



José Antonio Menéndez de Lucas.

Médico Forense.

Especialista en Oftalmología y en Medicina del Trabajo de la Clínica Médico forense de Madrid.

Doctor en Medicina por la UCM.

Profesor de Medicina del Trabajo del Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia.

Director de varios cursos sobre VDC y responsabilidad profesional en Oftalmología.

Autor de los libros "Cuestiones médico forenses de interés en la práctica clínica" (1999) y "La responsabilidad profesional del Oftalmólogo" (2006), y publica regularmente artículos sobre oftalmología legal y VDC en revistas científicas.



Alvaro Miró Seoane

Médico Forense

Diplomado en Medicina de Empresa

Especialista en Medicina Legal y Forense

Odontólogo

Jefe de los Servicios Médicos de Empresa de Castellana Motor S.A durante tres años.

Actualmente Médico Forense de la Audiencia Provincial de Madrid y Especialista en Odontología de la C.M.F de Madrid.

Vocal de la Comisión Deontológico del Colegio de Odontólogos e la I Región.



MEDICINA DEL TRABAJO PERICIAL Y FORENSE

José Antonio Menéndez de Lucas

Álvaro Miró Seoane

MEDICINA DEL TRABAJO

PERICIAL Y FORENSE



**MEDICINA DEL TRABAJO
PERICIAL Y FORENSE**

**José Antonio Menéndez de Lucas,
Álvaro Miró Seoane**

**MEDICINA DEL TRABAJO
PERICIAL Y FORENSE**



MEDICINA DEL TRABAJO PERICIAL Y FORENSE

© José Antonio Menéndez de Lucas y Álvaro Miró Seoane

© Editorial Vision Net

Avenida de Asturias, s/n, Impares, local 5.

Semiesquina a Plaza Castilla, 3.

28029 Madrid (España)

Tel.: 0034 91 311 76 96

url: www.visionlibros.com

ISBN: 978-84-9821-986-9

Depósito legal: M-

Producido por Grupo Corporativo Visionnet.

Cuatro Amigos, 5 Posterior. 28029 Madrid (España)

Maquetación: P. Soler. Telf.: 666 910 549

Impreso en España

Reservados todos los derechos. Esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo, ni en parte, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, de ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético o por fotocopia, o cualquier otro sin el permiso previo por escrito de los titulares del copyright.

*A todos los compañeros médicos forenses,
especialmente a aquellos recién
incorporados al Cuerpo, con el deseo de que
conserven durante toda su vida profesional
la ilusión y las ganas de hacer bien su
trabajo que tienen ahora, después de
aprobar la oposición.*

*A todos nuestros lesionados, especialmente a
aquellos que no hemos sabido entender o
ponernos en su situación.*

*«Si tratas al enfermo como tú quisieras ser
tratado por él, lo has tratado bien».*

Máxima hipocrática.

INDICE

Páginas

Capítulo 1

Introducción a la Medicina del Trabajo. Características del Proceso Laboral. Competencias de la jurisdicción Social. Principales cuestiones por las que es requerido el Médico Forense en los Juzgados de lo Social 13

Capítulo 2

El informe pericial en Medicina del Trabajo. Características. Fuentes del informe. Aspecto formal del informe pericial 19

Capítulo 3

El accidente laboral: concepto y características específicas. Incapacidad laboral y sus clases. Prestaciones económicas 23

Capítulo 4

La enfermedad Profesional: Concepto. La lista de enfermedades profesionales. Organización de la Seguridad Social 27

Capítulo 5

Enfermedad común y accidente no laboral. La incapacidad temporal. Las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, pero no invalidantes 35

Capítulo 6

Traumatología Laboral. Características específicas. La artrosis, su importancia en el ámbito laboral. Lesiones traumatológicas de especial repercusión en el mundo laboral 39

Capítulo 7

Valoración médico forense de la lumbalgia y la hernia discal como causa de invalidez..... 47

Capítulo 8

La fibromialgia: concepto, incidencia, etiología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento. Valoración de la fibromialgia como causa de invalidez laboral 53

Capítulo 9

La Neumoconiosis como enfermedad profesional. La hernia inguinal como accidente laboral. Valoración médico forense . 61

Capítulo 10

Valoración pericial de la patología cardiovascular como causa de incapacidad permanente 67

Capítulo 11

Traumatismos oculares en Medicina Laboral. Interpretación de los informes oftalmológicos 83

Capítulo 12

Exploración oftalmológica básica en la práctica pericial y forense. Valoración las secuelas oftalmológicas en los accidentes laborales. Minusvalías de causa ocular. Criterios generales en las incapacidades permanentes de causa visual 107

Capítulo 13

La simulación y disimulación en el ámbito laboral. Diferencia entre neurosis de renta y simulación. Actitud del médico forense en estos casos 119

Capítulo 14

Riesgos laborales en el personal sanitario. Medidas de prevención en la realización de autopsias. Vacunaciones de interés médico-forense. Autopsias de “Alto riesgo”, la Enfermedad de Creutzfeld-Jacob (ECJ). 127

Capítulo 15

Psiquiatría y drogodependencias en Medicina del Trabajo. Principales trastornos psiquiátricos que pueden dar lugar a incapacidades 133

Capítulo 16

Los riesgos psicosociales en el ámbito laboral: El estrés del trabajo, el “mobbing” o acoso moral, el síndrome del “burn-out”. Valoración pericial de estos cuadros 141

Anexo

Casos prácticos de peritaciones en el ámbito laboral 149

CAPÍTULO 1

Introducción a la Medicina del Trabajo. Características del Proceso Laboral. Competencias de la Jurisdicción Social. Principales cuestiones por las que es requerido el Médico Forense en los Juzgados de lo Social

INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA DEL TRABAJO

La **Medicina del Trabajo** es la especialidad médica, que se ocupa de todas aquellos aspectos médico quirúrgicos relacionados con el ámbito laboral, ya sea en su faceta asistencial como pericial.

La Medicina del Trabajo **asistencial**, incluye todas las actividades burocráticas, preventivas, de asesoramiento médico, primera asistencia en los accidentes laborales, diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes y laborales, en el medio laboral. Este tipo de actividad es incompatible con el ejercicio del cargo de médico forense, según el punto 3º del artículo 497 de la Ley Orgánica del Poder Judicial (“... *será, en todo caso, incompatible con la función de médico de empresa, o de entidades aseguradoras, ...*”). También está recogida esta incompatibilidad en el punto a) del artículo 50 del reglamento del Cuerpo de Médicos Forenses (BOE de 1 de Marzo de 1996).

Existe además una Medicina del Trabajo **pericial**, consistente en el asesoramiento médico a tribunales de la Jurisdicción Social, que es competencia clara del médico forense. Ya que el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses se define como un Cuerpo Titulado superior al servicio de la Administración de Justicia, y este servicio no se limita al ámbito penal, incluye también el civil y el laboral.

La intervención del médico forense en el ámbito laboral es insustituible y generalmente muy apreciada por los Tribunales, dada su formación, experiencia, disponibilidad e independencia.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO LABORAL:

En Derecho se denomina **procedimiento** a la forma y orden en que se realizan los actos que componen el proceso. Hay dos tipos de procedimientos: oral y escrito. En el **procedimiento escrito**, las actuaciones procesales se realizan sucesivamente en un orden más riguroso y el Juez no siempre está presente. Suele ser más documentado, ya que todo queda por escrito, pero suele ser lento y engorroso. Los médicos forenses estamos habituados a actuar en la fase de instrucción del proceso penal, que es un procedimiento escrito.

El **procedimiento oral** participa de los caracteres contrarios al escrito y como el procedimiento laboral está pensado para dar agilidad a la función jurisdiccional, porque las materias que se resuelven en él muchas veces suponen una urgencia vital (una pensión, un despido, etc...) se trata de un procedimiento oral. El acto central del procedimiento será el “juicio oral”, actuación en la que las partes:

- Comparecen ante el Juez.
- Exponen cuanto consideren oportuno.
- Realizan las pruebas que estimen convenientes.
- Formulan definitivamente su pretensión y resistencia.

Los **principios** que inspiran el procedimiento laboral son los siguientes:

1. *Inmediatez*: El Juez está presente viendo por sí mismo las alegaciones y pruebas que aportan las partes. De esta forma es más fácil intervenir sobre ellas.
2. *Concentración*: La mayor parte de las actuaciones del procedimiento se realizan en un solo acto. Este acto, lógicamente va a ser el juicio oral, en el que se producen sucesivamente las alegaciones, pruebas y conclusiones de las partes.
3. *Publicidad*: Al realizarse los actos verbalmente y en un solo acto, es posible que lo presencie quien lo desee.
4. *Celeridad*: Consiste en tratar de acortar la tramitación al máximo, haciendo imperar el principio de “economía procesal” (consiste en evitar trámites inútiles y superfluos), para que el asunto se resuelva en el plazo más breve posible.
5. *Intervención del Juzgador*: Mucho mayor que en otras jurisdicciones, ya que puede: pedir asesoramientos, realizar pruebas, hacer preguntas, conceder cuantas veces desee la palabra a las partes, mantener la práctica de pruebas a las que las partes hayan renunciado, rechazar una conciliación, etc...).

6. *Elasticidad*: Está muy relacionado con el principio anterior, y consiste en que el Juez puede ordenar la sucesión de los distintos actos procesales (dentro de unas ciertas limitaciones) del modo que mejor responda a la finalidad del proceso, sin tener que atenerse de forma absolutamente rígida a lo legalmente establecido.
7. *Actuación "de oficio"*: Aunque el inicio del proceso es a petición de los afectados, una vez iniciado este, el Juez se encarga de realizar, por su cuenta, cuantos trámites sean necesarios para solucionar el conflicto planteado.
8. *Gratuito*: Salvo excepciones.
9. *Búsqueda de la verdad material*: recogido en el art. 75 de la LPL (Ley de Procedimiento Laboral) que impone como deber procesal la actuación de las partes con arreglo a los principios de probidad y veracidad, y el rechazo, incluso de oficio, de peticiones dilatorias o que entrañen manifiesto abuso de derecho.
10. *Contradicción e igualdad de las partes*: Son unos principios básicos en todo proceso democrático, y consisten en que ambas deben gozar de las mismas posibilidades de defenderse, y el Juez debe colocarse en todo momento en una situación de absoluta imparcialidad frente a ellas.

COMPETENCIAS DE LA JURISDICCIÓN SOCIAL

Están recogidas en el art. 2º de la LPL¹, y las más importantes son:

- Cuestiones suscitadas entre trabajadores y empresarios consecutivas al **contrato** de trabajo. (Excepción: si el trabajador es funcionario es competente la jurisdicción contenciosa).
- Materias propias de la **Seguridad Social**. Se incluyen cuestiones relativas a prestaciones asistenciales y mejoras voluntarias de la Seguridad Social. En esta competencia es dónde se suele requerir la colaboración pericial del médico-forense.
- Pleitos relacionados con **Mutualidades**. (Excepto Muface, Mugeju,...).
- Materias relativas al **Derecho Sindical** (tutela del derecho de libertad sindical, impugnación de los convenios colectivos, elecciones sindicales,...).
- Resolución de **conflictos colectivos**.
- Cuestiones suscitadas entre **sociedades** cooperativas o anónimas laborales y sus socios trabajadores.

¹ Ley de Procedimiento Laboral. 3ª Edición. Edit. Colex. 1.995.

- Existe además **competencia abierta**, es decir, todas las cuestiones que por Ley se establezcan serán competencia de esta Jurisdicción.

En cuanto a los **Órganos Jurisdiccionales**, consideraremos cuatro:

1. Los *Juzgados de lo Social*: Es el órgano básico de la Jurisdicción Social. Es un órgano unipersonal, que conocerá en única instancia de los asuntos atribuidos a este orden. Existen en todas las provincias (al menos uno), radicando en la capital y extendiendo su competencia territorial a toda la provincia respectiva.
2. La *Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia* de cada Comunidad Autónoma: Son Tribunales (órgano pluripersonal colegiado) formados por un Presidente de Sala y varios Magistrados. Su función será resolver los recursos de súplica contra las resoluciones de los Juzgados de lo Social de esa CC.AA., cuestiones de competencias entre sus Juzgados de lo Social, y resolver en única instancia aquellos asuntos que afecten a un ámbito territorial superior a un Juzgado de lo Social, pero no excedan de esa CA.
3. La *Sala de lo Social de la Audiencia Nacional*: Compuesta por un Presidente y dos Magistrado, y su función será conocer aquellos asuntos de esta Jurisdicción cuyas materias extienden sus efectos a más de una Comunidad Autónoma. Sus resoluciones son recurribles en Casación ante el Supremo.
4. La *Sala IV de lo Social del Tribunal Supremo*: Formada por un Presidente y doce Magistrados. Se ocupará de cuestiones de competencias en este Orden, recursos de Casación contra sentencias de los TSJ o de la AN, y de recursos de Revisión contra sentencias firmes de otros Tribunales.

PRINCIPALES CUESTIONES POR LAS QUE ES REQUERIDO EL MÉDICO-FORENSE EN LOS JUZGADOS DE LO SOCIAL

En la Jurisdicción Social, como vimos anteriormente, el Magistrado tiene una mayor intervención que en otras Jurisdicciones, pudiendo solicitar pruebas periciales que no han sido planteadas por las partes. Así lo dispone el punto 1º del art. 95 de la LPL:

“Podrá el Juez o Tribunal, si lo estima procedente, oír el dictamen de una o varias personas expertas en la cuestión objeto del pleito, en el momento del juicio o, terminado éste, para mejor proveer”.

Incluso, en el punto 2º del art. 93, se refiere explícitamente a la intervención del médico-forense:

*“El órgano judicial, de oficio o a petición de parte, podrá requerir la intervención de un **Médico forense**, en los casos en que sea necesario su informe”*

En la práctica, los asuntos por los que más frecuentemente es requerido el médico forense son:

1. Determinar la patología que sufre el paciente en un momento dado y la eventual repercusión funcional que pudiera tener dicha patología sobre su actividad laboral. Esta cuestión es la que se plantea con mayor frecuencia, pudiendo suponer el 80 % de las periciales solicitadas. Las conclusiones del informe pueden ser:
 - Que la situación funcional consecutiva a dicha patología le impide realizar cualquier tipo de actividad laboral.
 - Que no puede realizar las tareas fundamentales de su profesión habitual, pero podría realizar otro tipo de trabajos.
 - Que podría realizar otro tipo de actividad laboral, pero dada su edad, formación y circunstancias actuales del mercado laboral, no parece factible que encuentre este tipo de trabajo.
 - Que además de no poder realizar ningún tipo de actividad laboral, precisa la ayuda de una tercera persona para realizar las actividades de la vida diaria.
2. Determinar las secuelas consecutivas a un accidente laboral o enfermedad profesional, indicando como repercuten en su actividad laboral.
3. Examinar al paciente indicando si el cuadro patológico que sufre se puede considerar o no como enfermedad profesional. Por ejemplo, una paciente con una EPOC que ha trabajado en ambiente pulvígeno, o una limpiadora con un cuadro alérgico a productos de limpieza.
4. Si en un trabajador determinado está indicado, desde el punto de vista médico, un cambio de puesto de trabajo.
5. Si un trabajador está en condiciones de ser dado de alta o no. Se denominan demandas por impugnación de alta médica.
6. Si las dolencias sufridas por un trabajador que tiene concedida una pensión por incapacidad permanente, han sufrido agravamiento o mejoría desde una fecha determinada.
7. Determinar el grado de minusvalía que sufre un trabajador o informar en recursos sobre revisiones del grado de minusvalía que previamente tenía el informado.

8. En muchos caso el oficio del Juez tiene una petición abierta del tipo de: “que reconozca a D. _____, emitiendo el oportuno informe pericial”. En estos casos debemos responder en las conclusiones del informe al motivo de la demanda, cuya copia deberá remitirse a la CMF junto al oficio en el que se solicita la prueba pericial.

NOTA: Hasta hace unos años, también eran competencia de la Jurisdicción Social las Reclamaciones por Mala Praxis cuando el paciente era atendido en un Centro de la Seguridad Social. Este tipo de asuntos, desde el 14 de Diciembre de 1.998 que entró en vigor la Ley del Procedimiento Contencioso Administrativo, se tramitarán por la Jurisdicción Contenciosa.

El informe pericial en Medicina del trabajo. Características. Fuentes del informe. Aspecto formal del informe pericial

EL INFORME PERICIAL EN MEDICINA DEL TRABAJO. CARACTERÍSTICAS

El **informe pericial** en medicina del trabajo, al igual que en resto de la actividad del médico forense, va a ser el documento médico legal en el que se plasme el resultado de la prueba pericial, y debe reunir una serie de **características**, debe ser:

1. *Científico*: Debemos evitar dar opiniones personales y emitir juicios que no sean acordes con los criterios de la Comunidad Médica.
2. *Objetivo*: Dando a nuestras afirmaciones el grado de certeza que le corresponda (“lo cierto como cierto, lo probable como probable, y lo dudoso como dudoso).
3. *Imparcial*: A los médicos forenses, la imparcialidad se nos presupone, y esta es una de las razones por las que se requiere nuestro informe en la Jurisdicción Social.
4. *Razonado*: Las conclusiones de nuestro informe no tendrán ningún valor si no van precedidas de un razonamiento fundamentado y científico en el apartado de consideraciones.
5. *Claro*: Debemos explicar o traducir los términos médicos al lenguaje coloquial, no debemos olvidar que nuestro informe va dirigido a juristas.
6. *Conciso*: Muchas veces por perdernos en disquisiciones innecesarias y farragosos argumentos científicos, se puede perder en comprensión. Un buen informe pericial debe evitar aportar información innecesaria, no olvidemos que una de las características del Proceso Social es la celeridad.

7. *Orientado*: A aclarar las cuestiones que nos plantean en el oficio del Juzgado de lo Social.
8. *Coherente*: Evitando incurrir en contradicciones, que van a provocar una inexorable citación a juicio para aclararlas.
9. *Concreto*: Debemos concretar en el apartado de “conclusiones médico forenses” los aspectos planteados en la petición de la prueba pericial.

FUENTES DEL INFORME PERICIAL

Para elaborar nuestro informe disponemos de información que proviene de varias fuentes:

1. El escrito de **Demanda**
 Aporta datos de interés, es el escrito que una parte dirige a la Jurisdicción Social interponiendo una pretensión inicial contra una o varias personas y solicitando la apertura de un proceso, los requisitos del escrito están contenidos en el art. 80 de la LPL, y son:
 - La designación del **Órgano** ante el que se presenta (Juzgado de lo Social).
 - Designación del **demandante** y **demandados** (Generalmente el INSS y la Tesorería General de la SS).
 - Enumeración clara y concreta de los **hechos** sobre los que verse la pretensión: si se le ha denegado y en que fecha la solicitud de incapacidad permanente, el cuadro clínico que se alegó, si la situación se ha agravado desde entonces, etc...
 - La **Súplica**: Debe hacerse en forma de petición clara y cuando se reclamen cantidades éstas se concretarán y expresarán de forma líquida (es decir, en euros) y sobre estos aspectos concretos se pronunciará el juez en su sentencia. Se solicita un tipo de incapacidad concreto y que se reconozca una determinada base reguladora expresada en euros.
 - Se designa el **domicilio** del demandante y se **firma** con la fecha.
 - Suelen añadirse además la solicitud de los medios de **prueba documental**, testifical y pericial (médica en nuestro caso).
2. Diversos informes médicos, que dividimos en:
 - **Asistenciales**: De su médico de cabecera, de su especialista de zona, del cirujano que le ha operado, del rehabilitador que le trata, etc... Un tipo especial de informes asistenciales serían los emitidos por las mutuas, que podrían considerarse como “*informes asistenciales de parte*”.

- **Periciales:** que a su vez pueden ser solicitados de oficio (informes de médicos forenses, Colegios de Médicos,...) o aportados por las partes (Especialistas en Medicina Legal, Masters en valoración del daño, Catedráticos,...)
- 3. **Documentación técnica administrativa,** como el informe del Equipo de Valoración de Incapacidades, o la declaración de minusvalía, etc.
- 4. **Pruebas complementarias:** Generalmente no las podemos solicitar nosotros, nos tenemos que arreglar con las que nos trae el paciente con el “síndrome del Corte Inglés” (aparece con una bolsa de este establecimiento, llena de analíticas, radiografías, electrocardiogramas, audiometrías, resonancias, etc.).
- 5. **Anamnesis:** El paciente nos referirá las características concretas de su puesto de trabajo, y como repercuten sus limitaciones funcionales o su patología en su actividad laboral. Valorar las características de su personalidad y cómo vive su enfermedad, valorar la posibilidad de una neurosis de renta, incluso de simulación o exageración de los síntomas.
- 6. **Exploración** del paciente: Debemos explorar personalmente al paciente física y psicopatológicamente, dentro de las posibilidades que nos permitan los medios materiales de los que disponemos. Pero, *siempre debemos explorar al lesionado.*

ASPECTO FORMAL DEL INFORME PERICIAL

El informe pericial, en Medicina del Trabajo, puede dividirse en seis partes:

1. **Encabezamiento:** Donde figurará el nombre y cargo del perito, autoridad judicial que solicita el informe, nombre del paciente y número de asunto, así como el Juzgado competente.
2. **Antecedente Laborales:** Edad del paciente, profesión habitual y tiempo que ha ejercido esa actividad, si cambia frecuentemente de actividad laboral haremos referencia a la última actividad laboral. Si tiene reconocido algún grado de minusvalía o incapacidad permanente. Situación actual del informado: en activo, en invalidez provisional, en paro, ...
3. **Antecedentes Patológicos:** Realizamos un breve resumen del historial clínico del paciente centrándonos en aquellas dolencias que repercuten sobre su capacidad laboral.
4. **Situación Actual:** Describimos las limitaciones funcionales del paciente en el momento del reconocimiento, consecutivas a su patolo-

gía. Tratando de *relacionar la incidencia de estas limitaciones funcionales sobre su capacidad laboral*, estableciendo el pronóstico.

5. **Consideraciones médico forenses:** Hacemos todos los razonamientos médicos que consideremos oportunos, basándonos en datos científicos obtenidos de nuestra experiencia y de la bibliografía consultada, para poder establecer, siguiendo un razonamiento lógico las siguientes ...
6. **Conclusiones médico forenses:** Que tratan de responder a las cuestiones solicitadas en el oficio del Juez de los Social, pero en general responderán a los siguientes puntos:
 - Concretar el proceso patológico que sufre el informado.
 - Establecer el pronóstico. Ya que puede condicionar una invalidez provisional o definitiva.
 - Cuando la incapacidad es definitiva establecer el grado de limitación:
 - Si sufre lesiones, mutilaciones o deformidades definitivas, pero no invalidantes, ya que no limitan su capacidad laboral más de un 33% (O.M. de 5 de Abril de 1.974, actualizada en Orden TAS 1040/2005 de 18 de abril).
 - Si limitan su capacidad laboral en más de un 33%, pero le permiten realizar las tareas fundamentales de su profesión habitual. (I.P. Parcial).
 - Le impide realizar las tareas fundamentales de su profesión habitual, pudiendo realizar otra actividad laboral (I.P. Total).
 - Aunque teóricamente podría realizar otro tipo de actividad laboral distinta de su profesión habitual, dada su edad (más de 55 años), formación y circunstancias del mercado laboral actual, no parece factible que encuentre este tipo de trabajo (punto 2º del art. 139 de la LGSS, anteriormente se llamaba “I.P.T. cualificada”).
 - Como consecuencia de su patología no puede realizar ningún tipo de profesión u oficio. (I.P. Absoluta).
 - Además precisa de la asistencia de una tercera persona para realizar las actividades de la vida diaria. (Gran Invalidez).

El accidente laboral. Concepto y características específicas. Incapacidad laboral y sus clases. Prestaciones económicas

EL ACCIDENTE LABORAL. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

El concepto de accidente laboral está recogido en el artículo 115 punto 1º de la Ley General de Seguridad Social (=LGSS, RD 1/94 de 20 de junio):

“...toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”.

Hay que resaltar, una serie de aspectos de esta definición:

1. Que como *lesión corporal* se entiende cualquier daño sufrido tanto en su salud física como psíquica.
2. Que se consideran accidente laboral *“la enfermedad contraída en el ejercicio de una profesión determinada y que sea consecuencia de este mismo ejercicio”* (sentencia del T.S. de 17/06/1.903). Se consideran, como accidente laboral: las *enfermedades profesionales* (contenidas en el RD 1.995/1.978).
3. Que es preciso que exista relación de causalidad entre el trabajo y la lesión.

