



MEDICINA FORENSE PRÁCTICA

Criterios de estabilidad lesional en la valoración del daño corporal

The lesion stability criteria in the physical damage assessment

Clara Vega Vega^{a,*} y Rafael María Bañón González^b

^a Instituto de Medicina Legal, Alicante, España

^b Instituto de Medicina Legal, Murcia, España

Disponible en Internet el 20 de enero de 2012

Introducción

La consolidación médico-legal es el momento en el que las lesiones se fijan y toman un carácter permanente tal que no es necesario ningún tratamiento, a no ser que sea para evitar una agravación, dando lugar a un grado de incapacidad permanente, un perjuicio definitivo¹.

Determinar en qué momento concreto la secuela se instaura y cuándo deja de evolucionar es difícil y suele ser objeto de discusión. A pesar de que se habla de «fecha de consolidación», en numerosas ocasiones la estabilización del proceso no se produce por crisis, sino lentamente. De esta manera, la mejoría de las lesiones se extiende a lo largo de meses e incluso de años, durante los cuales el enfermo tiene necesidad de cuidados para tratar un estado de secuelas (antiálgicos, reeducación, fisioterapia, psicoterapia, etc.)^{2,3}. Por todo lo anterior, será más adecuado hablar de período de consolidación médico-legal o estabilización, en lugar de fecha de consolidación médico-legal^{1,4,5}.

No obstante, estos prolongados períodos de curación plantean problemas para la valoración médico-legal de la estabilización lesional y, por lo tanto, de la valoración y cuantificación de la incapacidad de cara a la reparación y seguridad jurídica, por lo que es necesario definir un determinado «momento de corte» en un proceso biológico que, desde un punto de vista estrictamente médico, no tiene soluciones de continuidad^{2,4}.

En la valoración de la estabilidad lesional debemos distinguir dos situaciones:

- Estabilización médico-legal de las lesiones que finalizan con la curación real y *ad integrum* de la lesión. Es el momento en el que se alcanza la sanación o curación de las lesiones, y que al no quedar secuelas es el equivalente a la curación clínica^{1,2,4-6}.
- Estabilización médico-legal de las lesiones que han evolucionado a crónicas o secuelas.

Criterios médico-legales para verificar la estabilidad lesional

Los criterios a tener en cuenta en la valoración de la estabilidad lesional son los siguientes¹⁻⁶:

El fin del tratamiento activo curativo

En la mayor parte de los lesionados, la terapéutica activa ocupa la fase inicial que sigue inmediatamente al incidente, y se termina antes de la consolidación, cuando ya no se espera ninguna mejoría o al haberse agotado todas las posibilidades terapéuticas curativas o de acortar en el tiempo la lesión o disminuir las discapacidades^{1,2,4-6}. El tratamiento no es necesario, salvo para evitar una agravación posterior^{1,6}.

Se recomienda tomar como referencia para apreciar el estancamiento en la evolución, el cese del tratamiento de fisioterapia, la interrupción de la simple vigilancia u observación de la evolución, etc.³.

En el caso del paciente que rechaza la realización de un tratamiento determinado (sea quirúrgico o de cualquier otra naturaleza) con el que se espera la mejoría o curación, las posibilidades terapéuticas no pueden considerarse agotadas, pero a efectos de consolidación médico-legal, se

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cvegave@coma.es (C. Vega Vega).

considerará que a partir del momento de su negativa, se ha aplicado el máximo de la atención médica, la que acepta y permite el paciente, y por tanto, se ha conseguido el máximo de recuperación, por lo que habrá que fijar en ese momento la estabilización⁵. En nuestro informe señalaremos la situación real del lesionado y el porqué de la consideración de consolidación, su negativa al tratamiento, y los beneficios y riesgos que conlleva la terapia⁴.

En los casos de graves lesiones craneoencefálicas o medulares, en donde desde un momento posterior a producirse la lesión no es esperable una mejoría, ni a corto ni a largo plazo, y ya desde el momento mismo de la lesión se ha instaurado la secuela y no son previsibles modificaciones futuras significativas. En estos procesos podría situarse la estabilización en la fecha de finalización de los cuidados médicos activos o en la fecha de finalización de la readaptación a la nueva situación de discapacidad^{3,6}. En las amputaciones de miembros inferiores se tendrá en cuenta la adaptación a una prótesis para volver a deambular autónomamente, ya que es un período que varía de unas personas a otras^{3,4}.

