiempo que tarda en registrarse el potencial de acción desde que se da el estímulo. Se mide en milisegundos (un segundo entre mil). Cuando hay *desmielinización* se encuentra aumentada.

La **dispersión** es la duración del potencial de acción. Se mide en milisegundos. Cuando hay *desmielinización* se encuentra aumentada.

La **velocidad de conducción** es una característica de la transmisión nerviosa, normalmente oscila entre 50 y 60 metros/segundo. Se mide estimulando el nervio en dos sitios separados por una distancia conocida, obteniendo la diferencia de tiempos en la aparición del potencial de acción, y calculando la velocidad con la fórmula  $\text{velocidad} = \text{espacio} / \text{tiempo}$ . Cuando hay *desmielinización* disminuye la velocidad de conducción, porque el nervio conduce más lentamente, al no funcionar bien la mielina.

#### TAMAÑO del nervio: Amplitud, Bloqueo. LESIONES AXONALES

La **amplitud** es el tamaño del nervio, y refleja el número de axones que tiene. Se mide en unidades de voltio (el voltio es una unidad de voltaje en electricidad, la descarga que produce una pila es de varios voltios): los nervios motores se miden en milivoltios (un voltio entre mil), los nervios sensitivos se miden microvoltios (un voltio entre un millón). En una lesión nerviosa en la que se produce un *daño de los axones*, la amplitud del potencial de acción se encuentra reducida.

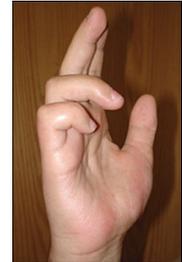
El **bloqueo** de un nervio se observa cuando en un determinado punto de estimulación disminuye bruscamente la amplitud del potencial de acción. Significa que en esa zona se encuentra una lesión en el mismo. Cuando hay *desmielinización* se pueden producir bloqueos.

Así, pues, se aconseja a los abogados y peritos de la parte actora que en cuanto aparezca en el caso una electromiografía, dejen totalmente claro este asunto en su primer turno de preguntas, y que dicho letrado lo vuelva a remarcar en sus conclusiones, ya que la estrategia de la mutua puede consistir en manipular por completo tanto en las preguntas a sus peritos como en sus conclusiones. Por desgracia, en nuestra experiencia, muchos Jueces caen en estas trampas por la dificultad técnica del asunto.

**Comentario.**- Un análisis de velocidad de conducción nerviosa (también llamado estudio de conducción nerviosa) mide la rapidez con que un impulso eléctrico se mueve a través de un nervio. En todo caso anotar que la Velocidad de Conducción (VC) es compatible o puede ser compatible con su normalidad, pues para un diagnóstico de la merma funcional, los resultados de la EMG (electromiografía) por si solos no bastan. Así resulta que “los estudios de conducción nerviosa habitualmente son normales en los casos de miopatías”. (Ref.- *Construcción de una tabla de valores referenciales para un laboratorio de neurofisiología*. ESTÉBEZ ABAD. Facultad de Medicina de Cuenca. Ecuador).

Y es que por mucho que el impulso eléctrico se desplace con toda normalidad (velocidad de conducción normal) funcionalmente no podrá ser aprovechado si la estructura destinada a recogerlo (la mano) es incapaz de ponerse en movimiento. En la valoración de la paciente es pues

imprescindible incluir sus antecedentes médicos, síntomas, examen físico, y en suma el resultado de la exploración en conjunto del paciente. En el caso de la lesionada la inspección directa de la mano muestra unas evidentes secuelas, deformidad de la mano, signos de atrofia muscular, repliegue en posición viciosa, en flexión, del 4º y 5º dedos. A la vista de ello no hay que tener especiales conocimientos para darse cuenta que con tales secuelas esta trabajadora ya no puede seguir ejerciendo su actividad de “amasadora de pan y dulces”.



La cuestión que en último término se plantea no es como está ahora su nervio cubital, sino las consecuencias que las lesiones sobre el mismo han provocada sobre la mano, consecuencias del todo evidentes, y ya calificadas en calidad de secuelas (esto es, daño definitivo e irreversible).

Es igualmente evidente, pues, que le incapacitan para realizar eficazmente diversos gestos y funciones tanto de la vida diaria, como, y más todavía, de naturaleza profesional ( más cuando como este caso la carga biomecánica de la mano para ejercer su oficio está calificada de en unos requerimiento de 3 sobre 4 (por la Guía de valoración profesional del INSS). Hay que tener en cuenta que en muchos casos en el ámbito laboral la capacidad de ejecución de las tareas asignadas se rigen por la ley del “todo o nada” (esto es, o puede o no puede).

Dada la frecuencia con que se producen estos casos, debería existir un Médico Forense adscrito al Juzgado de lo Social como asesor oficial del Juez, tal y como ocurre desde siempre en los Juzgado de Instrucción y Penal, no siendo suficiente con la consulta puntual que se puede realizar al mismo contemplada por la normativa, pero escasamente utilizada en la práctica.

Dr. Evelio González Prieto  
Especialista en Medicina Legal y Forense  
[www.eveliogonzalez.com](http://www.eveliogonzalez.com)

o