Existen una serie de circunstancias, que no impiden la consideración de accidente laboral (art. 115 de la LGSS):

1. Las *enfermedades del trabajo*: deben su causa al trabajo, no estando incluidas en el RD, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.
2. Las *enfermedades preexistentes* que el accidente agrava o saca de su estado latente.
3. Las *enfermedades intercurrentes* como las complicaciones derivadas del accidente o las dolencias adquiridas en el nuevo medio en el que ha sido situado el paciente para su curación.
4. Tiene consideración de accidente laboral, el que ocurre al ir o volver del lugar de trabajo: es el *accidente "in itinere"*.
5. También la tendrán, salvo prueba en contra, aquellos accidentes ocurridos durante el *horario y en el lugar de trabajo*.
6. Se considerarán accidentes laborales los sufridos al desempeñar funciones sindicales, actos de salvamento o realizando tareas que aún siendo diferentes de las de su categoría profesional se hacen en interés del buen funcionamiento de la empresa.

No tendrán, sin embargo, la consideración de accidente laboral, aquellos debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, o los que sean consecuencia de acciones dolosas o imprudencias temerarias por parte del trabajador. No lo impedirá la imprudencia profesional, por parte del trabajador, ni la concurrencia de responsabilidad por parte del empresario u otros.

PRESTACIONES ECONÓMICAS

Tienen como finalidad compensar o sustituir la pérdida en la capacidad de ganancia resultante del accidente laboral. Su cuantía dependerá de la situación derivada del accidente:

A. INCAPACIDAD TEMPORAL

Tiene tal consideración la situación en la que está el trabajador que ha sufrido un accidente laboral mientras reciba asistencia de la Seguridad Social y esté impedido para su trabajo, con una duración máxima de 12 meses, prorrogables otros seis, si se supone que va a curarse.

Esta situación puede derivarse también de enfermedad profesional o común, así como de accidente no laboral.

La prestación económica consistirá en un subsidio equivalente al 75% de la base de cotización del trabajador. Al ser accidente de trabajo o enfermedad profesional, no se exige periodo previo de cotización.

El derecho al subsidio se extingue con el alta, la declaración de invalidez, el agotamiento del plazo máximo o el fallecimiento del accidentado.

B. INVALIDEZ PERMANENTE

Ocurre esta situación en aquellos casos en los que el trabajador, después de haber seguido el tratamiento prescrito, presenta al ser dado de alta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y presumiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad laboral.

La invalidez permanente se clasifica en los siguientes grados:

1. **Incapacidad permanente parcial:** Es aquella que ocasiona al trabajador una disminución de su capacidad laboral superior al 33 %, pero que no le impide realizar las tareas fundamentales de su profesión habitual. La prestación económica consistirá en una cantidad a tanto alzado equivalente a 24 mensualidades de la base reguladora.
2. **Incapacidad permanente total:** El trabajador afectado no puede realizar las tareas fundamentales de su profesión habitual, aunque pueda realizar otro tipo de actividad laboral. Recibirá una pensión vitalicia equivalente al 55% de su base reguladora. Si el trabajador es menor de 60 años, esta pensión puede sustituirse por una cantidad a tanto alzado, y si es mayor de 55 años puede incrementarse al 75% (55 + 20%, antigua “cualificada”, art. 139 LGSS).
3. **Incapacidad permanente absoluta:** Es aquella que incapacita para la realización de cualquier profesión u oficio. Da derecho a una pensión vitalicia del 100% de su base reguladora.
4. **Gran Invalidez:** Como consecuencia de las pérdidas anatómicas o funcionales, el trabajador necesita la ayuda de otra persona para la realización de las actividades esenciales de la vida diaria. La pensión es de un 150 %, pudiendo sustituirse este incremento del 50% por el alojamiento del invalido en un centro adecuado.

C. LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES

Son aquellas lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, que sin llegar a constituir una invalidez permanente (ya que no limitan la capacidad laboral del trabajador en mas de un 33 %), suponen una disminución o alteración de la integridad psicoorgánica del accidentado. Estas lesiones se indemnizarán conforme al baremo contenido en la

Orden de 5 de Abril de 1.974. Son indemnizaciones a tanto alzado. La última actualización es la de la Orden TAS/1040/2005 de 18 de abril.

Estas prestaciones económicas *pueden incrementarse entre un 30 y un 50 %, en aquellos casos en los que el accidente laboral haya sido consecuencia de incumplimiento de la normativa de seguridad e higiene en el trabajo*. Este incremento, correrá a cargo de la empresa y no puede ser cubierta por una compañía de seguros o mutua laboral.

La enfermedad profesional: concepto. La lista de enfermedades profesionales. Organización de la Seguridad Social

LA ENFERMEDAD PROFESIONAL: CONCEPTO

Está recogido en el artículo 116 de la LGSS, que dice:

*“Se entenderá por **enfermedad profesional** la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las **actividades** que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o **sustancias** que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”.*

Su **incidencia** es directamente proporcional a la industrialización del país, e inversamente proporcional al nivel que tenga en medidas de seguridad e higiene laboral. En general, las más frecuentes son las dermatopatías laborales, los trastornos ambientales de tipo físico y las neumoconiosis.

En su **mecanismo de producción** intervienen diversos factores:

1. Por parte de la *sustancia*: si es irritante o tóxica, su modo de presentación (homo, niebla, polvos o aerosoles), tamaño de las partículas, concentración.
2. Por parte del *trabajador*: Su susceptibilidad individual, constitución alérgica, enfermedades previas que favorecen la acción del agente patógeno, falta de educación sanitaria o rechazo de las medidas de protección personal.
3. Por parte del *tiempo de exposición*: Así, cuando el tiempo es corto se producen enfermedades profesionales agudas, si es medio se ocasionan enfermedades crónicas y si es largo aparecen los cánceres profesionales.

La enfermedad profesional aparece como resultado de la interacción de todos estos factores, y solamente tienen la consideración de tales las enumeradas en la lista recogida en el R.D.1.995/1.978 de 12 de Mayo, que veremos a continuación.

Las restantes enfermedades del trabajo no listadas no se consideran, en nuestra legislación como enfermedades profesionales, aunque como vimos en el tema 3º pueden equipararse al accidente laboral.

La enfermedad laboral se diferencia de:

- La *enfermedad común* en que ocurren solamente por la exposición a una sustancia concreta y en un medio de trabajo típico. Además suele generar una incompatibilidad entre el trabajador y este ambiente laboral.
- El *accidente laboral* en que este deriva de la acción súbita de un agente exterior, mientras que la enfermedad profesional suele tener una evolución lenta y progresiva. En el accidente es, por lo tanto, mucho más fácil determinar el empresario responsable.

LA LISTA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

El R.D. 1.995/1.978, de 12 de Mayo aprobó en su día el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de Seguridad Social. Esta lista ha sido recientemente actualizada mediante el **R.D. 1299/2006 de 10 de noviembre** (BOE de 19 de diciembre de 2006) por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

En esta lista cada afección va ligada al grupo de actividades peligrosas. Así, por ejemplo, la catarata se considera como “enfermedad profesional” cuando se produce en un soplador de vidrio o en fundidores de metales, pero en otros casos no se considerará enfermedad profesional, en sentido estricto.

La lista actual aporta una serie de **novedades** en relación a la anterior, como son:

- Cambia la antigua lista y la actual consta de en **dos anexos**, el anexo I y el anexo II. En el primero se recoge la lista de enfermedades propiamente dicha y en el segundo se cifra otra lista de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el anexo I podría producirse en un futuro.
- Además **faculta** a los profesionales de la Seguridad Social para comunicar a los órganos competentes la enfermedad profesional,

tanto las que son reconocidas como aquellas que podrían calificarse como profesionales.

- Propone un **modelo** de parte de enfermedad profesional y regula el **procedimiento** de su tramitación.
- El Proyecto de Real Decreto **incorpora** de forma automática a la lista todas las enfermedades profesionales incluidas en el anexo I de la Recomendación de la Comisión de las Comunidades Europeas de 19 de septiembre de 2003 (2003/670/CE). Entre las enfermedades más novedosas que se incluyen están las enfermedades derivadas del amianto, algunos trastornos músculo-esqueléticos y los nódulos de las cuerdas vocales.

Cuando se consigue un diagnóstico de accidente laboral o de enfermedad profesional, las prestaciones que disfruta el trabajador/a respecto a las prestaciones cuando el diagnóstico es de enfermedad común son diferentes:

- Asistencia obligatoria por cualquier médico.
- el trabajador/a de pleno derecho, aunque no se le hubiera dado de alta.
- No hay carencia, período de cotización previa.
- Los medicamentos y prótesis son totalmente gratuitos.
- Derecho a indemnizaciones por Lesiones Permanentes No Invali-dantes.
- La base reguladora es más favorable, si de la enfermedad contraída se deriva una invalidez.
- Si el proceso de curación de la enfermedad exige tratamientos especiales, éstos corren a cargo de la Mutua de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales o de Muface (en enfermedad común hay tratamientos que no asume la Seguridad Social y que corren a cargo del enfermo).

Además, en el caso de reconocimiento de enfermedad profesional se establece:

- La posibilidad de **período de observación**, con una Incapacidad Temporal de seis meses, prorrogable por otros seis, cuando se estime necesario para su estudio y diagnóstico, así como en caso de traslado de puesto de trabajo.
- La obligación de practicar **reconocimiento médico previo** al ingreso en los puestos de trabajo con riesgo profesional. El ritmo de periodicidad de los reconocimientos siguientes depende del tipo de riesgo, aunque la norma general es el ritmo semestral.

- Si como consecuencia de la enfermedad contraída, del descubrimiento de síntomas de la enfermedad sin repercusión todavía sobre la capacidad de trabajo, o en el caso de recuperación completa pero con posibilidad, probabilidad o certeza de progreso o recaída en la enfermedad profesional, se debe arbitrar el **traslado de puesto de trabajo** dentro de la misma empresa a otro exento de riesgo con conservación del salario del puesto antiguo —si el nuevo es inferior— con la única salvedad de las remuneraciones ligadas directamente a la producción que fueran exclusivas del puesto de procedencia.

La Actual Lista Española de enfermedades profesionales puede consultarse en el BOE de 19 de diciembre de 2006 y está formada, como hemos dicho por dos anexos:

ANEXO I: *Cuadro de enfermedades profesionales*. Consta de 6 grupos:

1. Enfermedades por agentes *químicos*: se agrupan en diversos epígrafes entre las que figuran metales (Pb, Hg, Cr, ...), metaloides (P, As, Cl, ...) y compuestos orgánicos (benceno, aminas, ...).
2. Enfermedades por radiaciones agentes *físicos*: enfermedades oftalmológicas por exposición a radiación ultravioleta, hipoacusia por ruido, nistagmus de los mineros, lesiones por aire comprimido o vibraciones traumáticas, bursitis crónica en soldadores, epicondilitis en carniceros o pescaderos, nódulos en las cuerdas vocales en profesores, cantantes, actores,...
3. Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos: personal sanitario, enfermedades transmitidas por animales o sus cadáveres. Trabajos en zonas endémicas de paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, fiebre amarilla, tifus exantemático, ... otras no contempladas en otros apartados como micosis, legionella y helmintiasis.
4. Enfermedades por *inhalación* de sustancias: Neumoconiosis, afecciones broncopulmonares, asma profesional, síndrome de disfunción reactivo de la vía aérea, fibrosis o neuropatía intersticial difusa.
5. Enfermedades *profesionales de la piel* causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados: sustancias de bajo o alto peso molecular, fotosensibilizantes exógenos, agentes infecciosos.
6. Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos: mesoteliomas por amianto, neoplasias vesicales por aminas aromáticas, tumores por arsénico (pulmón, epidermoide, angiosarcoma de hígado), linfomas por benceno, cáncer de piel por hidrocarburos aromáticos policíclicos,...

ANEXO II: *Lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión podría contemplarse en el futuro:*

Consta de los mismos seis grupos (agentes químicos, físicos, biológicos,...) y están incluidas por ejemplo enfermedades producidas por vibraciones verticales repetidas: discopatías de la columna dorsolumbar, enfermedades por el frío, Cáncer de laringe por la inhalación de polvo de amianto.

ORGANIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El **artículo 41** de la Constitución dice que “*Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo*”.

Los poderes públicos, por lo tanto están obligados a garantizar un sistema de Seguridad Social que garantice prestaciones de dos tipos:

A. PRESTACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA

Se realiza mediante el *Instituto Nacional de la Salud* (INSALUD), o por los organismos equivalentes en aquellas Comunidades Autónomas que hayan asumido estas competencias.

En el **artículo 43** de la Constitución se reconoce el derecho a la salud, y se asigna al poder público la obligación de “*organizar y tutelar la salud a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*”.

La asistencia sanitaria tiene como **finalidad** la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos necesarios para conservar o restablecer la salud de los beneficiarios, restableciendo su aptitud para el trabajo.

El **riesgo** protegido será la enfermedad común o profesional, las lesiones derivadas de accidente laboral o común, y el embarazo, parto y puerperio.

Serán **beneficiarios** de asistencia sanitaria los trabajadores afiliados, los pensionistas y sus familiares o asimilados. Por el R.D. 1.088/1.989 de 8 de Septiembre se extendió el derecho a asistencia sanitaria por parte de la SS a las personas sin recursos suficientes, con idéntica extensión, contenido y régimen que la prevista en el Régimen General de la SS.

Las **obligaciones** y **derechos** de los beneficiarios están contenidos en la Ley General de Sanidad, de 25 de Abril de 1.986. (arts. 10 y 11).

Las **prestaciones sanitarias**, según el R.D. 63/1.995 de 20 de Enero sobre “*Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de la Salud*”, incluirá:

- *Atención primaria*: que se prestará en los Centros de Salud o en caso necesario en el domicilio del paciente.
- *Atención especializada*: que se prestará en consultorios, o centros hospitalarios, accediendo por indicación del médico de atención primaria.
- *Prestaciones farmacéuticas*: prescritas por el médico.
- *Prestaciones complementarias*: Se consideran así las prótesis quirúrgicas y ortopédicas, los vehículos de inválidos, el transporte sanitario, la dietoterapia y la oxigenoterapia a domicilio.
- *Servicios de información y documentación sanitaria*: Que incluye la información al paciente y familiares, así como la emisión de los partes de baja, confirmación y alta, así como de los informes clínicos para valorar la incapacidad o a otros efectos. También los informes de alta de pacientes hospitalizados o de consultas externas en los Centros de Atención Especializada.

B. PRESTACIONES ECONÓMICAS

Una de las funciones de la SS es la protección de determinados sujetos que se encuentran en situación de necesidad, mediante prestaciones de tipo económico. Es un sistema de “caja única”, siendo abonadas siempre por la Tesorería General de la Seguridad Social (=TGSS), siendo competencia de dos Entidades Gestoras:

- El *Instituto Nacional de la Seguridad Social* (=INSS), en el caso de las pensiones contributivas.
- El *Instituto Nacional de Servicios Sociales* (=INSERSO), en las pensiones no contributivas.

1. Pensiones contributivas:

Pueden ser de incapacidad temporal, maternidad, invalidez, jubilación, desempleo o de viudedad.

Se exige, en general, un periodo mínimo de cotización para tener derecho a ellas, y su cuantía estará en función del tipo de pensión, edad del sujeto, tiempo de cotización, base reguladora, etc.

2. Pensiones no contributivas:

Están basadas en un mecanismo colectivo de solidaridad, independientemente de que exista cotización previa destinada a personas que se

encuentran en situación de necesidad y cuyos recursos económicos, sociales y culturales son tan débiles que quedan excluidos en los modos de vida mínimos aceptables en un Estado de Derecho.

Pensión de invalidez no contributiva: Es necesario ser mayor de edad y menor de 65 años, español, carecer de ingresos y tener una minusvalía igual o mayor del 65% (¡ojo!, suele ser objeto de pericia en los Juzgados de lo Social). Su cuantía se determina anualmente en la Ley de Presupuestos Generales del Estado.

Pensión de jubilación no contributiva: Se puede otorgar a aquellos residentes en el territorio español consecutivamente durante los dos años anteriores a la solicitud, mayores de 65 años, sin ingresos y que no hayan cotizado nunca o no hayan completado el tiempo de cotización exigido.

La tramitación y reconocimiento del derecho a ambas pensiones, así como la determinación del grado de minusvalía corresponde al INSERSO o al órgano equivalente de las Comunidades Autónomas transferidas.

La enfermedad común y el accidente no laboral. La incapacidad temporal

LA ENFERMEDAD COMÚN Y EL ACCIDENTE NO LABORAL

La **enfermedad común** va a ser aquella alteración de la salud que **no** reúna las características de accidente laboral, ni de enfermedad profesional, es decir:

- Que **no** es una lesión corporal ocurrida con ocasión o como consecuencia de la realización del trabajo ejecutado por cuenta ajena (accidente laboral).
- Que **no** está producida por los elementos o sustancias y en las actividades indicadas en el listado correspondiente (enfermedades profesionales), ni tiene su causa exclusiva en la ejecución del trabajo (enfermedades del trabajo).

El **accidente común** es aquel que no reúne las características de laboral, es decir:

- Que no se produce consecutivamente a la realización del trabajo.
- Que ocurre fuera del horario y lugar de trabajo.

Tanto la enfermedad común, como el accidente no laboral pueden dar lugar a la situación de **Incapacidad Temporal**.

LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Tienen consideración de Incapacidad Temporal las siguientes situaciones:

- Los períodos debidos a *enfermedad común o laboral, y accidentes*, sean o no del trabajo, mientras el trabajador recibe asistencia sanitaria por parte de la SS y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de 12 meses (prorrogables otros 6 cuando se presuma que durante ellos puede ser dado de alta por curación).
- Los *periodos de observación* por enfermedad profesional, con una duración máxima de 6 meses (prorrogables otros 6 cuando sea necesario).
- Las *bajas por maternidad*, con una duración de 16 semanas ininterrumpidas (seis de las cuales deben ser inmediatamente posteriores al parto).

Para ser **beneficiario** de las prestaciones económicas derivadas de la situación de IT, no se requiere periodo previo de cotización en el caso de que sea consecutiva a *accidente* (laboral o común) o enfermedad profesional, pero si lo será en:

- El caso de *enfermedad común* _____ deberá haber completado un periodo de cotización de 180 días en los 5 años anteriores.
- En la baja *maternal* _____ además de completar un periodo de cotización de 180 días en los 5 años anteriores, debe estar afiliada al menos 9 meses antes del parto.

Esta situación da lugar a dos tipos de **prestaciones**:

- A. *Prestaciones sanitarias*: Que serán competencia del INSALUD (o sus equivalentes en las CCAA transferidas), en el caso de enfermedad común o accidente no laboral o de las Mutuas de Accidentes de Trabajo si se trata de accidente laboral o enfermedad profesional.
- B. *Prestaciones económicas*: que variarán según el tipo de contingencia que ocasione la prestación:
 1. *En el caso de accidente laboral o enfermedad profesional*, se cobrará desde el día siguiente a la baja, el 75 % de la base reguladora (que resulta de dividir la base de cotización del mes anterior entre los días del mes). Y el organismo responsable será la Mutua Patronal con quien tenga cubierta la empresa dicha contingencia.
 2. *En la enfermedad común y el accidente no laboral*, se cobrará a partir del cuarto día y hasta el vigésimo el 60 % de la BR, y a partir de este el 75 % hasta finalizar la prestación. En organismo responsable es el INSS, que suele utilizar la forma de “pago delegado”, consistente en que lo paga la empresa que luego deduce esta cantidad de las liquidaciones de las cuotas.

Finalizará el derecho a la prestación:

- Al agotar el plazo máximo.
- Al ser dado de alta, con o sin declaración de invalidez.
- Por jubilación.
- Por fallecimiento.

Cuando la IT se extinga por agotamiento del plazo máximo se examinará al trabajador en el plazo máximo de 3 meses para valorar el grado de invalidez permanente. Este periodo podrá retrasarse si continúa precisando tratamiento médico, pero sin superar los 30 meses.

LAS LESIONES MUTILACIONES Y DEFORMIDADES DE CARÁCTER DEFINITIVO, PERO NO INVALIDANTES

Son aquellas lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, que sin llegar a constituir una invalidez permanente (ya que no limitan la capacidad laboral del trabajador en más de un 33 %), suponen una disminución o alteración de la integridad psicoorgánica del accidentado. Estas lesiones pueden ser consecutivas a un accidente laboral, o a un accidente común o incluso a una enfermedad profesional o no profesional.

Están recogidas en el baremo contenido en la Orden de 5 de Abril de 1.974, en el cual se asigna a cada lesión concreta una cantidad determinada, son indemnizaciones a tanto alzado. La última actualización es la de la Orden TAS/1040/2005 de 18 de abril.

Traumatología Laboral. Características específicas. La artrosis, importancia en el ámbito laboral. Lesiones traumatológicas de especial repercusión en el mundo laboral

TRAUMATOLOGÍA LABORAL. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

Existe una serie de circunstancias que hacen que sea diferente una fractura de tibia que se produce en una caída fortuita un domingo en el campo, a esa misma fractura cuando ocurre tras un accidente laboral.

— *Por las características del accidentado:*

1. Incide sobre la población activa. (requiere una atención especial).
2. El periodo de baja supone un déficit económico para la empresa.
3. Supone una reducción de los ingresos familiares.
4. Supone un aumento de los gastos familiares.
5. Puede ser necesaria una readaptación del trabajador, si quedan secuelas.
6. Las secuelas van a dar derecho a una indemnización con cargo al contribuyente (amputaciones, rigideces, cicatrices, pensiones de invalidez).

— *Por las características especiales de la relación médico-paciente:*

1. En general no existe libre elección. El accidentado se ve obligado a acudir al equipo médico de la mutua, que también deberá resolver las complicaciones y recaídas del paciente. No se puede cambiar de médico cuando el paciente no esté conforme con su médico, como ocurre en la traumatología no laboral.

2. La relación médico-paciente va empeorando con el paso del tiempo. Al acercarse el momento del alta es muy difícil para el médico saber cual es la situación real de su paciente, que frecuentemente exagera sus dolencias para prolongar el tiempo de baja u obtener la mayor indemnización posible por las secuelas.
3. Se tiende, en general, a un tratamiento más radical, buscando ante todo la funcionalidad. Por ejemplo, si se intenta salvar un dedo aplastado, y fracasa esta actitud conservadora, el médico tendrá que dar explicaciones de los días de baja innecesarios, por no haber amputado desde el primer momento.
4. El traumatólogo trabaja para la mutua, que tiene interés en que se produzca el alta lo antes posible, y con las menores secuelas por varios motivos:
 - Como compañía aseguradora que es, paga los días de baja.
 - Cuantas menos secuelas, menos indemnización.
 - También se ocupa de la readaptación laboral, mediante el tratamiento rehabilitador.
5. El seguimiento del paciente es más exhaustivo que en la traumatología no laboral. La empresa está deseando que el trabajador se reincorpore, la mutua le quiere dar el alta, el trabajador no suele estar cómodo en el medio hospitalario, etc.

LA ARTROSIS, SU IMPORTANCIA EN EL ÁMBITO LABORAL

CONCEPTO

“Proceso degenerativo que no tiene carácter inflamatorio y que afecta al cartílago y al hueso”.

GENERALIDADES

No siempre hay relación entre la imagen radiológica y las limitaciones funcionales que origina. Cuadros muy avanzados, se descubren en estudios radiológicos realizados con otros fines.

Entre los factores exógenos patogénicos, son muy importantes los hábitos posicionales, deportivos y laborales. Tanto la sobrecarga como el sedentarismo o reposo habitual, son causas de artrosis. La precocidad en su aparición se relaciona con la realización de movimientos o hábitos retrasándose por el ejercicio físico reglado y correctamente practicado.