Existen períodos de «vacío de tratamiento activo», condicionados por factores externos. Por ejemplo, la espera para comenzar un tratamiento fisioterapéutico o una exploración artroscópica por falta de disponibilidad de recursos sanitarios, o bien el período en el que por circunstancias personales, laborales o familiares, el paciente ha decidido posponer una determinada intervención terapéutica. También hay que tener en cuenta los tiempos en los que la lesión pasó inadvertida o hubo error diagnóstico o una exploración incompleta, y la elección inadecuada de un tratamiento por existir varias opciones terapéuticas, por los medios técnicos y humanos disponibles, o por decisión del propio paciente. En estas situaciones, se debería dejar constancia expresa de la circunstancia en el informe^{2,6}.

Estabilización de la evolución aguda de las lesiones

La estabilización del proceso o mantenimiento en el tiempo de la clínica que presenta el lesionado sin modificaciones implica que las lesiones se han transformado en secuelas por la ausencia de evolución de las mismas¹⁻⁶. Sería el momento en que el médico asistencial decide que ya no es necesario volver a revisar al paciente, no necesita tratamiento alguno, o se programa una revisión en un plazo de un año^{1,2}. Este plazo debe incluir las revisiones de control adecuadas a los criterios de la buena práctica médica (*lex artis ad hoc*).

Hay casos en los que la lesión presenta períodos prolongados en exceso para determinar la curación médica, como son por ejemplo las lesiones en los niños de cartílagos de crecimiento, los traumatismos craneoencefálicos graves^{2,6}, o las fracturas-luxaciones de cadera en adultos, en las que es preciso esperar la evolución en los próximos años del cartilago lesionado o el riesgo de una necrosis aséptica de la cabeza del fémur. La valoración médico-legal debería dejar constancia expresa en el informe pericial de las características evolutivas especiales de la lesión^{2,6}, y utilizar como criterios el fin del tratamiento activo curativo, la reincorporación a

sus actividades laborales y habituales o la incapacidad para las mismas y los tiempos medios o estándar de cada lesión.

Se incluyen también las situaciones con consecuencias de baja intensidad, como las revisiones periódicas, los períodos de tratamientos odontológicos simples, o muchos de los tratamientos episódicos, molestias transitorias de bajo nivel, con tendencia a la resolución sin tratamiento, en los que no se demuestra un nivel suficiente y objetivable de disfuncionalidad o incapacidad. En estas situaciones, se debería dejar constancia expresa en el informe^{2,6}.

En el supuesto de los casos de agravación del estado anterior de una manera definitiva por el incidente, la estabilización lesional se correspondería con el momento en el cual las lesiones han vuelto al estado anterior previo que tenía el lesionado antes de sufrir el agente lesivo, o en el cual la agravación de la lesión anterior se ha estabilizado, de acuerdo con los criterios antes expuestos.

La reincorporación a la actividad laboral o propuesta de incapacidad

La fecha del alta laboral es otro criterio a tener en cuenta en la fijación de la data de consolidación médico-legal^{2,3,5,6}.

Está admitido que el período de consolidación médico-legal no siempre coincide con la vuelta a la actividad profesional. En algunos casos, el trabajo puede ser retomado a pesar de continuar los cuidados durante un tiempo más o menos largo, en espera de la estabilización lesional. En otros casos, las secuelas son de entidad suficiente como para impedir la reincorporación al trabajo^{1,3,4,6}.

La reincorporación a las actividades habituales o incapacidad para las mismas

Aunque la referencia al ámbito de la profesión habitual es la más importante, en el caso de las personas que no tienen una ocupación retribuida o por cuenta ajena, o de las personas de edad o los niños, la ocupación habitual comprendería las actividades que realizaban antes de las lesiones^{2,4}, actividades de la vida diaria, actividades sociales y de ocio y actividades escolares o de formación^{3,5}. La estabilidad lesional se correspondería con aquel momento en que ya puede hacer casi todas sus actividades habituales², o cuando ya no necesita de ayuda de una tercera persona⁶.