CARACTERÍSTICAS EN EL MUNDO LABORAL

1. **Alta incidencia:** toda la población la va a padecer o la está padeciendo. Por ello en un expediente de incapacidad es fundamental aparte de constatar su presencia, valorar sus repercusiones y limitaciones funcionales.
2. **Carácter patológico:** es un proceso fisiológico, pero alcanza el nivel patológico cuando origina limitaciones.
3. Se alega con una **frecuencia muy alta**.
4. **Es difícil correlacionar la gravedad del proceso con la sintomatología.**

Puede haber imágenes muy llamativas con escasa limitación por asentar en articulaciones en las que sólo se origina leve limitación del arco de movimiento y en cambio otros cuadros más leves radiológicamente que se acompañan de intenso dolor, ya sea con origen en la propia articulación o por compresión de estructuras nerviosas.

Además de las causas orgánicas debería siempre tenerse en cuenta la distinta forma de reaccionar ante el dolor, vivencia del dolor por el paciente.

SINTOMATOLOGIA DE LA ARTROSIS

1. Dolores sordos.

Al principio son moderados y aparecen al forzar la articulación, después ante pequeñas movilizaciones.

El dolor tiene características propias al principio es mayor después del reposo, cuesta “ponerse en marcha”, se llega a lo largo del día a un periodo de estabilidad para hacerse intenso tras la actividad.

2. Empastamiento y rigidez articular.

3. Limitación articular.

Además de la limitación articular, aparece inestabilidad de la articulación, especialmente las de carga y paroxismo doloroso al rebasar el límite de la movilidad.

Llega un punto en el que el individuo adopta una actitud postural característica obligada por la rigidez y el dolor.

— Sintomatología por compresión, especialmente vascular y nerviosa.

— Mayor susceptibilidad a las fracturas.

LESIONES TRAUMATOLÓGICAS DE ESPECIAL REPERCUSIÓN EN EL MUNDO LABORAL

1. CERVICOARTROSIS: Es una enfermedad muy común en mujeres y hombres después de los 40 años, que puede haber permanecido subclínica hasta sufrir un “latigazo cervical”. Es la principal localización de artrosis en la columna vertebral, tanto en frecuencia como en capacidad de originar sintomatología. Se manifiesta por la presencia de osteofitos en los bordes de los cuerpos vertebrales, con el tiempo, se van produciendo degeneraciones discales que llegan a la protusión con la consiguiente sintomatología neurológica.

La sintomatología es distinta según la zona afectada.

- Cuando afecta hasta la C3, predominan los dolores occipitales, con reagudizaciones posicionales o por movimiento.
- De C3 a C5, dan lugar a los cuadros más abigarrados, dolores de cuello, hombros y tórax.
- Si se afectan de C5 a C7, se producen algias en los brazos.

DIAGNÓSTICO

Puede ser: clínico, radiológico y funcional. El nivel de necesidades funcionales varía según el tipo de trabajos a realizar, hay grandes exigencias en profesiones tales como pintores, escayolistas y mecanógrafos.

La **incapacidad** se puede originar por distintos mecanismos:

1. Incompatibilidad entre el trabajo y la enfermedad, un 75% de limitación, sería causa de incapacidad absoluta para la mayoría de las profesiones.
2. Riesgo de agravación o secuelas graves.
3. Riesgo para terceras personas. Accidentes de tráfico, conductores de grúa.
4. Disminución del rendimiento por alteración psicológica del individuo.

La **clínica** suele consistir en dolor cervical posterior o interescapular alta acompañado generalmente de contractura muscular, después de haber estado sentado durante un periodo prolongado con la cabeza fija en determinada posición, además puede haber mareos, vértigo, cefalea, etc. Suele haber restricción en la movilidad cervical. Radiológicamente se aprecia una disminución del espacio intervertebral, con osteofitos en la parte anterior de los cuerpos vertebrales y otros signos de artrosis. Cuan-

do el cuadro se acompaña de hernia de disco puede producir radiculopatía, que se traduce clínicamente en dolor irradiado a los brazos, parestesias, falta de fuerza y afectación de los reflejos.

El tratamiento consiste esencialmente en la higiene postural, tracciones cervicales, antiinflamatorios, calor y masaje, y en aquellos casos de radiculopatía que no cede al tratamiento conservador, puede ser necesario el tratamiento quirúrgico (extirpación del disco, artrodesis cervical).

2. ENFERMEDAD DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES: Ocurre en pacientes mayores de 40 años, coincidiendo con el inicio de una actividad laboral con movimientos de rotación repetitivos de los hombros.

Existe una presión del ligamento acromiocracóideo sobre el manguito de los rotadores (tendones del supraespinoso e infraespinoso), se produce una isquemia que puede dar lugar a tendinitis, bursitis subacromial e incluso rotura del manguito.

Esta afección, que ocupa del 20 al 30% de las consultas ambulatorias, es más frecuente en el sexo masculino. Puede originarse de forma aguda por ejemplo por una caída o por esfuerzos o movimientos repetidos (frecuente en atletas y trabajadores de la construcción). La RM es el método óptimo para evaluar una sospecha de patología del manguito de los rotadores.

Las técnicas actuales de obtención de imágenes con secuencias rápidas de eco del espín sin y con supresión grasa permiten la identificación y caracterización adecuadas de las alteraciones tendinosas y miotendinosas del manguito de los rotadores. Los trastornos de pinzamiento, la degeneración de los tendones, la inestabilidad y el traumatismo son los responsables de la naturaleza multifactorial de la enfermedad del manguito de los rotadores.

Clínicamente hay dolor en la cara anterior del hombro, que puede irradiarse a la cara lateral (inserción del deltoides), sensibilidad en el hombro (parestesias), disminución del arco de movimiento. El diagnóstico se puede realizar por artrografía, viendo el escape de contraste al espacio subacromial, o mediante resonancia.

Tratamiento conservador mediante reposo, inmovilización del hombro mediante férula y antiinflamatorios, y en aquellos casos que no respondan puede ser necesaria la cirugía para reducir la presión coracoacromial, o para reparar un manguito desgarrado.

3. EPICONDILITIS HUMERAL o “codo de tenista”: Además de ser una lesión típica de la práctica de este deporte, puede producirse en cualquier tipo de actividad laboral que requiera realizar movimientos de flexión dorsal de la muñeca, de forma repetitiva.

El comienzo del cuadro de epicondilitis es casi siempre lento y progresivo, instaurándose un dolor a lo largo de la cara externa del codo, sobre epicóndilo, hacia el antebrazo y muñeca. El dolor aumenta con la flexión dorsal de la muñeca con el codo en extensión. Ocasionalmente el inicio puede ser brusco en un sobreesfuerzo, aunque también puede producirse en reposo o por la noche.

Ciertos movimientos provocan dolor intenso: elevar una taza de café, girar un molinillo, abrir y cerrar manivelas, o estrechar la mano.

A la exploración el dolor es intenso en la dorsiflexión de la muñeca contra resistencia con el codo en extensión. Hay dolor a la palpación a 1 ó 2 cm distal al epicóndilo. En ocasiones puede apreciarse un edema local. La movilidad articular del codo es completa.

El **diagnóstico** es fundamentalmente clínico. La radiología simple muestra calcificaciones en el 5-20% de los casos. La RM muestra cambios de señal y aumento del grosor del tendón aunque con valor relativo, pues se ha descrito también en pacientes asintomáticos. Mediante la ecografía se observa engrosamiento y heteroecogenicidad del tendón. RNM y ecografía no son necesarias para el diagnóstico clínico.

El **diagnóstico diferencial** hay que hacerlo con una radiculopatía C6 y C7. La falta de signos clínicos de epicondilitis, una adecuada anamnesis, exploración radiográfica y electroneurofisiológica, dará el diagnóstico.

Algunas artropatías pueden dar dolor de predominio epicondilar, pero la exploración de la movilidad del codo y la radiografía aclaran el diagnóstico.

Sin duda la causa más frecuente de confusión con la epicondilitis es el atrapamiento del nervio interóseo posterior en la arcada de Fröshe en la entrada del nervio en el músculo supinador corto.

TRATAMIENTO

La mayoría de epicondilitis (95%) responden bien a un **tratamiento conservador**:

Deberá evitar el paciente toda actividad relacionada con la epicondilitis, deberá estudiarse el movimiento defectuoso que la origina y evitarlo. Los antiinflamatorios no esteroideos son efectivos por su efecto analgésico. La terapia de rehabilitación física es efectiva.

El uso de brazaletes centrados tres traveses de dedo debajo del epicóndilo por debajo del origen del extensor común de los dedos es efectivo, ya que inhiben la máxima contracción de los músculos epicondiliares.

En casos muy agudos, o resistentes a las medidas terapéuticas anteriores, se recomienda la infiltración con corticoides y anestesia local en el punto máximo de dolor.

El tratamiento quirúrgico se plantea cuando ha fracasado el tratamiento conservador y la sintomatología se mantiene más de 6 meses. Si el dolor es muy intenso el tratamiento quirúrgico será más precoz. Está también indicado en casos de recidivas frecuentes en relación con la actividad laboral.

El **tratamiento quirúrgico** consiste en extirpar el tejido patológico en la inserción muscular y practicar perforaciones en el hueso para facilitar la invasión vascular y cicatrización.

Las lesiones invalidantes o que suponen menoscabo en la articulación del codo suponen el 11,3% de todas las lesiones producidas en el ámbito laboral y del accidental.

4. SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO: Consiste en la neuropatía compresiva o traumática del nervio mediano en su paso por la muñeca junto a los nueve tendones de los flexores. Su causa es desconocida en la mayoría de los casos, aunque puede ser secundaria a traumatismos directos sobre la muñeca en flexión dorsal, complicaciones de fracturas de Colles, artritis reumatoide o mixedema.

Clínicamente aparecen parestesias en el territorio del mediano (1º, 2º, 3º y mitad del 4º dedos, en su cara dorsal y palmar), que llega a despertar por las noches y debilidad motora que puede llegar a la atrofia de la musculatura tenar.

El signo de **Tinnel** es positivo al percutir el nervio mediano a nivel de la cara ventral de la muñeca.

El diagnóstico de certeza puede hacerse mediante pruebas de conducción nerviosa (EMG). El tratamiento consistirá en reducir la inflamación mediante férula que inmovilice la muñeca y AINES, pudiendo recurrir a las infiltraciones y a la liberación quirúrgica del túnel del carpo si los signos y síntomas son persistentes y progresivos, en particular si hay atrofia tenar, está indicando el tratamiento quirúrgico, que consiste en la sección del ligamento anular del carpo, si es necesario.

5. ARTROSIS DE CADERA: Que puede ser primaria (de etiología desconocida) o secundaria a fracturas, sobrepeso o a una cubierta acetabular insuficiente.

La cadera realiza dos funciones, la marcha y el apoyo, siendo más importante la segunda para la actividad diaria, en apoyo único, la cadera en una persona de 70 kg. Llega a soportar una presión equivalente de 280 Kg.

Se manifiesta por dolor con la actividad en la ingle, tercio proximal del muslo, región trocanterea, o parte lateral de la nalga. Al progresar el dolor, despierta por la noche. La exploración clínica muestra una restricción en la movilidad de la cadera. Especialmente en los movimientos de

rotación interna, la flexión y separación se limitan en fases posteriores. En ocasiones puede aparecer la limitación funcional como signo inicial en ausencia de dolor.

En la radiología aparecen signos artrósicos: estrechamiento del espacio articular, esclerosis subcondral, osteofitos marginales, etc...

El tratamiento en las formas leves es sintomático (AINES, reposo, marcha en descarga) y en los casos más graves habrá que recurrir a la prótesis total de cadera. Tratamiento limitado en muchas ocasiones por patologías que lo impiden, cardiopatías, alergias, etc.

La incapacidad hay que determinarla sobre la base de las limitaciones y de haber agotado las posibilidades terapéuticas.

6. LESIÓN DE LOS LIGAMENTOS DE LA RODILLA: Pueden ser de grado I, cuando se produce el desgarro de algunas fibras del ligamento, pero no existe inestabilidad ni movilidad excesiva de la articulación. Grado II, cuando hay un desgarro parcial sin inestabilidad y grado III cuando existe un desgarro completo o rotura del ligamento que causa inestabilidad articular.

El ligamento lateral interno (LLI) y el cruzado anterior (LCA) se lesionan con mayor frecuencia que el lateral externo (LLE) o el cruzado posterior (LCP).

La exploración clínica puede evidenciar bostezos articulares o “cajones”, pero la RMN es definitiva, mostrando la naturaleza y localización de la rotura ligamentosa, así como la existencia de lesiones meniscales, del cartilago articular o del hueso. Frecuentemente vemos roturas de ligamentos que no han sido diagnosticados en la primera asistencia y dan lugar a problemas de causalidad con el accidente.

El tratamiento será conservador mediante inmovilización y AINES, en los grados I y II, pero las el grado III requerirá reparación quirúrgica mediante artroscopia (unas tres semanas de baja) o mediante artrostomía (unos tres meses).

Valoración médico forense de la lumbalgia y la hernia discal como causa de invalidez

VALORACIÓN MÉDICO-FORENSE DE LA LUMBALGIA Y LA HERNIA DISCAL COMO CAUSAS DE INVALIDEZ

El **dolor lumbar** probablemente sea la patología que con mayor frecuencia veremos como forenses en los informes de incapacidades laborales y que mayores problemas nos puede causar por lo complicado que resulta valorar la repercusión de un síntoma tan subjetivo como es el dolor. El 70-85% de las personas padecen al menos un episodio de dolor de espalda en su vida.

En España los procesos dolorosos del raquis (fundamentalmente la lumbalgia) originaron el 9% del total de cuadros de incapacidad temporal y el 8,1% del total de días perdidos por incapacidad laboral transitoria en el periodo 1991-1999.

El 60-70% de los trabajadores se recupera en 6 semanas y el 80-90% antes de los tres meses. El 5-10% restante persisten con dolor y discapacidad laboral y el pronóstico es incierto. Su posibilidad de volver al trabajo es del 25% en el primer año y prácticamente desaparece a los dos años.

Además de dolor, aparece rigidez y limitación funcional. La sintomatología añadida va a depender de los osteofitos o de las protrusiones o hernias que puedan aparecer. La artrosis lumbar permite mantener un grado aceptable de capacidad para trabajos que no requieran sobreesfuerzo o carga importante para la columna.

CLASIFICACIÓN

Las lumbalgias mecánicas se pueden presentar a través de diferentes formas clínicas:

- Sobrecargas funcionales
- Contusiones
- Distensiones musculares y ligamentosas
- Rotura Fibrilar
- Bloqueo vertebral
- Espondilolisis
- Espondilolistesis
- Síndrome Facetario
- Hernias Discales

Las causas más frecuentes son espondiliartrosis lumbar y las hernias discales, con o sin compromiso radicular. El dolor habitualmente comienza en la región lumbar irradiándose hacia las nalgas, la región sacroilíaca y ocasionalmente se irradia por la cara posterior del muslo y pierna hasta el pie. Además puede producirse debilidad intermitente y parestesias en el dermatoma correspondiente a la raíz afectada. Cuando predomina el dolor lumbar y las molestias en la pierna son mínimas, debemos dudar del diagnóstico de hernia de disco.

El síndrome con mayor repercusión laboral es el que asienta desde L-4 a S-1 que produce dolor agudo irradiado a la pierna, quedando a veces el enfermo inmovilizado.

Si el fragmento herniado es masivo puede producir el “síndrome de la cola de caballo” a cualquier nivel del canal lumbar, caracterizado por entumecimiento y debilidad de ambas piernas, dolor rectal, entumecimiento perineal y parálisis de los esfínteres. Requiere descompresión quirúrgica urgente.

Exploración física del paciente con hernia discal

En la fase aguda del dolor puede acompañarse de contractura vertebral, así como una escoliosis compensadora y una rectificación de la lordosis lumbar. La aparición de puntos de sensibilidad dolorosa sobre las apófisis espinosas, nos puede indicar el nivel del disco afectado.

Con el paciente en decúbito supino exploraremos el signo de **Lasègue**: consiste en la reproducción del dolor en el territorio del ciático (nalga, cara posterior del muslo y pierna) al levantar la pierna del paciente hacia arriba sujetando el pie a nivel del calcáneo. En condiciones normales el ángulo de elevación de la pierna con la mesa es de unos 80°. El dolor aumentará con la dorsiflexión del pie.

Puede producirse una “**prueba cruzada** positiva de elevación de la pierna en extensión”, que consiste en dolor lumbar y en el territorio del ciático en la pierna afectada, al elevar el miembro del lado sano. Este signo se considera patognomónico de la hernia de disco.

La prueba de **Hoover** (Figura 1), puede ser de utilidad para descartar la simulación, por lo que tiene gran interés médico forense. Continuamos con el paciente en decúbito supino, y le pedimos que eleve la pierna del lado de la hernia colocando el explorador debajo de los pies del enfermo.



Figura 1.- Prueba de Hoover.

Cuando el lesionado trata de manera genuina de levantar la pierna, efectúa presión sobre el calcáneo de la pierna opuesta. Si el enfermo no apoya el talón contralateral al intentar levantar la pierna, probablemente no trata de hacerlo.

El examen neurológico nos puede indicar el nivel de la hernia:

Disco	Raíz	Reflejo afectado	Músculos	Sensibilidad
L3-L4	L4	Rotuliano	Tibial anterior	Porción medial de pierna.
L4-L5	L5	Ninguno	Extensor propio dedo gordo	Porción lateral de pierna.
L5-S1	S1	Aquíleo	Peroneos laterales	Porción lateral del pie

TRATAMIENTO DE LA HERNIA DISCAL

A. En principio debe ser **conservador**

1. Reposo de dos días en el periodo agudo, en posición de semi Fowler (decúbito lateral con las caderas y rodillas flexionadas y una almohada entre las rodillas, para aliviar la presión sobre el disco y las raíces).
2. Masaje con hielo para la contractura.
3. AINES.
4. Evitando permanecer sentado durante mucho tiempo, especialmente conducir.
5. Educación postural.
6. Infiltraciones de un corticoide de larga duración con un anestésico epidural, suele ser un excelente método para el alivio sintomático del dolor lumbar, que dura, al menos 3 semanas.

B. Tratamiento **quirúrgico**

Indicación: Paciente con dolor no exclusivamente lumbar, sino que se irradia a la pierna por debajo de la rodilla, que disminuye con antiinflamatorios y reposo, de más de 6 semanas de evolución, en el que el examen físico revela signos de irritación ciática indicando la localización, que es confirmada mediante RMN. El paciente debe estar seguro de que la intensidad del dolor y la incapacidad que representa justifican la cirugía. La extirpación del disco es urgente cuando aparece un síndrome de la cola de caballo.

Las técnicas más frecuentemente empleadas son: discectomía a cielo abierto, microdiscectomía (se emplea microscopio y es ambulatoria), discectomía percutánea, quimionucleolisis (inyectando el enzima quimiopapaina) y la discectomía asociada a artrodesis.

En algunas ocasiones es preciso reintervenir al paciente en el que persiste el dolor, generalmente porque se ha producido una fibrosis postquirúrgica perirradicular, pero debemos tener en cuenta que, conforme aumenta la frecuencia de la cirugía de revisión lumbar, la probabilidad de obtener un resultado satisfactorio disminuye drásticamente.

Cuando están agotadas las posibilidades de mejoría mediante el tratamiento quirúrgico, el paciente es derivado a las “Unidades del dolor” donde se llega a recurrir a los analgésicos más potentes, incluidos los opiáceos.

La valoración médico-forense de estos casos, desde el punto de vista de su capacidad laboral debe ser individualizada, apoyándonos en ha-

llazgos exploratorios objetivos (RMN, exploración neurológica, tratamiento prescrito, etc...), estableciendo la situación funcional actual, así como el pronóstico del paciente en el futuro.

La fibromialgia: concepto, incidencia, etiología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento. Valoración de la fibromialgia como causa de invalidez laboral

LA FIBROMIALGIA: CONCEPTO, INCIDENCIA, ETIOLOGÍA, SINTOMATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La **fibromialgia** es una enfermedad crónica que ocasiona dolor en múltiples localizaciones del cuerpo y cansancio generalizado. Ha sido reconocida por la OMS recientemente, y hasta ahora no ha formado parte de las materias que se enseñan en las Facultades de Medicina. La fibromialgia se caracteriza por dolor en los músculos y en el tejido fibroso (ligamentos y tendones). Las pruebas complementarias (radiológicas y analíticas) no muestran alteraciones características, pero nos sirven para realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades que pueden presentar clínica similar (hipotiroidismo, artritis reumatoide, lupus, algunas infecciones, anemia, etc.).

La **etiología** es desconocida. En muchos casos hay desencadenantes (una infección, accidente de tráfico, separación matrimonial,...). Puede estar implicada una respuesta anormal al estrés, alteraciones en los mecanismos protectores contra el dolor y se han detectado niveles bajos de serotina. Se asocia a ansiedad y depresión, pero no en mayor proporción que en otras enfermedades dolorosas crónicas (lumbalgia o artritis reumatoide). Podemos considerar por lo tanto, dos **formas**: una fibromialgia primaria, en la que esta enfermedad se presenta aisladamente y una fibromialgia concomitante, en la que se asocia a otras enfermedades.

La **incidencia** se cifra en el 1-3% de la población general, más frecuente en mujeres de edad media. Nuestra incidencia es del doble: aproxi-

madamente un 6% de los informes de trabajo en la CMF (9 casos de 154 informes de enero a septiembre de 2.004). En la población española se ha estimado su presencia en 800.000 personas, el 2,3% de los mayores de veinte años, en una relación de 21 mujeres por cada varón.

La **clínica** consiste en dolor difuso o localizado en múltiples zonas del cuerpo (“me duele todo”) suele haber también espasmos musculares, rigidez matutina, hinchazón de manos y pies, hormigueos en manos, problemas de insomnio y estrés.

Estos pacientes expresan otros síntomas o trastornos que acompañan al dolor, como son la fatiga continua, la debilidad y pérdida de fuerza muscular y la rigidez articular, sobre todo matutina. Al levantarse, por la mañana, necesitan una o dos horas de “calentamiento” para activarse y ponerse en marcha. La calidad de su sueño es mala, no reparadora, y tienen la sensación de inflamación de las articulaciones. Es también frecuente la concurrencia de dolores de cabeza, parestesias en las extremidades, fenómeno de Raynaud, síndrome de colon irritable, síndrome premenstrual y síndrome uretral femenino.

Habitualmente el síndrome se acompaña de síntomas de depresión, estrés y ansiedad y dificultades en las funciones cognitivas, como la memoria y la atención. Se le ha relacionado frecuentemente con el síndrome de fatiga crónica, pues el 70% de las personas que padecen fibromialgia cumplen también criterios para este síndrome.

El **diagnóstico** es clínico. El *American Collage of Rheumatology* ha elaborado unos criterios diagnósticos que consisten en dolor difuso de > 3 meses de duración, que afecte al esqueleto axial y al menos a 2 cuadrantes contralaterales del cuerpo. Dolor en 11 de los 18 puntos gatillo (Fig. 2) cuando presionamos con una fuerza que haga palidecer el lecho ungueal.

Tiende a considerarse que la fibromialgia tiene un curso crónico. Se ha estimado que los pacientes con fibromialgia acuden una media de diez veces al año a la consulta del médico y usan una media de tres fármacos diarios para el control del dolor. Las dos terceras partes de pacientes de fibromialgia trabajan y una cuarta parte ha recibido algún tipo de ayuda de la administración por incapacidad laboral. En Canadá se supone que este síndrome provoca un gasto sanitario público anual de 350 millones de dólares y un gasto de las aseguradoras privadas de 200 millones.

ETIOPATOGENIA

Hallazgos biológicos

Por el momento, no se han hallado alteraciones biológicas específicas que expliquen el cuadro o el desarrollo de la fibromialgia. Este hecho ha

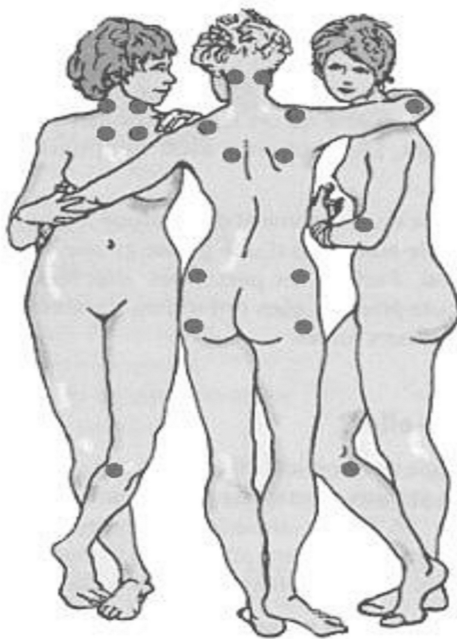


Figura 2. Los 18 puntos gatillo para el diagnóstico de la fibromialgia.

fomentado la investigación sobre sus causas, pero también ha producido un intento de negación de la existencia del síndrome como una entidad nosológica diferenciada. Si bien históricamente se pensó que la fibromialgia era el resultado de múltiples microtraumas en los tejidos musculares, actualmente se considera que es un trastorno de la función y no una consecuencia de posibles lesiones estructurales. Entre los diferentes hallazgos biológicos publicados, existe evidencia de la alteración de algunos neurotransmisores. Se han observado niveles disminuidos de serotonina y de sus precursores en el líquido cefalorraquídeo, además de bajos niveles de noradrenalina. Hay elevada concentración de sustancia P y otros péptidos antinociceptivos. Este patrón alterado en los sistemas de neurotransmisores centrales explica el fenómeno de la hiperalgesia o excesiva sensibilidad y amplificación de las señales de dolor.

Otro foco de investigación se ha reunido en torno a la función neuroendocrina. Se han evidenciado disminución de la liberación de cortisol o hipocortisolismo en respuesta al estrés y a la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, alteraciones del equilibrio entre los sistemas nerviosos autónomos simpático y parasimpático como una disminución de la tensión arterial sistólica en respuesta a la buspirona, la reducción de la temperatura en espalda y aumento en manos o la alteración funcio-

nal del nervio autonómico en respuesta a estrés ortostático y disminución de la liberación de hormona de crecimiento o somatotropina.

Se ha observado mayor presencia de anticuerpos antinucleares y anticuerpos serotoninérgicos pero no hay evidencia clara que apoye la hipótesis de un trastorno de la función autoinmune ni la de una infección vírica.

La neuroimagen funcional ha aportado datos a favor de la hipoperfusión sanguínea de Córtex, tálamo y núcleo caudado pero también a favor de un aumento de la actividad de la corteza prefrontal, motora y cingulado anterior en respuesta a estímulos no dolorosos en los pacientes con fibromialgia. Probablemente, los hallazgos más específicos sean los relativos a la mala calidad del sueño y la ausencia de sueño reparador, explicados por la aparición anormal de ondas electroencefalográficas alfa en el sueño lento o de predominio de ondas delta observadas asimismo en trastornos por estrés postraumático.

Estos hallazgos y la falta de otros descubrimientos más esclarecedores han permitido desarrollar diferentes hipótesis etiológicas de la fibromialgia, entre las cuales destacan las siguientes:

1. Hipótesis de la alteración del SNC en los procesos de regulación del dolor.
2. Hipótesis de la somatización y la depresión enmascarada.
3. Hipótesis de la alteración de la personalidad.
4. Hipótesis del beneficio secundario de tipo económico.

1. Hipótesis de la alteración del SNC en los procesos de regulación del dolor

Esta hipótesis postula que pequeñas sensaciones dolorosas difusas son capaces de activar la transmisión de estímulos de dolor mientras el sistema de control de los estímulos nociceptivos está hipoactivado. Se considera que este error en el sistema central de transmisión y regulación del dolor es un factor de predisposición o vulnerabilidad, que no explica el desencadenamiento del síndrome fibromiálgico.

2. Hipótesis de la somatización y la depresión enmascarada

A partir de los hallazgos de laboratorio que muestran una presencia reducida de serotonina en suero y de la detección de alteraciones del sueño y síntomas depresivos en muchos pacientes con fibromialgia explorados en las consultas clínicas, empezó a cobrar forma la hipótesis de

que la fibromialgia no era más que un cuadro de somatización del malestar emocional y de sintomatología ansioso-depresiva. No hay estudios concluyentes que relacionen la enfermedad con trastornos psicopatológicos.

3. Hipótesis de la alteración de la personalidad

Esta hipótesis intenta establecer cuáles son las causas de la hipersensibilidad al dolor como factor de predisposición al desarrollo de la fibromialgia. La falta de estudios longitudinales y prospectivos no permite conocer qué es la causa de qué, si los acontecimientos negativos producen efecto negativo y personalidad ansiosa o si las mujeres con fibromialgia y rasgos neuróticos de personalidad interpretan y procesan de forma más negativa y atemorizante los acontecimientos de su entorno, ya sea presente o pasado

4. Hipótesis del beneficio secundario de tipo económico

Para algunos autores es un cuadro más frecuente en las sociedades que tienen buenos sistemas de pensiones y protección de los ciudadanos, en las que es más probable conseguir que sea reconocida la invalidez laboral por enfermedad y la ayuda económica institucional. Sin embargo, otros autores consideran que esta premisa está poco o nada fundamentada. Existen las alteraciones neurofisiológicas y neuroendocrinas constatadas, y los defensores de la existencia de la fibromialgia como entidad diferenciada argumentan que muchos otros trastornos adolecen de la falta de evidencias biológicas que los avalen y, sin embargo, son reconocidos gracias al consenso entre clínicos y a la instauración de criterios diagnósticos descriptivos, poco específicos y basados en buena parte en síntomas subjetivos, como es el caso de la migraña, la neuralgia del trigémino, la espondilitis.

MODELO ETIOPATOGÉNICO DE LA FIBROMIALGIA:

Como conclusión, si bien no existe evidencia clara que explique la etiología del síndrome fibromiálgico, sí hay datos suficientes que confirman la presencia de alteraciones en el mecanismo de transmisión y control de los estímulos dolorosos por parte del sistema nervioso central, además de la presencia de alteraciones específicas en la estructura del sueño, consistentes en la intrusión de ondas alfa en el sueño, de predomi-

nio de ondas delta y que producen efectos muy nocivos sobre la calidad restauradora del sueño profundo.

No existe **tratamiento** curativo de la enfermedad, aunque es importante diagnosticar la enfermedad, tranquilizar al paciente explicándole que no se produce destrucción de las articulaciones, ni lesiones o deformidades irreversibles. Se debe evitar y tratar los factores asociados agravantes (obesidad, depresión, ansiedad). Los masajes, el ejercicio físico moderado, los analgésicos, antidepresivos, reguladores del nivel de serotonina, infiltraciones, estiramientos, y la rehabilitación pueden mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

VALORACIÓN DE LA FIBROMIALGIA COMO CAUSA DE INVALIDEZ

Estudios recientes (2002) mostraron que el 54% de una muestra comunitaria de sujetos con diagnóstico previo de fibromialgia se hallaban reclamando la invalidez total. Wigers, 1996, realizó un seguimiento de cuatro años y medio y en este tiempo se constató que se había doblado la proporción de casos que estaban recibiendo algún tipo de pensión, parcial o total del 27% al 63%. La proporción de pacientes que seguía trabajando pasó de un 43% a un 38% al final del seguimiento.

Estos trabajos permiten elaborar la hipótesis de que una parte importante de las personas con dolor focalizado crónico evoluciona a largo plazo hacia el síndrome fibromiálgico, que la proporción de pacientes con el diagnóstico que trabajan, sigue haciéndolo años después aunque estén ocupados menos horas y reciban una pensión compensatoria. Que una tercera parte sigue trabajando a tiempo completo y sin ayudas económicas de ningún tipo, que otra parte importante, entre un tercio y la mitad, ven reducidos el dolor y los síntomas asociados y mejorada su calidad de vida y que en otra parte importante el cuadro remite tanto que dejan de cumplir criterios diagnósticos de fibromialgia.

Al realizar la valoración pericial, debemos evitar dos tendencias, muy frecuentes:

- No dar importancia, a efecto de considerar una posible invalidez, a las molestias que refiere la paciente, ya que no existen hallazgos objetivos que las justifiquen.
- Considerar el diagnóstico de “fibromialgia” como sinónimo de invalidez permanente, ya que cualquier tipo de actividad va a suponer para estos pacientes un esfuerzo titánico y una auténtica tortura, a causa de su dolor.

Habrá que hacer una valoración **individualizada** a cada paciente, teniendo esencialmente en cuenta:

1. La constancia documental del diagnóstico hecho por un reumatólogo.
2. La patología asociada (depresión, artrosis, ...)
3. La profesión habitual (profesiones que requieran esfuerzo físico continuado).
4. El tratamiento que sigue (si ha precisado analgésicos potentes, si ha sido visto en una Unidad del dolor,...) y la respuesta que ha tenido a éste.
5. Edad.
6. Impresión clínica que nos da el paciente cuando le exploramos. Valoramos el grado de afectación, en el momento del reconocimiento.
7. No tienen interés, a efectos periciales, los criterios de diagnóstico clínico (los puntos gatillo) ya que son fácilmente simulables.

La neumoconiosis como enfermedad profesional. La hernia inguinal como accidente profesional. Valoración médico-forense

LA NEUMOCONIOSIS COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL

Las **neumoconiosis** son enfermedades pulmonares crónicas producidas por la inhalación de polvos.

El tamaño crítico de las partículas inhaladas es entre 0,5 y 3 micras, ya que las de tamaño superior quedan retenidas en la mucosa de las vías aéreas y las inferiores permanecen suspendidas y son espiradas.

La reacción del tejido pulmonar al acúmulo de polvos está condicionada por la naturaleza de estos. Existen **polvos inertes** (como el óxido de hierro o el carbono) que producen una reacción granulomatosa para englobar las partículas, sin alterar la arquitectura, ni la función respiratoria y otros **polvos esclerógenos** (como el óxido de silicio o amianto) que tienen un efecto altamente lesivo al desencadenar una intensa reacción fibrótica.

Las formas más importantes de neumoconiosis son:

1. La Silicosis

Se produce por inhalación de sílice cristalino. Las actividades de riesgo son minería, construcción de túneles, trabajadores de canteras, cortadores de piedra, industria cerámica, fundidores y sopladores.

Se presenta en tres formas clínicas:

- *Crónica*: en la que los hallazgos radiológicos (pequeñas opacidades redondeadas en ambos campos pulmonares, predominando en

los lóbulos superiores) y la clínica (disnea, tos) aparece, generalmente después de al menos 15 años del inicio de la exposición. En la mayoría aparecen alteraciones radiológicas, sin alteración significativa de la función pulmonar, salvo en los casos de fibrosis masiva progresiva que pueden dar lugar a alteraciones restrictivas e incluso obstructivas. Puede progresar su evolución unos años después del cese de la exposición, aunque suele permanecer estable si no se asocia a TBC.

- *Acelerada*: en la que comienzan las alteraciones entre 5 y 15 años.
- *Silicosis aguda*, que se desarrolla en unos meses después de la inhalación masiva de sílice cristalino. Su evolución suele ser mortal.

El **diagnóstico** suele establecerse por la radiología y la clínica, teniendo en cuenta el antecedente de exposición intensa al sílice, pero deberán excluirse otras enfermedades que ocasionan infiltración pulmonar tales como la sarcoidosis o la fibrosis pulmonar intersticial idiopática, recurriendo si es preciso a la biopsia.

Entre las **complicaciones** asociadas destacan las infecciones tuberculosas, y el desarrollo de insuficiencia respiratoria y de cor pulmonale. No está demostrada su relación con el cáncer de pulmón.

Como no existe **tratamiento** eficaz, es fundamental la prevención y el diagnóstico precoz.

2. La antracosis

Es la neumoconiosis producida por inhalación de polvo de carbón, que al ser inertes no producen acción fibrótica esclerosante como ocurría con el sílice.

La lesión anatomopatológica característica es la “**mácula de carbón**” una pequeña zona pigmentada en la que los macrófagos se encuentran llenos de este pigmento.

Los pacientes suelen ser **asintomáticos**, salvo que desarrollen una bronquitis crónica o una fibrosis progresiva masiva, que evoluciona con disnea e insuficiencia respiratoria. **Radiológicamente** aparecen opacidades pequeñas e irregulares localizadas preferentemente en los campos superiores.

No hay tratamiento específico, salvo la prevención.

3. La asbestosis

Es la neumoconiosis producida por inhalación de **asbesto**, que se utilizó en aislamientos y en la construcción hasta los años 70. Actualmente

está muy limitado su empleo, pero en determinadas profesiones sigue en contacto con asbesto (reparación de barcos o edificios).

Esta sustancia produce inflamación y fibrosis pulmonar por activación de los macrófagos alveolares. Son **partículas** largas y estrechas que los macrófagos no pueden fagocitar, con lo que una sola fibra puede activar una serie de macrófagos durante largo tiempo. Esto explica que la enfermedad pueda continuar progresando hasta 20 años después de finalizada la exposición.

Clínicamente aparece disnea que progresa lentamente durante años, y la tos no productiva, pudiendo evolucionar a la insuficiencia respiratoria. **Radiológicamente** aparecen opacidades basales simétricas e irregulares, respetando los campos superiores y las pruebas funcionales respiratorias adoptan un patrón restrictivo.

Además de la asbestosis, la inhalación de asbesto produce alteraciones pleurales (engrosamientos pleurales y formación de placas que pueden calcificarse, derrames pleurales), mesoteliomas y cancer pulmonar (entre 15 y 30 años después de la exposición).

LA HERNIA INGUINAL COMO ACCIDENTE LABORAL

Podemos definir la hernia inguinal como un fondo de saco peritoneal, que sale a través de un punto débil de la pared abdominal, en el que se aloja de forma permanente o transitoria alguna víscera abdominal.

Se pueden **clasificar** atendiendo a su:

- *Localización* en **externas** (salen a través de la pared abdominal) o **internas** (se introduce un repliegue peritoneal en la cavidad torácica como en las hernias diafragmáticas).
- *Origen* en **congénitas** (debido a la persistencia de divertículos peritoneales que deberían haber desaparecido durante el periodo embrionario) y **adquiridas** (por la intervención de otros factores).
- *Trayectoria* en **directas**, cuando traspasa la pared posterior del conducto inguinal o **indirectas**, cuando se introduce a lo largo del conducto inguinal.
- *Evolución* en **reducibles**, cuando pueden volver las vísceras herniadas a la cavidad abdominal o **no reducibles**, si no se pueden volver.

Desde el punto de vista **etiopatogénico** intervienen múltiples factores como:

1. El *sexo*: son el triple de frecuentes en varones.

2. La *edad*: más frecuente a partir de los 50 años.
3. La *predisposición genética*: la mayoría tienen un substrato anatómico.
4. La *constitución*: más frecuentes en asténicos.
5. El *tipo de actividad*: son más frecuentes en trabajos duros.
6. La *disminución de grasa peritoneal* (dietas de adelgazamiento).
7. Circunstancias que *dilatan los orificios* naturales o *aumentan la presión* abdominal (ascitis, embarazo, tumores, ...).

VALORACIÓN MÉDICO-FORENSE

La forma más importante de neumoconiosis, por su frecuencia y gravedad, es la silicosis, que habitualmente se clasifica, desde el punto de vista de su repercusión funcional y sobre la capacidad laboral, en tres grados:

- **Primer grado de silicosis:** Son aquellos casos en los que existen lesiones radiológicas características, pero sin repercusión funcional apreciable. Por lo tanto no se considera susceptible de considerarse como incapacidad permanente.
- **Segundo grado de silicosis:** Serían aquellos casos de lesiones radiológicas asociadas a disnea que incapacita para desempeñar las tareas fundamentales de su profesión habitual, por lo que se equipara a incapacidad permanente total para la profesión habitual.
- **Tercer grado de silicosis:** Comprende aquellos casos en los que la afectación funcional consecutiva a la silicosis es tal que se produce disnea a pequeños esfuerzos, con lo que el enfermo está incapacitado para la realización de toda profesión u oficio, luego equivale a una incapacidad absoluta.

Desde el punto de vista médico forense, y en relación con las **hernias inguinales**, puede tener interés *valorar la existencia de causalidad* entre un traumatismo abdominal o un esfuerzo importante.

Aunque vulgarmente se asocia con facilidad la hernia con un traumatismo o esfuerzo. Parece *muy dudoso*, desde el punto de vista científico, que un traumatismo, por violento que sea, *pueda producir una hernia*, en un individuo con integridad musculo-aponeurótica.

En general, *lo que suele ocurrir es* que el esfuerzo produce la ocupación de un saco herniario preexistente, o bien produce dolor en una hernia que hasta ese momento había pasado inadvertida.

En cualquier caso, como vimos en el capítulo de accidente laboral, y de conformidad con el *artículo 115 de la LGSS*, tendrán la consideración

de accidente laboral “aquellas enfermedades preexistentes que el accidente agrava o saca de su estado latente”.

Consideraremos una hernia inguinal *consecutiva* a un accidente laboral (traumatismo o esfuerzo), en aquellos casos que:

- Existiendo un estado mórbido anterior (saco preformado o hernia asintomática).
- Tenemos constancia de un accidente laboral.
- Se produce un episodio herniano agudo, que cede en 4 ó 6 días de reposo.
- Hay un agravamiento del estado anterior después del accidente.

Dudaremos de la relación de causalidad, en aquellos casos en los que:

- No tengamos constancia del accidente.
- No exista episodio herniano agudo.
- Existan factores predisponentes (actividad laboral con frecuentes esfuerzos, asténico, con disminución de la grasa peritoneal o debilidad de la pared, etc.).

Desde el punto de vista de la *valoración de la incapacidad*, la existencia de hernias inguinales va a condicionar una incompatibilidad con aquellas actividades laborales que requieran realizar esfuerzos físicos, al menos hasta que el sujeto decida operarse.

Valoración pericial de la patología cardiovascular como causa de incapacidad permanente

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Afecta al 0,9-1,5 % de los varones en edad de trabajar y al 0,5-1,0 % de las mujeres. El **Infarto de miocardio** se ha definido como *“la privación del aporte sanguíneo al corazón durante un periodo de tiempo suficiente para producir alteraciones estructurales y necrosis del miocardio, como resultado generalmente de una oclusión arterial coronaria”* (Jay H.Stein). Sin embargo, hay un 10 por 100 de los casos de infarto en los que no hay oclusión coronaria, incluso ni arterioesclerosis en los vasos coronarios, lo cual es suficiente para no equiparar infarto a oclusión coronaria. El infarto de miocardio., requiere en todo caso que el músculo por la causa que sea no reciba el aporte de oxígeno necesario, ya sea por obstrucciones por causas orgánicas, trombos, ateroma o por un espasmo mantenido. Otras veces las coronarias no presentan patología ni alteración funcional y es el propio miocardio el patológico, generalmente por procesos crónicos o tóxicos. También cabe la posibilidad de que con unas coronarias sanas y con un miocardio sano se produzca un infarto como consecuencia de una insuficiente saturación de oxígeno de la sangre, como ocurre en las intoxicaciones por monóxido de carbono. Por último en ausencia de los factores citados, puede haber un desequilibrio entre la oferta de sangre y la demanda del miocardio debida a un incremento brusco de las necesidades por un sobreesfuerzo, emoción, stress, etc. Si la situación se mantiene se origina el infarto en un corazón sano. Siempre existe la posibilidad de una combinación entre todos los agentes citados, apareciendo el infarto.

EVOLUCIÓN: Desde el punto de vista laboral, puede evolucionar hasta:

- Curación sin secuelas.
- Curación con secuelas no invalidantes.
- Curación con secuelas invalidantes.
- Muerte.

Si evoluciona hacia la muerte o la incapacidad laboral, se considera como accidente de trabajo, dando lugar a prestaciones económicas y privilegios con respecto a los periodos cotizados.

FACTORES DE RIESGO

1. **Hereditarios (o genéticos) y personales:** Aquellos con los que la persona nace y que no pueden modificarse, pero pueden mejorar con la ayuda del tratamiento médico y los cambios en el estilo de vida.
2. **Personales:** En los se incluyen la edad, sexo, constitución física, personalidad, etc.
3. **Adquiridos:**
 - Factores patológicos, tales como diabetes, hipertensión arterial, esclerosis coronaria
 - Hábitos personales y sociales, dieta, tabaco, alcohol, drogas, etc.
 - Factores laborales: en estos últimos, hay que hacer una diferenciación en dos grupos, los personales en relación al trabajo (horarios, convivencia, falta de sueño, etc...), es decir la forma de vivir el trabajo por el propio trabajador y los propios de la naturaleza del trabajo (esfuerzo físico continuado, atmósferas contaminadas, penosidad, peligrosidad, tareas estresantes).
4. **Ambientales:** Presión atmosférica, clima, contaminación, etc.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA INFARTO DE MIOCARDIO

A. Criterios de IM agudo, en evolución o reciente

Cualquiera de los 2 criterios siguientes:

1. Aumento característico y disminución progresiva (troponina) o aumento y disminución más rápida (CK-MB masa) de marcadores biológicos de necrosis miocárdica, acompañados de al menos uno de los siguientes síntomas:
 - Aparición de ondas Q de necrosis en el electrocardiograma (ECG).

- Cambios en el ECG sugestivos de isquemia (elevación o depresión del segmento ST).
 - Intervención coronaria (por ej. angioplastia coronaria).
2. Hallazgos anatomopatológicos de IM agudo.

B. Criterios de IM establecido (o antiguo)

Cualquiera de los 2 criterios siguientes:

1. Aparición de nuevas ondas Q patológicas en ECG seriados. El paciente puede o no recordar síntomas previos. Los marcadores bioquímicos de necrosis miocárdica pueden haberse normalizado, dependiendo del tiempo transcurrido desde el proceso agudo.
2. Hallazgos anatomopatológicos de IM cicatrizado o en proceso de cicatrización.

Las cardiopatías isquémicas en relación con la incapacidad permanente

1. **Coronariopatías sin angor ni infarto:** Se trata de personas sin sintomatología a las que se les ha diagnosticado en un chequeo rutinario o selectivo para ejercer ciertas profesiones, o practicar determinados deportes, una insuficiencia coronaria, generalmente por estenosis arteriosclerótica, Se procederá a un electrocardiograma de esfuerzo. Este electrocardiograma junto a otras pruebas diagnosticas, generalmente destinadas a descartar otras causas que puedan influir en coronariopatía, determinarán la capacidad física del sujeto. Si la coronariopatía, generalmente estenósica, es importante, aún en ausencia de síntomas, y se determinan entre los factores de riesgo no sólo el esfuerzo sino stress, fatiga, alimentación, sueño, etc. se puede llegar a una incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo. Ya que el individuo va a necesita unos hábitos de vida incompatibles con cualquier actividad laboral reglada.
2. **Coronariopatías con angor:** Aquel que se produce en condiciones siempre muy semejantes, se relacionará con las necesidades laborales y se determinará la incapacidad. Siempre incapacitará en trabajos que requieran esfuerzo o mayor actividad física. Cuando el angor es inestable, es decir se puede producir en muy determinadas situaciones, sin obedecer a un patrón de esfuerzo o trabajo cardíaco, el riesgo para el sujeto es mucho más elevado y la incapacidad debe producirse siempre.

3. **Infarto de miocardio que no deja repercusiones funcionales cardíacas sin base coronaria orgánica:** Cuando se ha producido un infarto de miocardio y el sujeto sobrevive a él y pasados unos meses no se detecta ningún tipo de repercusión funcional sobre corazón y una coronariografía pone de manifiesto la normalidad coronaria, ese individuo será apto para el trabajo con algunas excepciones como los pilotos de avión o conductores de autobús ya que tras el infarto aumentan las posibilidades de repetición
4. **Infarto de miocardio que no deja repercusiones funcionales cardíacas con base orgánica coronaria:** En estos casos se debe considerar la invalidez para aquellos trabajos que implican stress, esfuerzo, etc. En función del grado de afectación coronaria, edad de sujeto factores de riesgo, probabilidad de repetición, se podrá valorar la incapacidad permanente absoluta para todo trabajo.
5. **Infarto de miocardio que deja secuelas irreversibles:** origina incapacidad permanente y absoluta tanto por las secuelas como por las posibilidades de repetición.
6. **Enfermos coronarios con riesgo de muerte súbita:** cualquier persona, incluso sin coronariopatía, puede tener riesgo de muerte súbita, sin embargo esta probabilidad adquiere caracteres alarmantes en este tipo de enfermos. Pero si además de los riesgos genéricos de las enfermedades coronarias se asocian otros, ya sea de tipo genético determinados mediante la historia clínica, antecedentes familiares, o por las características del angor, etc. deberá compensar este riesgo con un tipo de vida adecuada y una observación más continuada, incompatible con la actividad laboral reglada.