Tiempos medios o estándar de cada lesión

En ocasiones, la aplicación de los criterios anteriores no es suficiente, y debemos recurrir al criterio de los tiempos medios o estándar de cada lesión^{2,4}.

Resultan muy útiles en las situaciones en las que hay que emitir un pronóstico del período probable de curación o estabilización de las lesiones.

En estos y otros casos adquiere especial relevancia el criterio orientador del tiempo que habitualmente tarda en curar o sanar una lesión determinada. Se puede recurrir a los trabajos elaborados con esta finalidad, pero siempre teniendo en cuenta que los tiempos de consolidación en ellos señalados no son más que una cifra teórica y orientativa, que puede verse modificada por diversos factores, tanto indivi-

duales como por las circunstancias que lo rodean^{2,4}. Existen múltiples trabajos publicados que muestran los períodos medios de consolidación de las lesiones (Hinojal, 1996; Aso y Cobo, 2006), entre otros^{2,7}.

En el supuesto de que el período de consolidación médico-legal se haya prolongado sobre el previsto, se deberán analizar sus causas²⁻⁴: se tendrá en cuenta la naturaleza del traumatismo, las lesiones producidas, las actuaciones médicas, las pruebas diagnósticas y los tratamientos aplicados. Se deben diferenciar los tratamientos que tienen una finalidad curativa de los destinados a evitar una agravación y los tratamientos necesarios de los que no están justificados. Las complicaciones sobrevenidas durante el curso del tratamiento pueden ser previsibles por las características del tratamiento, del lesionado y de la propia lesión, imprevisibles (cursos atípicos de la lesión) o accidentales.

El estado patológico anterior puede justificar la prolongación de los tiempos de consolidación, sobre todo cuando está interrelacionado con las lesiones. Entre las afecciones más importantes que dilatan los períodos de sanidad, hay que señalar las enfermedades endocrinas y óseas como diabetes mellitus, osteoporosis, etc.; también las enfermedades cardiocirculatorias, respiratorias, alérgicas, digestivas o el embarazo pueden retrasar la recuperación al impedir la aplicación de ciertos tratamientos e incluso la práctica de exámenes complementarios radiológicos⁴.

Finalmente, la valoración exige individualizar los elementos de decisión en cada caso concreto^{3,4}.

Aunque el período de consolidación médico-legal no siempre coincide con alguna de estas situaciones, deben servir como criterios de orientación válidos para estimar la estabilidad lesional. Para llevar a cabo una correcta valoración médico-legal, el perito médico se debe plantear desde el inicio el empleo de una metodología precisa, clara y ordenada a través de una correcta anamnesis, el estudio de la documentación médica y el examen clínico⁵. Cuando se establezca una propuesta de data de estabilización, deberán expresarse los criterios que se han tenido en cuenta para ello.

Conclusiones

La consolidación médico-legal se basa en criterios médico-legales objetivos: curación real y *ad integrum* de la lesión, fin del tratamiento activo-curativo, estabilización de la evolución aguda del proceso, fecha de reincorporación a sus actividades laborales o habituales, o incapacidad para las mismas, y tiempos estándar de curación de la afección, establecidos por la bibliografía.

El perito médico debe proponer una data de estabilidad lesional basada en varios criterios objetivos de los expuestos, sin limitar su pericia a tomar un único criterio de referencia³.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rousseau C, Fournier C. Le livre du capedoc. Précis d'évaluation du dommage corporel en droit común. París: Aredoc CDDC; 1989.
2. Aso Escario J, Cobo Plana JA. Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la ley 34/03. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2006.
3. Represas VC, Muñoz Barús JI. Estabilización lesional. Días improductivos y no improductivos. Criterios médico-legales de valoración. Cuadernos de valoración. 2010;7:69-77.
4. Hernández Cueto C. Valoración médico-legal del daño a la persona. Valoración del daño corporal. Tomo II: doctrina médico-legal de valoración de daños personales. Madrid: Colex; 2010.
5. Hernández Cueto C. Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
6. Rogier A. Dommage Corporel. Eléments medico-légaux à l'usage du jurist et du médecin. París: ESKA; 2001.
7. Hinojal Fonseca R. Daño corporal: fundamentos y métodos de valoración médica. Oviedo: Arcano Medicina; 1996.