Factores que determinan la incapacidad permanente en enfermo afectos de cardiopatía isquémica:

1. Incompatibilidad con el esfuerzo físico.
2. Incompatibilidad con una profesión que implique penosidad, fatiga, sobreesfuerzo o cansancio mantenido, stress, etc.
3. Riesgo de infarto si no lo ha tenido, o de repetición.
4. Peligro para la propia vida.
5. Peligro para terceros.
6. Incompatibilidad no por el trabajo sino por el tipo de vida (alimentación, medición con efectos secundarios, etc.

A todo lo anterior se debe unir la frecuente relación entre cardiopatía isquémica y depresión reactiva, que viene originada por el riesgo vital y la adaptación a los nuevos hábitos de vida.

INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardiaca (IC) se puede definir como la situación en la que el corazón es incapaz de suministrar a los órganos y economía del cuerpo aquella cantidad de sangre imprescindible para el normal funcionamiento del mismo. Es decir, la situación de desequilibrio entre el aporte cardiaco y las necesidades del organismo. Desde el punto de vista clínico, la IC se caracteriza por la presencia de síntomas y signos de hipertensión venosa pulmonar o sistémica o de bajo gasto cardiaco, atribuibles a la disfunción mecánica de uno o de ambos ventrículos. La IC puede clasificarse de muy diferentes formas, dependiendo del criterio utilizado:

1. En función de la alteración inicial de la función del músculo cardiaco:

- **IC sistólica**, cuando el fenómeno primario es la disminución del gasto cardiaco por deterioro de la función contráctil. Se caracteriza, en general, por el deterioro de la fracción de eyección y la dilatación cardiaca.
- **IC diastólica**, cuando se produce una dificultad en el llenado ventricular por deterioro de la relajación (o por obstrucción mecánica al flujo sanguíneo), con la función sistólica conservada. Esta situación se define por la existencia de congestión pulmonar (y/o sistémica) con FE normal, y generalmente sin dilatación ventricular (ausencia de cardiomegalia).

2. Según su situación funcional. A fin de conocer el grado en que la IC afecta a la actividad física del paciente, la New York Heart Association (NYHA) definió cuatro clases en base a la valoración subjetiva que hace el médico durante la anamnesis sobre la presencia y severidad de la disnea. Así, distinguimos:

- **Clase funcional I:** Actividad ordinaria sin síntomas. No hay limitación de la actividad física.
- **Clase funcional II:** El paciente tolera la actividad ordinaria, pero existe una ligera limitación de la actividad física, apareciendo disnea con esfuerzos intensos.
- **Clase funcional III:** La actividad física que el paciente puede realizar es inferior a la ordinaria, está notablemente limitado por la disnea.
- **Clase funcional IV:** El paciente tiene disnea al menor esfuerzo o en reposo, y es incapaz de realizar cualquier actividad física.

La clasificación funcional tiene un importante valor pronóstico y se utiliza como criterio decisivo en la elección de determinadas

intervenciones terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas. La evaluación periódica de la clase funcional permite seguir la evolución y la respuesta al tratamiento.

3. Según su repercusión laboral

- Grado I. Ninguna limitación a la capacidad física laboral, admitiendo un esfuerzo ergonómico entre 125-250 W, admite todas las labores con cargas físicas semipesados, no continuas.
- Grado II. Esfuerzos entre 75-100 W.
- Grado III. Esfuerzos entre 25-70 W.
- Grado IV. No permite ninguna ocupación física sin **molestias**.

4. Otros criterios utilizados para clasificar la IC:

- Atendiendo al grado de expresión clínica de la enfermedad: compensada, descompensada, inestable, refractaria y terminal.
- En función del circuito venoso que se congestiona: izquierda, derecha o mixta.
- Según la rapidez de instauración de los síntomas: IC crónica (también denominada IC congestiva), edema agudo de pulmón y shock cardiogénico. El término IC aguda no es tan apropiado como los de edema agudo de pulmón y shock cardiogénico, por lo que no se recomienda su uso.
- Según su etiología, dependiendo de las diferentes cardiopatías que actúan como etiología inicial de la disfunción ventricular. La cardiopatía coronaria y la HTA son responsables, de forma aislada o combinada, del 80% de los casos de IC crónica. A estas causas principales les siguen en orden de frecuencia las lesiones valvulares o congénitas (aproximadamente 10%) y los diversos tipos de miocardiopatías (aproximadamente 5%).

INSUFICIENCIA CARDIACA E INCAPACIDAD PERMANENTE

Para la estimación del grado de repercusión en la capacidad laboral del trabajador con insuficiencia cardiaca, se puede practicar un electrocardiograma basal de esfuerzo progresivo con rampa a la que se va incrementando progresivamente la velocidad. Se suspenderá ante cualquier registro anómalo o desniveles de ST. Mediante un cálculo, se puede traducir a unidades de energía es esfuerzo realizado. El resultado máximo obtenido, sería el que puede desarrollar el enfermo, estando incapacitado para trabajos que requieran esfuerzos superiores. Si el resultado fuese tan bajo que llegase a no ser compatible con tareas sedentarias, estaríamos ante una invalidez absoluta.

Hay que tener en cuenta dos aspectos:

1. Que el enfermo se puede negar al tratamiento quirúrgico. Son tratamientos de alto riesgo y además suelen ser operaciones paliativas, pero no resuelven totalmente la enfermedad.
2. Posibilidad de curación: en algunos casos cabe esta posibilidad, no obstante suele ser a costa de la necesidad de un tratamiento continuado con anticoagulantes, lo que también añade un factor adicional de riesgo que suele ser incompatible con gran cantidad de trabajos. Si hay una situación total de curación con remisión de la insuficiencia cardiaca sin necesidad de tratamientos de riesgo, se puede plantear la improcedencia de la incapacidad.

ARRITMIAS CARDIACAS

Las arritmias pueden ser de tipo transitorio o de tipo permanente. Las arritmias crónicas son las que mayor repercusión laboral van a tener.

CLASIFICACIÓN

1. Por la repercusión hemodinámica
 - a) Sin repercusión hemodinámica. Lo que quiere decir que la oferta demanda, corazón sujeto, está equilibrada.
 - b) Con repercusión hemodinámica. La arritmia influye de modo puntual o frecuente en la hemodinámica con los consiguientes efectos funcionales.
2. Por su gravedad podemos distinguir:
 - a) Arritmias benignas.
 - b) Arritmias malignas.
 - c) Arritmias potencialmente malignas o peligrosas.
 - d) Arritmias cambiantes que impiden predicción respecto a la importancia o gravedad.

Las arritmias son perfectamente objetivables mediante el pulso, la auscultación o los electrocardiogramas.

LAS ARRITMIAS EN RELACIÓN CON LA INCAPACIDAD LABORAL

Se debe valorar si la arritmia es la enfermedad en sí o consecuencia de otra patología, con ello se puede determinar el alcance de la misma y las posibilidades terapéuticas. Todos estos elementos permitirán obtener los primeros datos para fundamentar posteriormente la indicación o con-

trairindicación del trabajo en el sujeto enfermo. Las arritmias que se provocan en el esfuerzo físico hay que considerarlas en principio como susceptibles de ser incapacitantes, especialmente si tienen cierta repercusión hemodinámica aunque sea puntual, se acoplan, o hay riesgo de taquicardias ventriculares, fibrilación o muerte.

Los trastornos del ritmo cardiaco que se asocian con enfermedades de base como trastornos coronarios, endocárdicos o miocárdicos, serán ya invalidantes por la propia enfermedad de base. En el caso de la enfermedad coronaria, la invalidez será con frecuencia absoluta, dependiendo de la severidad de la isquemia.

Todas las arritmias que fundamentalmente se ven agravadas, desencadenadas o modificadas por factores exógenos de tipo emocional, barométrico, climático, etc., son susceptibles, al menos en principio, de invalidez, igual que las de causa desconocida. Las que se agraven o modifiquen por el esfuerzo o factores emocionales pueden ser causa de invalidez. La causa de la invalidez en las arritmias, reside en su desencadenamiento por las condiciones impuestas por el trabajo, stress, emociones o esfuerzo. Para la valoración de su repercusión el método de elección es el Holter durante la jornada laboral, que permite evidenciar la repercusión del trabajo en el ritmo. Si se comprueba que se producen o agravan severamente las arritmias, está perfectamente determinada la incapacidad, al menos para ese trabajo. Es posible que el tipo de invalidez que más frecuentemente se genere sea la absoluta para todo trabajo.

Los expedientes de incapacidad, especialmente en vía judicial, deben ir lo más documentados posibles, con pruebas objetivas que acrediten el riesgo y el comportamiento del corazón en el trabajo. En la mayoría de enfermedades no será posible recurrir a métodos tan precisos y fiables, pero en las arritmias sí. El carácter permanente de la enfermedad vendrá determinado por la cronicidad y respuesta al tratamiento. El que la invalidez sea total o absoluta dependerá de los factores que actúan o influyen sobre la arritmia. Cuando estos factores son muy variados, esfuerzo, frío, cambios posturales, cambios barométricos, emociones, etc., nos situamos en un grado de invalidez absoluto.

CARDIOPATÍAS VALVULARES

Concepto y generalidades:

- A) Por su **momento** de aparición se puede distinguir entre:
- Valvulopatía congénita: el paciente ya tiene la deficiencia al nacer.
 - Valvulopatía adquirida: la válvula ha sufrido daños irreversibles por una inflamación en el interior del corazón.

B) Por el tipo de alteración

- Estenosis valvular: la válvula se estrecha y no deja pasar un caudal suficiente.
- Insuficiencia valvular: la válvula se endurece y deja de ser flexible, por lo que no cierra bien.

1. Insuficiencia mitral: habitualmente se asocia a estenosis, es decir hay “doble lesión mitral” Hay dos grandes grupos: La insuficiencia mitral **orgánica** y la insuficiencia mitral **funcional** o secundaria a otra patología cardíaca (hipertensión, insuficiencia aórtica, etc.).

Su diagnóstico es preciso, mediante la clínica y exploraciones complementarias, radiografía, ecocardiograma, electrocardiograma.

Como en la mayoría de las enfermedades cardíacas, su capacidad de limitación de la actividad laboral, va a venir dada por el grado de insuficiencia cardíaca que originan. En los primeros grados suele ser suficiente el tratamiento médico. Si es susceptible, el tratamiento quirúrgico es de elección. Se indica la cirugía para la regurgitación mitral crónica cuando existan signos de disfunción del ventrículo izquierdo, incluyendo una fracción de eyección menor a 60% y una dimensión sistólica final del ventrículo izquierdo mayor a 45 mm. Llegará a constituir en la mayor parte de casos una incapacidad permanente y absoluta.

2. Estenosis mitral: es la más frecuente de las lesiones valvulares reumáticas. Consiste en una estrechez que dificulta el paso de la sangre de la aurícula al ventrículo izquierdo. Acaba llegando a la insuficiencia cardíaca, pero además tiene una serie de riesgos asociados con repercusiones importantes para la actividad (infartos de miocardio, arritmias, embolias, edema pulmonar agudo, fibrilación ventricular. Muchos de estos enfermos llegan al expediente de invalidez no por la cardiopatía en sí sino por los efectos que la misma ha causado a distintos niveles: embolismo cerebral con resultado de hemiplejía, embolismo pulmonar con capacidad respiratoria residual muy baja, infartos repetidos que exigen un tipo de vida de mínima actividad, etc.

El enfermo puede convivir con la enfermedad en estadios precoces aun sin saberlo, para después poco a poco ir llegando a etapas que lo van limitando progresivamente tanto en la vida de relación socio-familiar como en la laboral. Suelen constituir incapacidad permanente para profesiones que exijan esfuerzo físico, aun mínimo, y posteriormente en fases más avanzadas resultan invalidantes con carácter absoluto para todas las profesiones. Es habitual solicitar la total y años después, en una revisión de grado, la absoluta.

3. Insuficiencia aórtica: es la lesión más frecuente después de la estenosis aórtica. Puede estar en estado subclínico, prácticamente asintomática durante muchos años. El trabajo forzado acelera el proceso y termina descompensándolo en poco tiempo, mientras que ocupaciones sedentarias permiten larga vida laboral activa, incluso con la enfermedad sin diagnosticar. La causa principal, en nuestros días, es el reumatismo.

La fase avanzada de la descompensación, a efectos incapacitantes, pueden correlacionarse con los de la insuficiencia cardiaca. Los edemas, cianosis y disnea están siempre presentes. Los tratamientos sólo serán sintomáticos y paliativos y sólo el quirúrgico en indicaciones muy precisas, sujetos jóvenes y con regímenes de vida postoperatorios adecuados durante largo tiempo permiten una relativa curación. Posteriormente para evitar riesgos embolígenos se ven obligados a tratamiento anticoagulante. Las indicaciones de reintervención son relativamente frecuentes.

La insuficiencia aórtica sin disnea, edemas y cianosis, es compatible con trabajos que no requieran esfuerzo físico, pero incluso en esta fase serán incapacitantes para los que lo requieran, no por la incompatibilidad física para realizarlos sino por la contraindicación que éstos suponen, ya que acelerarán considerablemente el proceso de descompensación con riesgo de graves complicaciones o muerte.

En estadios más avanzados supondrá siempre una incapacidad permanente absoluta para todo trabajo.

4. Estenosis aórtica: podemos distinguir formas congénitas, de menor interés en relación con la capacidad laboral, aunque el curso del proceso, en casos benignos, puede ser tan lento y asintomático que permita a la persona llegar a la edad adulta con capacidad laboral. Las formas adquiridas pueden clasificarse en dos grupos principales: formas reumáticas y las debidas a calcificaciones generalmente extensas de peor pronóstico y mayor dificultad e indicación operatoria.

Pueden transcurrir muchos años asintomáticos y con vida compatible con trabajos sedentarios o de menor esfuerzo físico. En fases avanzadas se instauran síntomas incompatibles con trabajos de mínimo esfuerzo, e incluso por la mala calidad de vida de los enfermos se produce incapacidad laboral incluso para trabajos sedentarios. Los episodios de edemas pulmonares son relativamente frecuentes. El angor es una de los problemas más graves en ciertos sujetos, donde el aumento del ventrículo izquierdo, tanto por sus exigencias nutricias como el efecto mecánico, dificultan que las coronarias puedan suministrar el mínimo exigido de sangre. Los síncope son frecuentes como consecuencia de disminución del flujo sanguíneo al cerebro en episodios hipotensivos. La mayor parte

de los síncope se relacionan con el esfuerzo por lo que estos quedaran totalmente contraindicados.

Los mayores problemas respecto a la incapacidad laboral se plantean en fases precoces donde el enfermo está compensado y físicamente puede realizar el trabajo sin dificultad o con mínimos síntomas. Pero el esfuerzo, ya desde estos estadios estará contraindicado, por el riesgo que puede suponer y por la agravación que el proceso sufrirá. Si hay angor asociado, aunque se esté en fase muy precoz de enfermedad la invalidez se produce siempre. No sólo hay que evitar *el esfuerzo* sino todas las situaciones que impliquen mayor trabajo cardíaco, stress, fatiga, descanso insuficiente, etc.

5. Valvulopatía tricúspide: la insuficiencia es infrecuente y, en la mayor parte de los casos, forma parte de un cuadro que suele afectar a la mitral y más excepcionalmente a la aórtica. La estenosis en forma pura es todavía más excepcional y se asocia casi en todos los casos a la insuficiencia hablándose entonces de enfermedad tricúspide o doble patología valvular tricuspídea.

En fases avanzadas es siempre invalidante como consecuencia de la insuficiencia cardíaca. En estadios precoces si no se asocia a ninguna otra valvulopatía puede ser compatible con trabajos de mínimo esfuerzo físico, pero generalmente a los primeros signos de descompensación éstos deben evitarse con carácter permanente, como medio de asegurar una mejor calidad y cantidad de vida.

6. Valvulopatía pulmonar: La estenosis es muy infrecuente y casi siempre responde a una etiología congénita combinada con otros defectos cardíacos que van a impedir al sujeto iniciar siquiera la vida laboral. La insuficiencia primaria es aun más rara todavía que la estenosis. Cuando se presenta suele ser consecuencia de otras valvulopatías evolutivas y descompensadas.

En las asociaciones con otras valvulopatías, que es lo más frecuente, constituye una incapacidad precoz por los efectos hemodinámicos que produce, generalmente de tipo absoluto debido al tipo de vida reglada que debe llevar el enfermo.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es una causa alegada frecuentemente para la incapacidad, en ocasiones como causa primaria y muchas otras por las complicaciones originadas a distancia. La hipertensión debidamente diagnosticada y controlada es compatible la vida laboral, llegando incluso a la edad de jubilación sin ningún tipo de problemas.

CORAZÓN PULMONAR CRÓNICO

Es un proceso mixto, cardiopulmonar. Los síntomas más importantes en estadios medios o avanzados del proceso son la disnea, cianosis, hepatomegalia congestiva, golpes de tos. Frecuentemente en fases iniciales la sintomatología es escasa y compatible con trabajos que no requieran gran esfuerzo físico.

Más adelante el sujeto siente disnea al pequeño esfuerzo o cambio postural, abrocharse los zapatos, desnudarse, acostarse y tolera muy mal el decúbito, debiendo dormir semisentado. Los golpes de tos pueden provocar síncope como consecuencia de hipoxias cerebrales bruscas, de tipo fugaz.

La insuficiencia cardiopulmonar progresiva lleva al enfermo a la disnea incluso de reposo. En estas fases la incapacidad que se produce es permanente de tipo absoluto, aunque en fases de compensación mediante tratamientos y condiciones de vida favorable, pudiera ser apto para determinados trabajos, carentes de esfuerzos, en atmósferas sanas, no viciadas, con horarios muy relajados.

El diagnóstico se basa en la analítica, incluida la determinación de gases arteriales, la radiología y electrocardiograma.

ARTERIOSCLEROSIS

La arteriosclerosis es un proceso degenerativo progresivo, cuando este cuadro se presenta en personas jóvenes, o mayores con repercusión funcional importante debe considerarse patológico.

Cualquier proceso arteriosclerótico llega a producir una insuficiencia progresiva del órgano donde asienta, pudiendo hablar de insuficiencia vasculocerebral por arteriosclerosis, arteriosclerosis renal o insuficiencia renal por arteriosclerosis, etc.

El proceso no tiene tratamiento etiológico. Puede mejorarse, e incluso detenerse o disminuir su curso evolutivo, haciéndolo menos progresivo y agresivo, pero no curar sus efectos, ni hacer regresar la mayor parte de ellos. En cuanto a las placas de ateroma difícilmente van disminuir su superficie cuando son antiguas y de tamaño considerable. Antes de calcificarse, al cabo de largo tiempo de evolución generalmente, es posible actuar sobre ellas con terapéuticas de dudosa eficacia, pero posteriormente no.

El cuadro es lentamente progresivo y será un elemento fundamental a la hora de la valoración de la invalidez. Lo que verdaderamente lleva a la invalidez es la insuficiencia del órgano que deja de recibir el suficiente flujo de sangre, por lo que en los expedientes de incapacidad se manejan más los términos de insuficiencia orgánica, con carácter primario, aun-

que posteriormente se añade de tipo arteriosclerótico, para expresar el agente etiológico.

ARTERITIS PERIFÉRICA. CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

Son los distintos nombres con los que se suele conocer un tipo de arteriopatía que afecta principalmente a miembros inferiores, unilateral o bilateralmente.

La claudicación intermitente recibe su nombre del efecto claudicante que produce el esfuerzo físico, generalmente el andar o correr, al producirse un vivo dolor isquémico en la pantorrilla y/ o el pie. Se le ha denominado por el no médico de muchos modos, entre los que más se ha popularizado es el de los “disimuladores de escaparates”. El enfermo cuando siente el dolor se ve obligado a detenerse y disimula contemplando durante el tiempo necesario para la recuperación del músculo y el cese del dolor que le permitirá proseguir la marcha. Los episodios agudos mantenidos pueden llevar a necrosis distales, más posibles en los dedos de los pies. Los episodios repetidos también pueden acabar provocando necrosis que se complican produciendo secuelas crónicas entre las que cabe destacar por su frecuencia y repercusión la úlcera tórpida anaerobia, que muchas veces lleva a la amputación de dedo, pie o incluso pierna.

El cuadro admite, no siempre, tratamiento quirúrgico, que puede ser de tipo paliativo o más radical, según lugar donde asiente la lesión, grado y tipo de técnica quirúrgica que permita. Los vasodilatadores periféricos pueden mejorar algo el cuadro, pero no evitar los episodios isquémicos agudos.

El que el dolor se produzca antes o después sirve para valorar la intensidad del proceso. Cuando la isquemia sintomática se provoca al instante de iniciar la marcha, cuando sólo se han dado unos pasos, podemos hablar de arteritis grave y altamente invalidante.

La enfermedad crea incapacidad permanente para todos aquellos trabajos que impliquen marcha, bipedestación prolongada o ejercicio de miembros inferiores.

Es compatible con trabajos sedentarios, por lo que lo habitual es que se declare una incapacidad total para determinadas profesiones y rara vez de tipo absoluto a no ser que aparezcan complicaciones como úlceras o necrosis.

SÍNDROME Y/O ENFERMEDAD DE RAYNAUD

Es un proceso caracterizado por una isquemia de tipo paroxístico que no aparece por el esfuerzo y que suele afectar a uno o más dedos de las

manos, es consecuencia de un efecto vasoespástico de más o menos duración. Otros autores no llegan a un acuerdo en los límites semánticos entre síndrome y enfermedad. La mayoría consideran el síndrome como un conjunto de síntomas producidos por causas muy variadas. La enfermedad, sería la forma esencial monocausal, conocida o desconocida.

Se caracteriza por aparición súbita con palidez extrema de uno o más dedos y dolor, su duración es aproximada al minuto y cuando desaparece, queda rubefacción reactiva. Aparece tras estímulos tales como el frío o factores mecánicos.

La incapacidad permanente es rara a no ser para profesiones muy específicas, pianista o mecanógrafo. Si es más común la convivencia con los factores desencadenantes, especialmente el frío en trabajadores al aire libre o en cámaras frigoríficas, en estos casos la repetición de los episodios hace incapacitante la enfermedad.

La invalidez absoluta rara vez se producirá salvo en casos muy graves y resistentes a tratamientos paliativos o sintomáticos, donde baste lavarse las manos con agua fría, exponerse al aire acondicionado, o cambiar de temperatura, para que se produzca la crisis isquémica dolorosa. Son casos excepcionales, donde puede haber un importante componente psíquico que con la debida terapia puede remitir o mejorar.

ANEURISMAS AÓRTICOS

Es un proceso que excepcionalmente se planteará como causa de invalidez, tanto por su escasa incidencia en la población, como por la escasa sintomatología, que salvo excepciones, suele ofrecer. Tiene interés el que a veces su origen es traumático, pudiendo estar relacionado con un accidente de trabajo.

Hay que distinguir aneurismas de la aorta torácica y de la aorta abdominal. Dentro de los primeros pueden distinguirse los que asientan en aorta ascendente, cayado aórtico y descendente. Los síntomas del aneurisma pueden ser nulos durante muchos años e incluso de por vida. En el caso de un accidente suele estar bien documentado, ya que su aparición se constata con la pruebas de control realizadas tras un periodo de tiempo desde el accidente.

Salvo el interés que pueda tener la causa traumática el aneurisma en relación con un accidente de trabajo, poca importancia va a en relación con las incapacidades puesto que no es un proceso intrínsecamente incapacitante. Cuando se llega a la situación de invalidez, especialmente aneurismas disecantes, suele ser como medida preventiva para evitar roturas, por esfuerzos o agentes que motiven hipertensión.

FLEBOPATIAS CRÓNICAS. VARICES. TROMBOFLEBITIS

Las varices son dilataciones venosas, internas o externas, como consecuencia de defectos congénitos o adquiridos de las válvulas o paredes venosas. En el ámbito laboral van a tener especial repercusión la patología venosa de los miembros inferiores. La tromboflebitis es la consecuencia de una inflamación venosa asociada a un trombo generalmente bien adherido a la pared. Las varices de miembros inferiores cuando son importantes y antiguas generan las siguientes consecuencias, todas ellas con repercusión en la invalidez:

1. Efectos **estéticos**. Las piernas varicosas, especialmente asociadas a ulceraciones y patología epidérmica secundaria constituyen un defecto estético para determinadas profesiones. (bailarinas, modelos, artistas, relaciones públicas, etc.)
2. Efectos **funcionales**. El síndrome varicoso se caracteriza por dolor, pesadez, edemas, etc. que se acentúan con la bipedestación y limitan o incapacitan.
3. Riesgo de **complicaciones**: tromboflebitis, embolias, ulceraciones, etc.
4. Efectos colaterales de **tratamientos**: A veces se requieren tratamientos anticoagulantes que suponen riesgos sobreañadidos y limitaciones incluso laborales. Los tratamientos quirúrgicos no siempre son posibles ni están indicados.

Son procesos crónicos que a veces agotan los tratamientos posibles con carácter curativo y sólo quedan los paliativos o sintomáticos. Los cuadros importantes constituyen una incapacidad por incompatibilidad física, personas con estos cuadros que tienen que permanecer muchas horas en pie, peluqueros, camareros por ejemplo, al cabo de un cierto tiempo se ven obligados a dejar el trabajo como consecuencia de dolor, inflamación, etc.

Traumatismos oculares en Medicina Laboral. Interpretación de los informes oftalmológicos

TRAUMATISMOS OCULARES EN MEDICINA LABORAL

INCIDENCIA E IMPORTANCIA DE LOS TRAUMATISMOS OCULARES

Los traumatismos oculares en general, representan una de las principales causas de pérdida de visión en los países industrializados, sobre todo en pacientes jóvenes, considerándose la primera causa de pérdida anatómica ocular y provocando en muchos casos importantes secuelas, con una enorme repercusión no solo económica, sino también social y laboral. Según el National Center for Health Statistic, en Estados Unidos se producen actualmente 2,4 millones de traumatismos oculares; con 3,1 perforaciones oculares por cada 100.000 habitantes, ocasionando pérdida de visión permanente en más de un millón de personas. Los principales datos epidemiológicos de los que disponemos en España provienen de los resultados obtenidos por el Grupo Español Multicéntrico de Traumatismos Oculares (GEMTO) que en un estudio realizado entre 1.988 y 1.991, en 1.378 ojos, puso de manifiesto una clara prevalencia del sexo masculino (83%), *siendo la causa más frecuente (23%) el accidente laboral*, seguida muy de cerca por el accidente doméstico (22%). El lesionado en la mayoría de los casos (61,6%) era menor de 30 años y *tan solo estaban utilizando medidas de protección ocular en el 1,6 % de los accidentes laborales*.

La traumatología ocular es un campo amplísimo, que claramente excede el objetivo de este libro. Lo que hemos pretendido aquí, es hacer un breve repaso por aquellas lesiones que con más frecuencia vemos en los accidentes laborales, deteniéndonos en aquellas cuestiones que pueden tener importancia pericial (tiempos medios de curación, causalidad, ne-

cesidad o no de tratamiento,...) con la finalidad de tener alguna referencia a la hora de realizar una valoración pericial de trabajador que ha sufrido unas lesiones oculares. Evidentemente, las lesiones postraumáticas producidas en un accidente laboral y su valoración pericial van a ser muy similares a las producidas como consecuencia de otro tipo de accidentes (de tráfico, deportivos, domésticos,...) o incluso de lesiones dolosas (agresiones).

El traumatismo puede lesionar estructuras anatómicas situadas en el polo anterior del ojo (conjuntiva, cornea, iris, cristalino,...) o en el polo posterior (vitreo, retina, nervio óptico,...) y en algunos casos pueden asociarse lesiones producidas a ambos niveles. Entre las lesiones oftalmológicas que mayor importancia tienen en los accidentes laborales habría que destacar las siguientes:

A. TRAUMATISMOS DEL POLO ANTERIOR

Laceraciones palpebrales:

Producidas por objetos cortantes o por tracciones consecutivas a contusiones faciales. Tienen especial gravedad cuando afectan al borde palpebral, a la vía lagrimal, o tienen una extensión superior a 1/3 del área palpebral. Pueden estar asociadas a lesiones importantes como perforación del globo ocular, cuerpos extraños intraorbitarios o lesiones de la aponeurosis del elevador del párpado superior que ocasionen una ptosis o caída del párpado superior o retracciones cicatriciales que ocasionen ectropión (= eversión del párpado inferior) o entropión (= inversión del párpado inferior) con desviación de las pestañas hacia la córnea (= triquiasis) que pueden lesionarla. Todos estos casos deben repararse en quirófano, y hacer profilaxis antitetánica.

Estas lesiones generalmente requieren, además de la primera asistencia, tratamiento quirúrgico. Como secuelas pueden ocasionar, además del perjuicio estético, alteraciones del sistema lagrimal que produzcan epífora (= lagrimeo o salida continua de lágrima) o un “ojo seco” con queratitis por exposición.

Causticaciones corneales: (Figura 3)

Producidas por salpicaduras de ácidos y álcalis fuertes. Más agresivas las producidas por estos últimos. Pueden dar lugar a leucomas o cicatrices corneales, que cuando afectan al eje visual o parte central de la córnea suelen reducir la agudeza visual.

Constituyen una situación de urgencia que debe tratarse de modo inmediato posponiendo la realización de la historia clínica. Se tratan mediante irrigación abundante de ambos ojos con solución salina o lactada de Ringer, durante al menos 30 minutos, si no tenemos otra cosa se emplea agua del grifo. Nunca soluciones ácidas para neutralizar álcalis o viceversa. Conviene lavar bien los fondos de saco conjuntivales, irrigando con una jeringa sin aguja, evertiendo el párpado superior y retirando con una gasa las partículas sólidas que puedan estar en esa zona.

Habitualmente se prescribe un colirio ciclopléjico cada 8 horas, un antibiótico de amplio espectro, como la eritromicina, en pomada cada 4 horas, un colirio de lágrimas artificiales, que es importante que no tenga conservantes y en los caso graves, en los que exista una importante inflamación corneal o en la cámara anterior hay que emplear esteroides tópicos (prednisona o dexametasona) entre 4 y 8 veces al días, retirándolos pasados 7 a 10 días. También se realizará tratamiento quirúrgico de las eventuales secuelas, como el simbléfaron (= adherencia de la conjuntiva

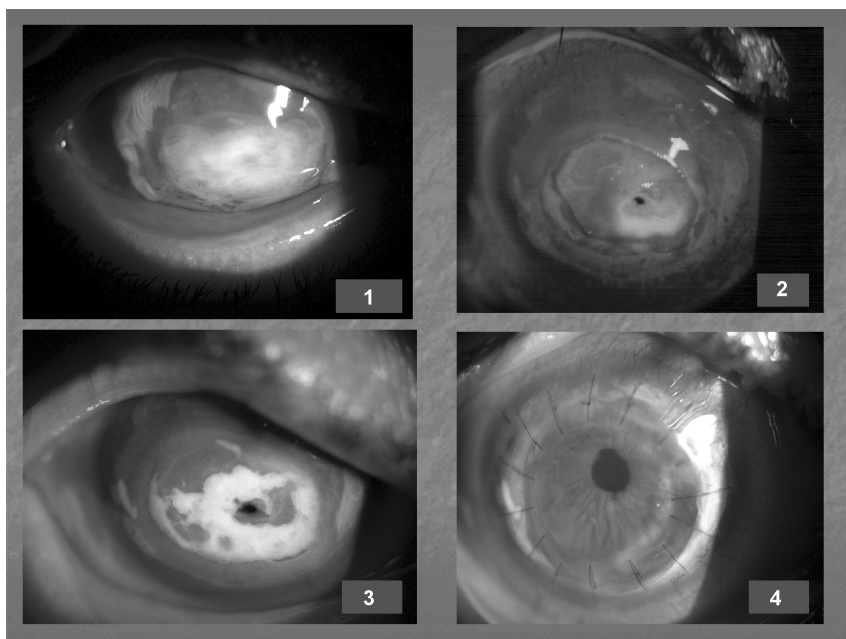


Figura 3.- Cuatro estadios de una causticación por álcalis: (1) en el momento de la urgencia, (2) se produce una perforación, (3) no se consigue cerrar la perforación y (4) el mismo ojo después del trasplante corneal. (Cortesía Dra. Sonia Durán. INCIVI).

palpebral a la bulbar que reduce los fondos de saco), mediante desbridamientos, tarsorrafias, colgajos conjuntivales, injertos de mucosa o de membrana amniótica y en los casos más graves hay que recurrir a la queratoplastia o transplante corneal.

Las secuelas que pueden dejar estas lesiones son fundamentalmente leucomas que reducirán la agudeza visual en función de su densidad, extensión y localización (afectando o no al área pupilar) y pueden ocasionar molestos deslumbramientos, diplopia monocular y disminución de la calidad visual. También podrán ocasionar “ojo seco” o queratitis de evolución insidiosa.

Grado	Córnea	Isquemia	Pronóstico
I	Transparente.	No hay.	Excelente
II	Turbia, se ven detalles del iris.	Es menor de un tercio del Ø.	Bueno
III	No se ven detalles del iris.	Entre un tercio y la mitad del Ø.	Reservado.
IV	Opaca.	Mayor de la mitad del Ø corneal.	Muy malo.

Figura 4.- Clasificación de causticaciones corneales.

El pronóstico de las causticaciones está en función del grado de opacificación corneal y la existencia de isquemia perilímbica y su extensión, consideramos de gran utilidad práctica la clasificación del Prof. Durán de la Colina en cuatro grados (Figura 4):

Iritis postraumática:

Las lesiones del iris son muy frecuentes en todos los traumatismos oculares (puñetazo, pelletazo, lesión por “air-bag”, etc..) ya sean por contusiones directas o por heridas penetrantes. Se puede producir iridoplejia (o parálisis del diafragma iridiano), por daño del esfínter pupilar, midriasis (= dilatación pupilar) postraumática, Iridodiálisis (= desinserciones o roturas del borde del iris) y hernias de iris a través de la herida perforante ocular.

Tiene especial interés para el médico forense la **iritis traumática**, por lo frecuentemente que se diagnostica en un lesionado que ha recibido una contusión ocular. Es fundamental su intensidad, ya que puede

suponer, desde una leve molestia que cure en tres o cuatro días sin impedimento y precisando tan solo de una primera asistencia, hasta originar una grave endoftalmitis (= forma severa de inflamación o infección intraocular) que deje como secuela la pérdida funcional o incluso anatómica del ojo. Toda contusión ocular importante ocasiona un cierto grado de iritis postraumática.

La iritis postraumática ocasiona dolor, fotofobia, lagrimeo y disminución de visión de lejos y cerca, dentro de los tres días posteriores a una contusión ocular. Entre los signos exploratorios que encontramos, destaca la inyección ciliar (= dilatación de los vasos del limbo esclerocorneal), pupila miótica y perezosa en su contracción a la luz, puede estar midriática si hay lesión del esfínter.

La presión intraocular (= PIO) suele estar disminuida por el efecto de la contusión a nivel de los procesos ciliares que ocasiona una disminución en la producción del humor acuoso, pero puede estar aumentada por obstrucción de la malla trabecular por células inflamatorias, o incluso mantenerse en niveles normales (entre 6 y 21 mmHg). En los informes oftalmológicos frecuentemente encontramos el término "tyndall" o con menos frecuencia "flare".

Se llama **Tyndall** (Figura 5) a las células inflamatorias (leucocitos, linfocitos, células plasmáticas) visibles en suspensión en la cámara anterior gracias a la imagen magnificada y al corte que hace la lámpara de hendidura de hendidura. Se cuantifica su intensidad en + (máximo ++++).

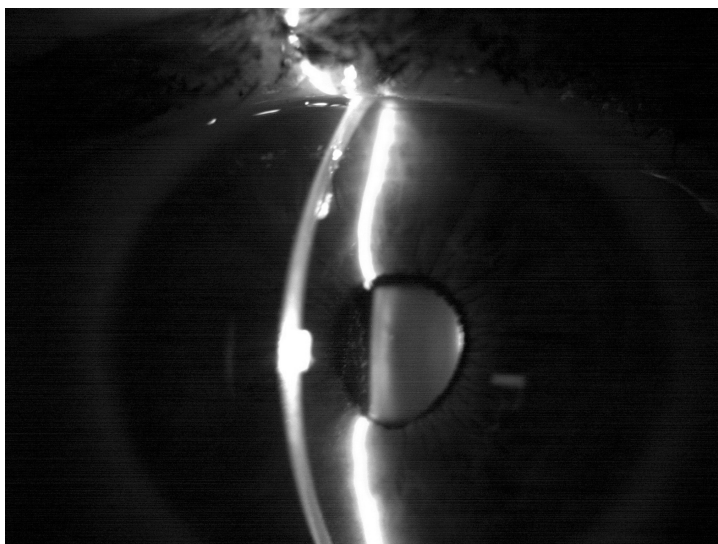


Figura 5.- Uveitis anterior con tyndall muy evidente +++

Se considera signo patognomónico de iritis. El “Flare” es similar, pero más sutil y se debe a la turbidez que ocasiona en la cámara anterior la presencia de proteínas, exudados o fibrina. Indica inflamación pero no se considera patognomónico de iritis.

La uveítis, iritis o iridoclitis postraumática (todos estos términos son sinónimos) se trata mediante colirio ciclopléjico cada 8 horas y corticoides tópicos cada 3 ó 4 horas, si no hay lesión del epitelio corneal (estarían contraindicados).

Desde el punto de vista de la valoración médico forense, salvo casos muy leves, en general consideramos que precisan tratamiento médico, además de la primera asistencia. Pueden asociarse a lesiones intraoculares, por lo que es obligado revisar al lesionado al mes, realizándole una exploración de fondo de ojo bajo dilatación pupilar, para descartar desgarros retinianos o desprendimiento de retina y una gonioscopia (= técnica exploratoria que consiste en la exploración del ángulo de la cámara anterior mediante una lente o prisma, que nos permite observarlo de forma directa o indirecta para descartar la presencia de una recesión angular importante).

En las contusiones del polo anterior del globo ocular, con frecuencia se producen lesiones asociadas a la iritis o inflamación postraumática del iris, cuya terminología debemos recordar, ya que la encontramos frecuentemente recogida en los informes oftalmológicos que nos aporta el lesionado. Así, con frecuencia se producen equímosis palpebrales (= “ojo morado”) que por efecto de la gravedad suelen evolucionar acumulándose en el párpado inferior, hemorragias o equímosis subconjuntivales que desaparecen en unos 8 o 10 días, sin experimentar los cambios de coloración típicos de la hemoglobina en función de la data de la hemorragia (permanecen rojos) y habitualmente no requieren tratamiento a pesar de su alarmante aspecto.

También podemos encontrar alteraciones en la forma de la pupila (= **corectopia**) que en ocasiones son indicativas de la existencia de una hernia del iris por una perforación ocular postraumática. Otra lesión indicativa de gravedad en los traumatismos del polo anterior sería el **hifema** (= hiphema o hipema) que consiste en una hemorragia que ocupa la cámara anterior y que una vez sedimentado el “*tyndall hemático*” produce un nivel que suele expresarse en los informes oftalmológicos en función de su altura. Así, por ejemplo, cuando el informe que nos presenta el lesionado del oftalmólogo que le atendió en urgencias después de sufrir el accidente laboral pone “*hifema de ¼*”, quiere decir que en ese momento tenía un nivel de sangre en la cámara anterior que ocupaba la cuarta parte de su altura (habitualmente la cámara anterior tiene una altura de unos 11 mm). Otra lesión frecuente en este tipo de traumatismo, de menor gravedad que el hifema es el **hiposfagma** o colección serohemática subconjuntival, que a pesar de su alarmante aspecto, suele reabsorberse sin dejar secuelas.

Erosiones corneales:

Las abrasiones corneales producen dolor punzante, con fotofobia, lagrimeo y sensación de cuerpo extraño que aumenta con el parpadeo. Se producen con frecuencia en trabajadores que no emplean las gafas protectoras en actividades expuestas a este riesgo. El epitelio corneal es muy frágil, de forma que va a desprenderse en el momento en que cualquier objeto (rama de un árbol, uña, cuerpo extraño, objeto contundente o lacerante, roce el ojo). Puede haberse producido la erosión corneal por un cuerpo extraño que impactó en la córnea, pero que ha salido del ojo con el lagrimeo reflejo o que se encuentra alojado en el fondo de saco inferior o subtarsal superior (debajo del párpado superior) rozando la córnea en cada parpadeo.

Se diagnostican (Figura 6) instilando una gota de fluoresceína y poniendo el filtro azul en la luz de la lámpara de hendidura, con lo que se depositará en cualquier solución de continuidad del epitelio corneal, tiñendo en color verde. Se tratan mediante pomada antibiótica y colirio ciclopéjico, cada ocho horas y oclusión 24-48 h, tras las cuales debe ser revisado por su oftalmólogo.

En general consideramos que tan solo precisan para su curación de una primera asistencia, si son leves, tardando en curar unos 7 días, con otros 3 de impedimento. Pero cuando son extensos, o se produce infec-



Figura 6.- Erosión corneal F+

ción (úlceras corneales) pueden ocasionar cicatrices corneales (leucomas) que cuando afectan al área pupilar pueden reducir la agudeza visual.

Una secuela típicamente postraumática es la **erosión corneal recidivante** o queratalgia recidivante, que se produce cuando la reepitelización de una erosión corneal no se ha producido correctamente y puede reabrirse la abrasión corneal meses o años después, típicamente al despertarse por las mañanas, ocasionado un fuerte dolor punzante, que obliga a ocluir nuevamente el ojo 24-48h, y a aplicar pomada epitelizante.

Glaucoma postraumático:

El traumatismo puede producir rotura en la inserción del iris y al cicatrizar esta, dar lugar a una alteración en la vía de salida del humor acuoso (recesión angular), aumentando su presión y dañando el nervio óptico. Este tipo de glaucoma, característicamente es unilateral, y tiene unos signos gonioscópicos característicos como son inserción del iris desigual con zonas de procesos iridianos desgarrados y recesión posterior del iris, que muestra una amplia banda ciliar. La recesión angular debe afectar a más de 270° para que se produzca el glaucoma, que puede aparecer a los 20 años del traumatismo causal. Si se produce recesión angular después de un traumatismo, el lesionado deberá seguir revisiones oftalmológicas con controles de PIO anuales. Una vez establecido el glaucoma postraumático el pronóstico es malo.

Para establecer la relación de causalidad con el traumatismo ocurrido en el accidente laboral es esencial el carácter unilateral y constatar la recesión angular. Debemos contemplar como secuela la posibilidad de desarrollar esta grave complicación en aquellos traumatismos oculares que hayan ocasionado recesión angular importante. Su probabilidad estará en función del arco del ángulo camerular afectado por la recesión.

La oftalmía simpática:

En lesiones del tracto uveal (iris, cuerpo ciliar o coroides) de un lado, por un mecanismo inflamatorio autoinmune, se produce una lesión del ojo contra lateral. Característicamente tienen antecedente de traumatismo penetrante o cirugía intraocular en el otro ojo, entre 4 y 8 semanas antes. En el 90% de los casos, la uveítis simpática se desarrolla antes de transcurrido un año del traumatismo. Para prevenirlo, en aquellos casos de ojos muy traumatizados, que posiblemente haya que enuclear, es mejor hacerlo antes de pasados 14 días del traumatismo. En el tratamiento

curativo, una vez instaurada la uveítis, es fundamental la enucleación del ojo simpatizante.

Podemos considerarlo como secuela muy grave (ya que se afecta el “ojo bueno”), en aquellos traumatismos que han afectado a la úvea, con un bajo grado de probabilidad, sobre todo si ha pasado más de un año del accidente (menos de un 10%, se producen después del primer año).

Lesiones traumáticas del cristalino:

Las más frecuentes y por lo tanto con mayor repercusión médico forense, son las cataratas traumáticas que son consecutivas a contusiones o laceraciones y que se pueden presentar de inmediato, o desarrollarse a lo largo de semanas o meses del traumatismo. Requerirán tratamiento quirúrgico: extracción extracapsular o facoemulsificación del cristalino opacificado con implante de una lente intraocular (=LIO). Pero además, una contusión ocular puede producir una luxación o subluxación del cristalino, una dislocación de una LIO anteriormente implantada.

Los traumatismos son la causa más frecuente de catarata unilateral en pacientes jóvenes. Las heridas penetrantes van a producir catarata traumática, en cuanto se roce la cápsula cristaliniana. Es más discutible en el caso de las contusiones oculares. Una lesión que tiene mucho interés pericial, es el **Anillo de Vossius**: es un círculo de pigmento que se dispone paracentralmente sobre la cristaloides anterior (= cápsula anterior del cristalino) cuando el ojo sufre una contusión anteroposterior importante y la cara posterior del iris choca contra la anterior del cristalino, dejando adherido a éste restos de pigmento. Su presencia apoya la hipótesis traumática sobre el origen de la catarata.

Un problema que se plantea frecuentemente en la práctica médico forense es realizar el diagnóstico diferencial entre la catarata traumática y la patológica (no traumática). Se tiene muy en cuenta la unilateralidad, la existencia de factores de riesgo cataratogénicos (diabetes, miopía, senilidad, tratamientos con esteroides,...). La etiología traumática suele estar clara en los traumatismos penetrantes, donde suele comenzar sectorialmente. Es más difícil de establecer en las contusiones anteroposteriores. Valorar la presencia de un anillo de Vossius. Es muy dudosa en el caso de latigazos cervicales.

Es muy frecuente que se desarrolle una catarata después de hacer una vitrectomía. En estos casos, hay causalidad entre la catarata y el traumatismo que ha producido la lesión, generalmente un desprendimiento de retina, que ha hecho necesario realizar la vitrectomía. En cuanto al intervalo de latencia desde el traumatismo, parece razonable considerar que no debe superar el año.

B. LESIONES TRAUMÁTICAS DEL POLO POSTERIOR

Hemovítreo, desprendimiento del vítreo posterior y desprendimiento de retina regmatógeno:

Pueden producir multitud de lesiones que afectan al vítreo o a la retina, especialmente a su zona más central, donde se localiza la mácula, responsable de la visión central. Las más importantes son:

1. **Hemorragia vítrea (o “in vitro”):** La sangre en el vítreo (= hemovítreo) lo tiñe de rojo, disminuyendo su transparencia, con lo que disminuye la agudeza visual e impide ver desde fuera lesiones en el fondo de ojo. No siempre se produce por una causa traumática, pueden ocurrir espontáneamente en diabéticos, alteraciones de la coagulación, tumores intraoculares, desprendimientos de retina, etc... Si no se reabsorbe espontáneamente en seis meses, o se asocia a desprendimiento de retina (que en estos casos se diagnostica mediante ecografía) está indicada la vitrectomía.
2. **El desprendimiento de vítreo posterior (DVP):** es una secuela frecuentísima y que la mayoría de las veces obedece a una etiología degenerativa o senil. Lo sufren más del 60% de la población general con más de 65 años. Consiste en la separación de la hialoides posterior (que es la membrana que rodea al vítreo) de la retina subyacente, consecutivamente a la licuefacción y colapso del vítreo. La sintomatología que ocasiona son las miodesopsias o “mocas volantes”, muy molestas sobre todo cuando son de gran tamaño, como las originadas por la zona de adherencia peripapilar (Anillo de Weiss). EL DVP puede ser postraumático, o lo que es más frecuente, en un paciente con un vítreo degenerado, licuado a causa de su miopía, o edad (estado anterior) un golpe o un movimiento brusco de vaivén, puede desencadenar el DVP agudo. Cuando el DVP se asocia a hemorragia vítrea, existe un desgarro retiniano en el 75% de los casos, por lo que hay que explorar cuidadosamente el fondo de ojo para detectarlo y tratarlo. Salvo estos casos, en los que el DVP se asocia a hemovítreo, la predisposición al DR por un DVP es muy baja, pero debe revisarse oftalmoscópicamente y bajo midriasis al lesionado a los 15, 30 y 90 días, para detectar y tratar desgarros retinianos. La estabilización lesional en estos casos (DVP), se produce a los 90 días y hasta entonces deben evitarse zambullidas en piscinas y deportes de contacto. Consideramos, en general este tiempo como días de curación, pero siendo impositivos solamente los primeros 10 o 15 días. Como secuela deja las miodesopsias, pero no la predisposición al DR, ya que pasados los

90 días es mínima. Al no encontrarse esta lesión tan frecuente en el baremo de la Ley 34/2003, le asignamos por analogía una puntuación en torno a los 2 ó 3 puntos.

3. **Desprendimiento de retina regmatógeno:** El desprendimiento de retina (= DR) regmatógeno, es aquel que se produce consecutivamente a un desgarro o rotura de la retina. Una contusión ocular puede ocasiona un movimiento brusco del vítreo que traccione de la retina en una zona de fuerte adherencia vítreoretiniana ocasionando un desgarro de la retina. El desgarro, si no se detecta a tiempo puede evolucionar a un desprendimiento de retina regmatógeno. El 10% de los DR son de etiología postraumática.

El pronóstico del desprendimiento va estar en función de dos factores: el tiempo de evolución y la afectación macular. Se considera que cuando el tiempo de evolución del DR es mayor de 15 días, el caso va a tener peor pronóstico, pero no está demostrado que retrasos inferiores a estos días supongan un agravamiento del curso evolutivo. El segundo factor, es la afectación macular. La mácula como sabemos es la región central de la retina, responsable de la visión central, es decir, la zona que fijamos, por ejemplo, al mirar un letrero. La mácula si está desprendida varios días, se lesiona de forma irreversible, al ser la retina tejido nervioso. En estos casos, aunque el tratamiento quirúrgico consiga un buen resultado anatómico (reposición de la retina a su posición original) quedarán secuelas funcionales importantes (reducción de la agudeza visual irreversibles).

Cuando un oftalmólogo diagnostica un desprendimiento de retina suele preguntar al paciente si últimamente ha sufrido algún golpe en la cabeza. Entonces éste recuerda el accidente de tráfico “in itinere”, el golpe que sufrió mientras estaba trabajando o incluso la agresión que tuvo por un compañero unos meses antes, estableciendo una eventual relación de causalidad sobre la que deberá pronunciarse el forense.

A la hora de establecer la causalidad deberemos valorar varios factores:

- Intensidad, localización y tipo de traumatismo craneal.
- Estado del ojo contralateral: si tiene degeneraciones periféricas retinianas predisponentes al DR, nos indica un estado anterior. Siempre que ambos ojos tengan el mismo grado de miopía.
- Los factores generales predisponentes, especialmente la licuefacción vítrea senil o miópica.
- El aspecto del desprendimiento: hay desprendimientos típicamente postraumáticos como son las diálisis retinianas junto a la base del vítreo, que suelen ocurrir en jóvenes, siendo asintomático y con buen pronóstico. Los DR inferior producen escotomas en el hemisferio superior que pueden pasar inadvertidos un tiempo.

- La existencia de síntomas puente: miodesópsias, foscenos, escotomas, desde el accidente de tráfico o la agresión.
- La existencia de lesiones traumáticas asociadas (roturas coroideas, hemorragias retinianas, hemovítreo), nos indican la intensidad considerable del golpe.

En los traumatismos penetrantes es muy fácil establecer la relación de causalidad, porque se produce alteración inflamatoria del vítreo en la zona de la penetración, que ocasiona fibrosis que al retraerse traccionan de la retina desprendiéndola. Es más complicado en las contusiones anteroposteriores y en el latigazo cervical. Debemos establecer esta relación valorando los factores anteriormente expuestos, dentro del grado de certeza que nos permitan los datos que tenemos en nuestro lesionado en concreto.

El DR postraumático siempre va a requerir tratamiento quirúrgico, a veces solo preventivo pero necesario (fotocoagulación mediante Láser Argón), pero la mayoría de las veces curativo (colocación de explantes esclerales, cerclajes, vitrectomía, gases expansivos,...). Frecuentemente el paciente debe ser reintervenido y suelen quedar secuelas.

Contusiones del polo posterior (edema de Berlin, maculopatía postraumática)

1. **Hemorragias y conmoción retiniana (edema de Berlin):** el efecto contusivo de un traumatismo sobre el polo posterior del ojo pueden traducirse en hemorragias y/o zonas de edema retiniano. Las hemorragias pueden localizarse a diferentes profundidades (retrohialoideas, preretinianas, subretinianas, etc.) y en cualquier zona del parénquima retiniano, pero tienen una especial trascendencia si afectan al área macular, porque van a condicionar una reducción de la agudeza visual. En los casos de evolución favorable se reabsorben, pero pueden dejar secuelas, generalmente disminución irreversible de la agudeza visual de origen postraumático, y por lo tanto valorable como secuela del traumatismo.

Se denomina **conmoción retiniana** al edema retiniano consecutivo al traumatismo y se aprecia con el oftalmoscopio como una zona confluyente de blanqueamiento retiniano, en un paciente que refiere antecedente de contusión ocular. Se debe revisar al lesionado a los 15 días para comprobar su reabsorción y descartar desgarros retinianos que pudieran haber pasado desapercibidos en la primera asistencia y avisarle de los síntomas premonitorios del desprendimiento de retina (foscenos, aumento de las miodesopsias o pérdidas sectoriales de cam-

po visual). Como hemos visto, este edema puede reducir la agudeza visual si se localiza en el área macular, y entonces se denomina **Edema de Berlin**. Es un edema postraumático de localización subretiniana, muy frecuente y que suele reabsorberse recuperándose la visión, pero puede ocasionar secuelas, como la maculopatía postraumática.

2. **La maculopatía postraumática:** Es la lesión de la mácula consecutivamente al traumatismo. Como sabemos, la mácula es la zona de la retina más rica en conos, especialmente sensible, y responsable de la visión central. Se aprecia oftalmoscópicamente dispersión y acúmulo de pigmento a nivel de la mácula, con desestructuración de ésta, pérdida del reflejo macular normal. En ocasiones existe una auténtica atrofia de esta zona, como consecuencia del traumatismo y se denomina **agujero macular**.

El agujero macular deja como secuela una reducción o incluso una pérdida completa de la visión de ese ojo, y/o metamorfopsias, que pueden evidenciarse con facilidad en la consulta forense mediante el **test de Amsler**, que tiene el inconveniente, a efectos periciales, de que es una prueba exploratoria de tipo subjetivo. Lo ideal en estos casos es poder constatar la afectación macular con una prueba de tipo objetivo, como es la OCT (= tomografía de coherencia óptica). Las metamorfopsias las valoramos como secuela independientemente de la disminución de AV. No están en el baremo de la Ley 34/2003, por lo que asignamos una puntuación por analogía.

3. **Cuerpos extraños intraoculares (CEIO):** a diferencia de los cuerpos extraños corneales, estos se encuentran alojados en el interior del globo ocular (generalmente en el vítreo). Con frecuencia los origina un accidente laboral. Refieren antecedente de actividad de riesgo (golpear con un objeto metálico o sobre piedra, soldadura, etc...) sin gafas de protección ocular. Tienen muy mal pronóstico, ya que suelen estar contaminados y pueden evolucionar a una endoftamitis que puede dejar como secuela una pérdida funcional o incluso anatómica del ojo. Es obligado realizar una Rx de órbita o un TAC (no RMN), cuando el lesionado refiere en la primera asistencia haber realizado una actividad de riesgo de CE metálico. Si se sospecha una naturaleza no metálica (plástico, madera, vidrio,...) puede ser mejor una ecografía en modo B. Si no se diagnostican en urgencias, suelen dejar graves secuelas y plantear problemas de mala praxis. Los cuerpos extraños intraoculares no detectados en la primera asistencia son una de las causas más frecuentes de denuncias por malaprxaxis en oftalmología².

² Menéndez JA, Zato MA. La responsabilidad profesional del oftalmólogo. Madrid: Mac Line SL; 2006: 67-106.

El tratamiento siempre es quirúrgico: resección mediante esclerotomía cuando es accesible, electroimán o vitrectomía, que es lo más habitual.

4. **Roturas o perforaciones oculares:** Un traumatismo penetrante o una contusión ocular importante puede ocasionar una solución de continuidad en el globo ocular. Es diagnóstica la prueba de **Seidel**, que consiste en instilar una gota de fluoresceína y observar cómo se produce el lavado de ésta por el humor acuoso que sale por la herida. El Seidel puede ser espontáneo o con ligera presión.

Una perforación ocular posterga toda exploración hasta realizar la sutura quirúrgica, ante el riesgo de hernia de iris o incluso salida del contenido ocular por la herida. Suele asociarse a otras lesiones traumáticas: iridociclodíalisis, hipotensión ocular, Hiposfagma, hemovítreo, luxación cristalíniana, conmoción retiniana, hemovítreo, neuropatías postraumáticas, etc. Si hay graves lesiones que van a obligar a enuclear el ojo, es mejor hacerlo antes de los 14 días para prevenir la oftalmía simpática.

5. **Fracturas orbitarias:** Son frecuentes en contusiones anteroposteriores (puñetazos, patadas, pelotazos,...) aumenta las presión en la órbita expandiéndose la fuerza de modo centrífugo, cediendo en los puntos más débiles que son la pared medial y el suelo.

La clínica es característica: dolor que aumenta con los movimientos oculares, exoftalmos en la fase aguda por el edema retroorbitario contusivo y posterior enoftalmos en función del hundimiento de la fractura y de la cantidad de grasa periorbitaria herniada a través de la fractura. Puede haber diplopia vertical en las fracturas de suelo con posible hipoestesia del territorio del infraorbitario (párpado inferior, ala de la nariz, hemilabio superior e incisivos superiores) y diplopia horizontal con posible enfisema subcutáneo por comunicación con los senos etmoidales en las de pared medial.

El tratamiento, en principio es conservador hasta que regrese la inflamación postraumática, pero estará indicado el tratamiento quirúrgico si a los 7 o 14 días:

- Persiste diplopia con importante repercusión funcional: en posición primaria de la mirada (ppm) o en infraversión (posición de lectura).
- Enoftalmos estéticamente inaceptable.
- Fracturas amplias o que forman parte de fracturas complejas que afectan al arco cigomático con desplazamiento.

Suelen dejar secuelas funcionales (diplopia) y estéticas (enoftalmos), que deberemos recoger en el informe de sanidad.

6. **Neuropatías oculares postraumáticas:** Pueden producirse en traumatismos craneales o en contusiones oculares, localizándose la lesión a nivel central o periférico y presentándose de forma aislada o asociada. Pueden afectarse los pares craneales II, III, IV y VI:

A. **Neuropatía óptica postraumática (II par):** Una contusión ocular puede ocasionar una hemorragia retroorbitaria, un edema perineural o una laceración del nervio óptico por una esquirla ósea o un cuerpo extraño intraorbitario. Se produce en el lado del traumatismo, una disminución de agudeza visual, con defecto pupilar aferente (=DPA), palidez papilar varias semanas después del accidente (si se refleja en el informe de primera asistencia es un estado anterior), discromatopsia y defectos campimétricos unilaterales.

B. **Parálisis postraumática del III par:** El motor ocular común inerva al elevador del párpado superior, al recto superior, inferior y medio, al oblicuo inferior y lleva fibras vegetativas. Luego su lesión ocasionará oftalmoplejia con desviación en abducción por la hiperfunción del recto lateral no está lesionado. Habrá midriasis si es central y ptosis que evita la diplopia.

C. **Parálisis postraumática del IV par:** El patético o troclear inerva únicamente al oblicuo superior que realiza inciclotorsión, depresión y aducción. Su parálisis impide mirar hacia abajo y hacia nasal. Clínicamente aparece una diplopia vertical con hipertropia (desplazamiento del ojo afecto hacia arriba) que aumenta al inclinar lateralmente la cabeza hacia el hombro del lado de la lesión (maniobra de Bilchowski +).

El tratamiento puede ser conservador, empleando prismas ópticos, que corrigen parcialmente la diplopia, pero ocasionan un incremento de la fatiga visual que deberemos considerar secuela del accidente. Cuando persiste al mes del traumatismo puede estar indicado el tratamiento quirúrgico temporal, mediante inyección de toxina botulínica en el músculo antagonista (oblicuo inferior) o definitivo actuando sobre la musculatura ocular extrínseca.

D. **Parálisis postraumática del VI par:** El motor ocular externo inerva exclusivamente al músculo recto externo, por lo que su lesión impide realizar la abducción de ese ojo. Clínicamente aparece una diplopia horizontal, con desviación de ese ojo hacia nasal, por la hiperfunción del antagonista (recto interno), sin alteración de la prueba de ducción forzada (no es una lesión restrictiva). Esta diplopia horizontal puede evolucionar favorablemente, o precisar corrección prismática o quirúrgica.

INTERPRETACIÓN DE INFORMES OFTALMOLÓGICOS

En la periciales laborales con relativa frecuencia tenemos que valorar lesiones oculares que constituyen parte o toda la patología que presenta el trabajador que ha sufrido un accidente o que demanda una incapacidad permanente o una invalidez. Esto no debe suponer mayor problema, siempre que conozcamos las claves que nos permitan interpretar los informes oftalmológicos que nos aporta habitualmente el paciente y seamos capaces de realizar una sencilla y básica exploración oftalmológica, para tener un conocimiento directo de su estado.

No es necesario realizar complejas exploraciones oftalmológicas que requieren costosos aparatos ni manejar técnicas exploratorias que exigen un entrenamiento y práctica habitual (oftalmoscopia indirecta, gonioscopia, tonometría,...). Consideramos que estas actividades claramente exceden la competencia del médico forense, pero lo que no excede su competencia es manejar técnicas exploratorias sencillas como son la determinación de la agudeza visual, la exploración de la motilidad ocular extrínseca o intrínseca o realizar una campimetría por confrontación. Estas exploraciones son muy sencillas de realizar, precisan un mínimo material, y dan una valiosa información que nos va a permitir resolver el 90% de los problemas oculares que nos presente nuestro lesionado.

PARTES DEL INFORME OFTALMOLÓGICO

Habitualmente, el informe oftalmológico constará de una anamnesis dónde se recogerán los antecedentes, la sintomatología y todas las circunstancias que puedan tener trascendencia. Posteriormente figurará el resultado de una exploración oftalmológica básica (determinación de agudeza visual, motilidad ocular intrínseca y extrínseca, biomicroscopía o examen del polo anterior mediante la lámpara de hendidura, tonometría y oftalmometría). Finalmente en los casos en los que haya sido preciso realizar algún tipo de prueba complementaria se reflejará el resultado de dichas pruebas.

Es muy frecuente emplear abreviaturas de uso habitual en los informes, por lo que las hemos incluido deliberadamente para que su conocimiento nos permita interpretar adecuadamente los informes asistenciales.

A. Anamnesis: La exploración oftalmológica debe estar precedida por una correcta anamnesis en la que se haga referencia a:

1. **Enfermedades sistémicas** (diabetes, hipertensión arterial, hipertiroidismo) u oculares (glaucoma, retinitis pigmentaria, miopía magna,...) que tengan un componente hereditario.
2. **Enfermedades oculares previas** del lesionado (ametropías, hipertensión ocular, traumatismos oculares,...).
3. **Profesión habitual** del paciente, especificando aquellas circunstancias que tengan repercusión sobre la visión.
4. **Edad** (presbicia, glaucoma, cataratas, degeneraciones retinianas,...).
5. **Exposición a agentes físicos** (radiaciones ionizantes, gases o vapores irritantes) o químicos (Hg, Mn, P, óxido de carbono, sulfuro de carbono,...), así como tratamientos seguidos corticoides, cloroquina, antidepresivos, etc.

B. Exploración oftalmológica básica: va a constar de los siguientes apartados:

1. **Inspección ocular:** describiendo cualquier alteración morfológica o funcional apreciable a simple vista (malformaciones, alteraciones palpebrales o de vías lagrimales) o mediante la exploración de la musculatura extrínseca (estrabismos, forias,...) o intrínseca (alteración del reflejo fotomotor).
2. **Determinación de la agudeza visual (AV):** en cada ojo por separado, para cerca y lejos y generalmente con su corrección (ya sea en gafa o lentilla). El Consejo Internacional de Optotipos (Fig. 31) recomienda su expresión en forma decimal (ejemplo AV = 0,3). Se suele indicar si mejora o no con el agujero estenopeico.
3. **Examen biomicroscópico (BMC):** consiste en el examen de las estructuras del polo anterior (córnea, cámara anterior, iris, cristalino,...) mediante la lámpara de hendidura (figura 7). Es la exploración esencial en oftalmología, ya que nos permite examinar estas estructuras magnificadas y determinando la profundidad de las lesiones que asientan en estructuras transparentes como la córnea o el cristalino. (Figura 8).
4. **Tonometría (PIO):** consiste en la medición de la presión del humor acuoso mediante un tonómetro de aplanación, previa instilación de una gota de colirio anestésico. En condiciones normales está entre 12 y 21 mmHg.
5. **Oftalmoscopia (FO):** consiste en el examen de las estructuras del fondo de ojo (retina, vasos, papila,...) mediante el oftalmoscopio monocular que proporciona una imagen, pero solo permite explo-



Figura 7.- La Biomicroscopía o exploración mediante la lámpara de hendidura.

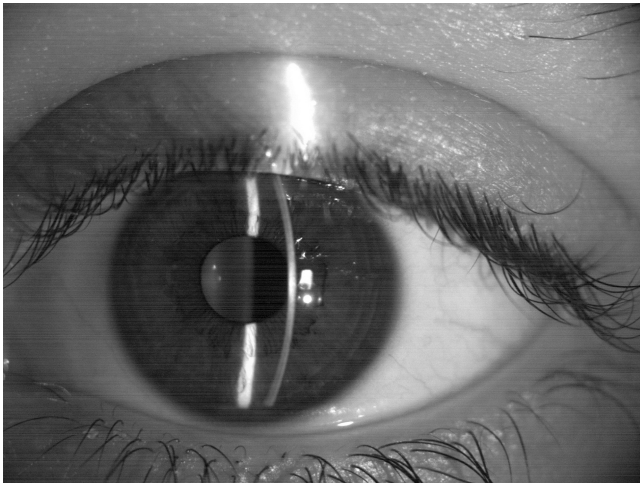


Figura 8.- Polo anterior normal del OI. El haz de luz atraviesa la córnea y el cristalino.

rar los 30° centrales o el oftalmoscopia binocular que nos proporciona una imagen invertida y precisa de la previa instilación de un colirio midriático (= dilatador pupilar), pero nos permite explorar la periferia (Figura 9).

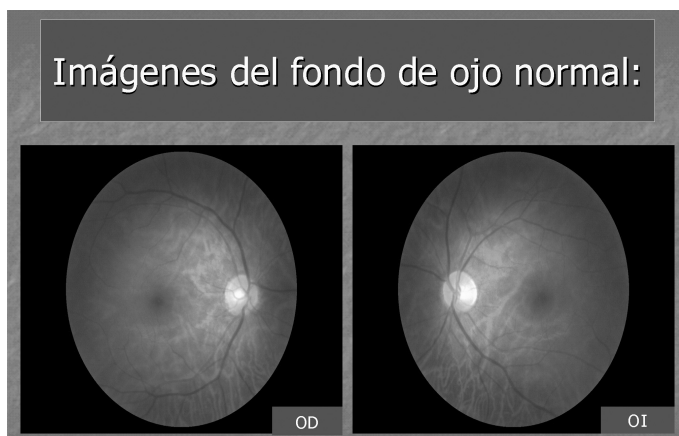


Figura 9.- Fondo de ojo normal.

C. Exploraciones complementarias en oftalmología:

El lesionado, frecuentemente nos aporta las pruebas complementarias que le ha mandado su oftalmólogo, para tratar de evidenciar determinadas patologías que requieren de técnicas exploratorias especiales y a veces de compleja interpretación. Debemos conocer sus indicaciones y la información que podemos esperar de ellas. Muchas veces no están informadas por médico que las ha realizado, por lo que es conveniente saber sus indicaciones, y la información que nos pueden aportar a efectos periciales. *Muchas de estas pruebas tienen una tremenda trascendencia a la hora de tener una constancia documental objetiva que justifique las molestias subjetivas que nos refiere el lesionado.* Entre las pruebas complementarias más solicitadas en oftalmología destacamos:

1. **La Campimetría:** o perimetría, actualmente son siempre computarizadas, ya que actualmente no se emplea en clínica la campimetría clásica de Goldmann. La exploración del campo visual (=CV), no solo tiene interés en relación con el glaucoma, también es muy útil para detectar alteraciones campimétricas secundarias a patología neurooftalmológica postraumática. Para explorar el campo visual periférico, de una forma grosera ya hemos visto que podemos realizar una Campimetría por confrontación, pero además podremos explorar el campo visual central (que se afecta en las maculopatía, algunas postraumáticas) mediante la **rejilla de Amsler**, como hemos visto. Es una prueba que está al alcance del médico forense y nos puede proporcionar una valiosa información.

2. **La gonioscopia:** Consiste en visualizar el ángulo de la cámara anterior mediante una lente especial (lente de Goldmann de 3 espejos), que se coloca en contacto con la córnea aplicando un gel viscoelástico, y nos permite ver las estructuras de esta zona, detectar una posible recesión angular, así como valorar su amplitud. Se cuantifica en cuatro grados, en función de las estructuras que podamos visualizar. El grado IV sería el ángulo más abierto o amplio y el grado I ó 0 el más estrecho o incluso cerrado. Es la clasificación de Shaffer.
3. **Técnicas exploratorias corneales:** Existen técnicas exploratorias para una valoración especializada de la córnea. La **queratometría** que consiste en medir mediante un aparato calibrado el radio de curvatura de la córnea en dos meridianos, que se diferencian en 90°. Si la córnea no es perfectamente esférica, estos radios serán diferentes y es lo que se denomina astigmatismo. La **queratoscopia** se emplea para valorar la uniformidad de la córnea, permitiendo detectar deformidades corneales como el queratocono. La **topografía corneal** nos proporciona un mapa de alturas corneales, a diferentes colores, que tiene una gran utilidad actualmente en relación con la cirugía refractiva en particular la realizada mediante LASIK. La **Paquimetría**, consiste en medir el espesor corneal, también muy empleada en relación con el LASIK. La **biomicroscopía endotelial**, nos permite fotografiar y realizar un recuento de esta capa de la córnea con vistas a indicar o no intervenciones de cirugía intraocular.
4. **La retinografía:** Consiste en fotografiar mediante cámaras especiales la retina, para registrar los detalles del fondo de ojo para su estudio y comparaciones futuras. Son imágenes en color y de gran calidad, que se pueden almacenar, ya que actualmente se emplean imágenes digitalizadas. Tiene un especial interés a efectos periciales, como hemos visto, la **tomografía de coherencia óptica** (= OCT), para poder tener una constancia documental de las maculopatías postraumáticas.
5. **La angiografía con fluoresceína** (= AFG): Se realizan fotografías del fondo de ojo en blanco y negro para ver como circula la fluoresceína que hemos inyectado en la vena cubital y llega al ojo a través de la arteria central de la retina (tiempo arterial) difunde a los capilares y sale del ojo por las venas retinianas. Esta prueba se ha vuelto actualmente insustituible para evidenciar alteraciones circulatorias retinianas, afecciones maculares y para valor la aplicación de tratamientos mediante fotocoagulación con láser argón.
6. **Pruebas electrofisiológicas:** Como el **electrorretinograma** (ERG) que mide el potencial eléctrico del ojo causado por un rayo de luz que incide sobre la retina. Se coloca un electrodo de registro

sobre la córnea mediante una lente de contacto especial; después de un estímulo luminoso, se detecta el cambio en el potencial eléctrico, registrándolo como una onda osciloscópica única formada por varios componentes. Un registro normal del ERG indica integridad funcional de la retina, hasta la capa de células ganglionares. Se altera en disfunciones generalizadas de la retina (retinitis pigmentaria, isquemia masiva, retinopatías tóxicas,...). No se altera en enfermedad focal de la mácula. Tiene especial interés médico legal, en relación con la simulación los **potenciales visuales evocados (PVE)**, consiste en recoger la respuesta eléctrica a nivel de la corteza visual (ponemos los electrodos en el cuero cabelludo de la región occipital), cuando hemos sometido al sujeto a un estímulo visual estandarizado. Toda la vía óptica, desde la retina hasta la corteza occipital debe estar intacta para obtener un trazado eléctrico normal. El trazado de los PVE puede alterarse incrementando la latencia o disminuyendo la amplitud de sus ondas. Detecta fundamentalmente patología del nervio óptico, vía visual y mácula (que tiene una amplia representación a nivel de la corteza visual). Una alteración de los PVE normales indica una mala agudeza visual, lo que le convierte en una prueba objetiva de la agudeza visual, muy valiosa en situaciones en las que las pruebas subjetivas no son fiables, como es el caso de los simuladores. Dudaremos, en principio de una aparente ceguera, que nos aporte unos PVE normales (no alterados) en ese ojo.

7. **Ecografía ocular y orbitaria:** la ultrasonografía está especialmente indicada, cuando existe una turbidez de medios que nos impide saber el estado de la retina o cuando sospechamos cuerpos extraños intraoculares de naturaleza no metálica. Es especialmente útil en traumatismos en los que no podemos descartar la existencia de un desprendimiento de retina por opacidades corneales, cristalinas o hemorragia vítrea. En estos casos se debe hacer una ecografía, ya sea en modo A, unidimensional o preferiblemente, por ser más demostrativa en modo B o bidimensional.
8. **Pruebas radiológicas: La radiología simple (Rx) y la tomografía computarizada (TAC)** son especialmente útiles para valorar patología ocular y orbitaria en relación con los traumatismos: fracturas craneales, orbitarias, cuerpos extraños intraoculares o infraorbitarios, cuando sospechemos su naturaleza metálica. **La resonancia magnética nuclear (RMN)** debe evitarse si sospechamos CEIO metálico o buscamos lesiones óseas, pero puede ser muy útil para valorar lesiones de partes blandas (compresiones del nervio óptico, atrapamiento de los músculos extraoculares, edemas o hemorragias postraumáticas).

E JEMPLO DE INFORME OFTALMOLÓGICO

Paciente: ALBERTO GARCÍA PÉREZ. 58 años.
AP: No DM, ni HTA. No RAM.
AV (cc): OD = 0.3 CAE 0.6 y OI = 0.9 NME
MOI = PICNR. No DPA en AO
MOE = No forias, ni estrabismos.
BMC = Córnea no tiñe, no tyndall, LIO en saco en A.O.
PIO: OD= 17 OI= 16. (mmHg).
FO: Papilas, vasos y parénquima retiniano normales en ambos ojos.
J.C. = Pseudofaquia bilateral.

Cuando un lesionado nos aporta un informe oftalmológico, no es infrecuente que tenga un aspecto similar a este, si desconocemos el significado de las abreviaturas usuales en oftalmología, seremos incapaces de descifrarlo, perdiendo una información en muchos casos esencial. En este ejemplo, simplemente se trata de un paciente que ha sido operado de cataratas en ambos ojos, implantándole sendas lentes intraoculares (LIO) de cámara posterior (situadas por detrás de iris), presentando una agudeza visual muy buena (0,9) en el ojo izquierdo y bastante peor en el ojo derecho (0,3). Probablemente la visión del ojo derecho se debe a un problema de refracción, susceptible de mejorar graduando correctamente al paciente (esto nos lo indica el hecho de que mejore la agudeza visual de 0,3 a 0,6 con el agujero estenopecico). El resto de la exploración oftalmológica es completamente normal.

BIBLIOGRAFÍA

- Kanski JJ. *Oftalmología Clínica*. 5ª ed. Madrid: Mosby/Doyma libros SA; 2.004.
- The Wills Eye Hospital. *Manual de Urgencias Oftalmológicas*. 3ª ed. Mejico: McGraw-Hill Interamericana editores; 2001.
- Zamora Pérez M. *Iniciación a la Estrabología*. ed. Merck Sharp & Done España; 1988.
- Miller Stephen JH. *Parsons' diseases of the eye*. 18ª ed. New York: Churchill Livingstone; 1990.
- Kanski JJ. *Atlas de Oftalmología*. Signos clínicos y diagnóstico diferencial. Madrid: Harcourt; 2001.
- Pita Salorio D. *Diccionario Terminológico de Oftalmología*. Madrid: I.M. & C; 1994.

- Menéndez JA, Zato MA. La responsabilidad profesional del oftalmólogo. Madrid: Mac Line SL; 2006: 67-106.
- Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación de los vehículos a motor (Ley 30/1995). Madrid: Mapfre SA; 2002; 39.
- Menéndez de Lucas JA. Crítica constructiva a las recientes modificaciones del baremo para la valoración de las secuelas de los accidentes de tráfico. *Stodium ophthalmologicum*. 2004; 1:49-51.

Exploración oftalmológica básica en la práctica pericial y forense. Valoración de las secuelas oftalmológicas en los accidentes laborales. Minusvalías de causa ocular. Criterios generales en las incapacidades permanentes de causa visual

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA BÁSICA EN LA PRÁCTICA PERICIAL Y FORENSE

Hay tres sencillas exploraciones oftalmológicas básicas, que nos van a permitir resolver el 90% de los problemas que nos puedan surgir con un lesionado que tenga alguna patología ocular. El material exploratorio está al alcance de cualquiera y debería estar presente en cualquiera despacho donde desarrolle su actividad el médico forense, a pesar de la precariedad de medios materiales en la que habitualmente desarrollamos nuestra importante función. Este material básico debe incluir lo siguiente:

1. Un **póster de optotipos**, que podremos adquirir en cualquier tienda de material médico por una módica cantidad y que colocaremos a la distancia que nos indique el fabricante (generalmente a 5 metros de donde vamos a sentar al lesionado). Como habitualmente nuestros despachos no son tan amplios, podemos colocar un espejo a 2,5 metros frente al lesionado y los optotipos junto a su cabeza, con lo cual habremos conseguido que la imagen recorra 5 metros antes de llegar a su retina. Es exactamente igual el tipo de optotipo (letras, números, anillos, la E de Snellen, dibujos,...) todos están diseñados para medir la AV, lo importante es colocarlos a la distancia adecuada. En las consultas de oftalmología se emplean proyectores que ajustan automáticamente el tamaño del test en función de la distancia a la que está la pantalla donde proyectamos.

2. Un **agujero estenopeico**, que es una pantalla con un agujero central que existe en todas las cajas de lentes de prueba, y que podemos fabricarnos sencillamente con una cartulina a la que haremos un agujero central de 1 mm de diámetro. No sale muy caro. Este maravilloso instrumento nos permite saber si la disminución de agudeza visual que presenta el paciente es debida a una ametropía (= a un defecto de refracción: miopía, hipermetropía o astigmatismo) y por lo tanto no tiene relación con el traumatismo. Ya aclaramos anteriormente que los traumatismos habitualmente no afectan a la graduación del lesionado. El principio en el que se basa el agujero estenopeico es el mismo que emplean los miopes al guiñar los ojos para ver bien de lejos; consiste en permitir que lleguen a la retina solamente los rayos centrales del frente de ondas lumínicas, que no se afectan por el sistema óptico del ojo.
3. Una **linterna pequeña** con forma de bolígrafo, que nos va a permitir explorar la motilidad ocular intrínseca y extrínseca, como luego veremos.

1. DETERMINACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL (=AV)

La determinación de la AV es la prueba más importante de la función visual y la más utilizada. Nos da una idea cuantitativa del grado de visión central que tiene el sujeto, que es la que empleamos al mirar un objeto lejano o al leer. Depende esencialmente del enfoque perfecto de la luz procedente de ese objeto sobre la mácula y su transformación en una corriente eléctrica que, a través de la vía óptica alcanzará el área visual en la corteza occipital.

Podemos determinar la agudeza visual para lejos o para cerca, y estas a su vez pueden medirse con o sin la corrección óptica. Para nosotros y a *efectos periciales la que nos interesa generalmente es la visión de lejos y con corrección*. La visión de lejos sin corrección puede tener interés en los reconocimientos de ingreso a determinadas profesiones (pilotos, militares, policía, ...) pero no a la hora de valorar las secuelas de un traumatismo. La visión de cerca corregida, suele ser equiparable al grado de visión que tenga el lesionado de lejos. Si no trae sus gafas o lentillas, o la graduación que lleva en su gafa está desfasada, esto no va a suponer ningún problema si disponemos de un agujero estenopeico, ya que este instrumento no dará la "mejor visión corregida". Es importante tener claro este concepto:

"La agudeza visual que nos interesa a efectos periciales es la visión con corrección, o lo que es lo mismo la agudeza visual con agujero estenopeico".

Evidentemente cuando el sujeto es emétrope (no tiene defecto de refracción alguno) la AV que tomaremos es la espontánea o sin corrección.

Una forma de expresar la agudeza visual (figura 10) sería mediante un quebrado en el que el numerador es la distancia a la que ve el paciente los optotipos y el denominador es la distancia a la que debería verlos si tuviera una agudeza normal o de “la unidad”. Así, por ejemplo una agudeza visual de 0,25 o lo que es lo mismo de $\frac{1}{4}$ quiere decir que el sujeto tiene que acercarse a 1 metro de distancia para ver un letrero (una matrícula de un coche p.e.) que un sujeto con visión unidad sería capaz de leer a 4 metros. O una visión de 0.10, quiere decir que el sujeto se tiene que acercar a 1 metro, para leer lo que un sujeto normal vería a 10 metros.

La expresión en forma de número quebrado está obsoleta, supone un factor de confusión y no se emplea en la práctica clínica en nuestro País, por lo que debemos expresar la AV en forma de número decimal (0.1, 0.2, 0.3, 0.4,... 0.9 y 1.0).

Como nosotros con frecuencia nos dirigimos a juristas, resulta útil a veces, expresar la agudeza visual en términos de porcentajes de lo que sería la visión central normal o de la unidad, así una visión de 0.10 sería un 10% de lo normal, una de 0,3 sería de un 30% y una de la unidad equivaldría al 100%. Siempre que expresemos la agudeza visual en porcentaje deberemos aclarar este porcentaje se refiere a la visión central, no a la funcionalidad global de ese ojo, que abarcaría otros muchos aspectos (visión periférica, discriminación de color, contraste, estereopsis, etc.).

Cuando el grado de visión es muy bajo, no se puede leer la fila más grande de los optotipos, entonces le pedimos al paciente que nos diga si es capaz de contar los dedos de la mano que nosotros extendemos poniéndolos cada vez más cerca hasta que pueda verlos. Los pondremos a 3, 2 y a 1 metro. Se expresa como “cuenta dedos a x metros”. Si no es capaz de contar dedos pasaremos a preguntar si es capaz de ver el bulto de la mano, y si no lo hace le preguntaremos si es capaz de percibir la luz de una linterna encendida y en caso de hacerlo, si puede decirnos en qué cuadrante ponemos la luz (se expresa como “percepción con/sin proyección luminosa”).

Quebrados	Decimal	Porcentaje	En USA
1/10	0.10	10	20/200
1/3	0.30	30	20/60
1/2	0.50	50	20/40
2/3	0.60	60	20/30
1/1	1.00	100	20/20

Figura 10.- Diferentes formas de expresar la AV.

Para determinar la agudeza visual, comenzaremos tapando el OI del paciente, para explorar su OD, con sus gafas puestas, en el caso de que las use. Debe estar situado a la distancia adecuada de los optotipos, generalmente a 5 metros. Anotamos la última fila que es capaz de leer correctamente con ese OD y luego sin destapar el OI, le pondremos el agujero estenopeico frente al OD para ver si mejora y es capaz de leer alguna fila más.

Si el lesionado es capaz de leer hasta la fila de 0.6 y al ponerle el estenopeico ve también la fila de 0.7 y 0.8, pero no ve la fila de 0.9, expresaremos la agudeza visual como:

$$AV OD lejos (cc) = 0.6 CAE 0.8$$

Es decir, agudeza visual corregida, de lejos en el ojo derecho es de 0.6 que con agujero estenopeico mejora a 0.8. A continuación taparemos el OD para explorar la visión del OI.

2. CAMPIMETRÍA POR CONFRONTACIÓN

Consiste en la exploración del campo visual del paciente comparándolo con el del explorador, que consideramos normal. La técnica consiste en sentarnos frente al lesionado a un metro aproximadamente de distancia. Para explorar su OD, le debemos tapar el izquierdo y pedirle que mire a nuestro OI. Vigilamos que no desvíe la mirada durante la exploración. Guiñamos nuestro OD y exploramos los cuatro cuadrantes del campo visual (superior, inferior, temporal y nasal) introduciendo un bolígrafo perpendicularmente desde la zona más periférica del cuadrante explorado y comparamos cuando empieza a verlo de “rejo” el paciente, y cuando empezamos a verlo nosotros.

El campo visual normal tiene una amplitud de unos 60° en los sectores superior y nasal, unos 70° en el sector inferior y otros 90° en el sector temporal.

Con este tipo de campimetría solamente podremos detectar escotomas absolutos groseros y no escotomas relativos como los que se producen en los estadios iniciales del glaucoma. Pero estos defectos campimétricos absolutos son los que habitualmente nos interesan en la práctica forense.

Haremos una campimetría por confrontación al lesionado para comprobar por nosotros mismos el defecto campimétrico que recogen los informes que nos aporta de su oftalmólogo: una hemianopsia homónima derecha, una cuadrantanopsia superior homónima izquierda, etc... y que podemos ver en las fotocopias de los registros de campimetría computerizada (= campos visuales) que nos aporta. En el mapa de grises

vemos claramente cómo las zonas más oscuras son los escotomas absolutos. Es relativamente frecuente que cuando el forense explora al lesionado el defecto campimétrico haya evolucionado, ya sea hacia la mejoría o hacia el agravamiento, con lo que es posible que la situación actual, no se corresponda exactamente con la reflejada en los informes.

3. EXPLORACIÓN DE LA MOTILIDAD OCULAR INTRÍNSECA Y EXTRÍNSECA

La *motilidad ocular intrínseca* es fácil de explorar empleando una pequeña linterna con forma de bolígrafo, en una habitación que esté en penumbra. Exploramos el **reflejo fotomotor** en ambos ojos: cuando iluminamos uno de los ojos se produce una contracción de la pupila (=miosis) en ese ojo, que es la respuesta directa y también se produce una contracción simultáneamente en el ojo contralateral, que es el reflejo indirecto o consensual. Tiene especial interés médico forense, detectar un **defecto pupilar aferente** (en los informes oftalmológicos se refleja con las siglas DPA), quiere decir que el ojo que lo sufre no tiene reflejo fotomotor directo, lo cual nos indica que no percibe la luz, es decir que está amaurotíco o ciego. Dudaremos, en principio, de la pérdida completa de visión que nos refiera un lesionado, si no se acompaña de un DPA, planteándonos una posible simulación.

Para explorar la *motilidad ocular extrínseca*, no sentamos frente al paciente a un metro de distancia, pero en este caso está con los dos ojos destapados (a diferencia de cuando explorábamos el campo visual) aquí nos interesa la visión binocular. Le pedimos que mire con ambos ojos a nuestro bolígrafo, aunque lo vea doble debe mantener la mirada en el bolígrafo, que vamos colocando en las seis posiciones diagnósticas de la mirada. Se denominan así, porque en cada una de ellas actúa predominantemente un músculo extraocular de un ojo y otro músculo concreto (el que se denomina músculo yunta de ojo contralateral). Una restricción de la movilidad en cada una de las posiciones diagnósticas se corresponderá con una parálisis de un determinado músculo, en función del lado que esté afectado. Se llaman versiones al movimiento de ambos ojos de forma sincrónica y simétrica en la misma dirección.

Las seis posiciones diagnósticas de la mirada son:

1. En **dextroelevación** (=mirando hacia arriba y hacia la derecha) están actuando fundamentalmente el recto superior del OD y el oblicuo inferior del OI.
2. En **dextroversión** (mirada hacia la derecha) intervienen el recto lateral del OD y el medial del OI.

DEXTROELEVACIÓN		LEVOELEVACIÓN
DEXTROVERSIÓN	POSICIÓN PRIMARIA DE LA MIRADA. (= PPM)	LEVOVERSIÓN
DESTRODEPRESIÓN		LEVODEPRESIÓN

Figura 11.- Las 6 posiciones diagnósticas de la mirada.

3. En **dextrodepresión** (mirada hacia abajo y hacia la derecha) actúan el recto inferior derecho y el oblicuo superior izquierdo.
4. En **levoelevación** (los ojos miran hacia arriba y a la izquierda) están contrayéndose fundamentalmente el oblicuo inferior derecho y el recto superior del lado izquierdo.
5. En **levoversión** (miramos hacia la izquierda con ambos ojos) actúan el recto medial del OD y el recto lateral del OI.
6. En **levodepresión** (mirando hacia abajo y a la izquierda) intervienen fundamentalmente el oblicuo superior derecho y el recto inferior izquierdo.

Llamamos **posición primaria de la mirada** (=ppm) a aquella en la que ambos ojos miran al frente. Es la posición más funcional, cuando la diplopias (=visión doble) afecta a esta posición (ppm) o a las infraversiones que son esenciales para la lectura, debemos considerarlo como una seuela muy incapacitante y valorarlo en consecuencia.

Cuando exploramos la motilidad ocular extrínseca, de un lesionado que ha sufrido una parálisis postraumática (estrabismo paralítico o no concomitante) debe corresponderse el síntoma que refiere el lesionado (la **diplopias binocular** = visión doble al mirar simultáneamente con ambos ojos) con el signo exploratorio (el **estrabismo** = pérdida del paralelismo de la mirada). Así, por ejemplo, en una parálisis postraumática del VI par derecho, el motor ocular externo, cuando colocamos el bolígrafo en dextroversión, el movimiento del OI será normal, pero el OD no se moverá de ppm (seguirá mirando hacia el frente), ya que está limitada la abducción (= separación o desviación hacia el lado temporal) de ese OD al estar paralizado el recto lateral derecho. Cuanto más hacia la derecha del paciente (izquierda nuestra) desplazamos el bolígrafo más doble lo verá el paciente y más evidente será el estrabismo que nosotros vemos.

Una parálisis del IV par, el patético o troclear, afectará la acción del oblicuo superior, que actúa en la mirada hacia abajo y hacia nasal. La evidenciaremos en levodepresión si se trata del OD o en dextrodepresión si ocurre en el OI. La parálisis completa del III par, el motor ocular co-

mún, es fácil de diagnosticar ya que produce ptosis (= caída del párpado superior) por afectación del elevador del párpado superior, midriasis (= dilatación de la pupila) y parálisis de la acomodación, por la afectación de las fibras parasimpáticos), y oftalmoplejia (por afectación de los rectos superior, inferior y medial, así como el oblicuo inferior). El ojo afectado por la parálisis del III par está desplazado hacia temporal por el recto externo y algo hacia arriba por el oblicuo inferior, que siguen funcionando, pero no suele haber diplopia binocular porque la impide la ptosis.

VALORACIÓN DE LAS SECUELAS OFTALMOLÓGICAS EN LOS ACCIDENTES LABORALES

La valoración pericial de este tipo de lesiones producidas en un accidente laboral habitualmente se realiza por analogía a las lesiones producidas por accidentes de tráfico ajustándose al baremo contenido en el anexo de la Ley 34/2.003, que como sabemos tiene carácter vinculante al realizar la valoración de las secuelas producidas como consecuencia de accidentes de tráfico. Hace unos años publicamos una crítica constructiva a este baremo ³, que introduce elementos en la valoración de las secuelas oculares que carecen de fundamento científico como pretender valorar un leucoma por el déficit campimétrico que ocasione, en lugar de hacerlo por el déficit de agudeza visual, o proponer añadir una serie de puntos adicionales a las lesiones postraumáticas del iris, “*en caso de trastorno de la acomodación*” cuando como es sabido, la acomodación se realiza mediante el músculo ciliar y no mediante el iris. Tampoco aclara definitivamente que la exploración de la agudeza visual que tiene trascendencia a la hora de valorar las secuelas de un traumatismo es para **visión de lejos y con corrección**. Este es un punto que plantea frecuentes dificultades prácticas que serían perfectamente evitables aclarándolo. Algo parecido ocurre con la forma de expresar la agudeza visual del lesionado; que debería ser en forma decimal, ya que es la que se emplea en la práctica clínica y por lo tanto la que figurará en los informes que aporta el lesionado, en lugar de hacerlo en forma de quebrado que actualmente resulta obsoleta. En este baremo no se recogen secuelas típicamente postraumáticas, como son una recesión angular que puede dar lugar a un glaucoma postraumático, o el desprendimiento del vítreo

³ Menéndez JA. Crítica constructiva a las recientes modificaciones del baremo para la valoración de las secuelas de los accidentes de tráfico. *Stodium Ophthalmologicum*. 2004; 1: 49-51. www.oftalmo.com/stodium.

posterior, que es una de las secuelas oculares postraumáticas más frecuentes. Tampoco figura la erosión corneal recidivante o el menoscabo sufrido en un ojo que ha sido vitrectomizado o fotocoagulado como consecuencia de un desgarro o desprendimiento de retina postraumático y que puede no haber reducido su agudeza visual. Evidentemente, un baremo no puede recoger todas las lesiones posibles, pero sí debería hacerlo con las típicamente postraumáticas para evitar polémicas innecesarias. Recientemente UNESPA ha solicitado la opinión de los médicos forenses para futuras modificaciones del baremo y le hemos hecho llegar estas discrepancias, por lo que confiamos que serán tenidas en cuenta en las próximas actualizaciones.

MINUSVALÍAS DE CAUSA OCULAR

Puede tener interés, desde el punto de vista pericial, comentar el baremo contenido en la **Orden Ministerial (de Trabajo y Asuntos Sociales) 1.971/99 de 23 de diciembre, para determinación del grado de minusvalía**, en lo referente a la visión, ya que como vimos en los capítulos primero, uno de los motivos por los que es requerido el médico forense por los Juzgados de Lo Social puede ser las demandas por disconformidad sobre el grado de minusvalía que ha considerado el Organismo Competente de la Administración, en nuestro caso la Comunidad de Madrid.

En el capítulo 12 del baremo contenido en esta OM 1971/99, que es una adaptación de las tablas de la AMA (= Asociación Médica Americana) se valoran las discapacidades originadas por las deficiencias visuales. Primero se exponen unas normas generales y posteriormente se dan los criterios para el diagnóstico, valoración y cuantificación de las deficiencias de la visión y finalmente hay una tabla de conversión de la deficiencia visual en porcentaje de discapacidad global de la persona.

NORMAS GENERALES

Solo se valorarán las deficiencias visuales definitivas.

La función visual se considera determinada por la agudeza visual, el campo visual, la motilidad ocular, la visión de colores y la visión nocturna.

1. *La agudeza visual*: entendida como el máximo poder visual del ojo, se considera espontáneamente o con su corrección (en gafa o lente de contacto). Deriva de la función macular y se considera que la

visión de cerca siempre es buena si existe una buena agudeza visual de lejos (salvo en la presbicia, pero estamos hablando de AV con corrección).

2. *El campo visual*: es el espacio en el que pueden ser percibidos los objetos por el ojo, cuando mira a un punto fijo situado delante de él (en posición primaria de la mirada). Sus límites máximos se consideran:

- 60° en el sector nasal y superior.
- 70° en el sector inferior.
- 90° en el sector temporal.

El área del campo visual situada por dentro de la isóptera de 30° se llama *campo visual central* y corresponde a la mácula. Por fuera de esta isóptera se denomina *campo visual periférico*.

Los defectos de campo visual pueden ser por:

- *Disminución de la isóptera periférica*: o disminución concéntrica del c.v. Es frecuente que se produzca con la edad, por lo que para ser valorada debe responder a alguna causa neurooftalmológica y tener una cierta magnitud (<40° en los sectores nasal y sup., <50° en el inf. Y <70° en el temporal).
- *Disminuciones sectoriales*: siempre son patológicas.
- *Existencia de escotomas*: es un área absoluta o relativa de pérdida de visión, rodeada por visión normal. Cuando son centrales, pueden determinar un gran déficit de AV.

La AV y el CV, pueden referirse a un solo ojo (monocular) o a los dos (binocular). La visión normal es la binocular, aunque la visión monocular se considera compatible con las actividades cotidianas comunes.

3. *La motilidad ocular*: para que la función ocular sea correcta los ojos deben conservar el paralelismo de sus ejes. Si se altera este paralelismo se produce un estrabismo, que puede ocasionar una diplopia (visión doble) que dificulte las actividades habituales. Si uno de los ojos no ve o tiene una visión muy inferior a la de su congénere, no se produce diplopia.

Cuando la diplopia aparece solo en algunas posiciones de la mirada se ponen en marcha mecanismos compensadores (giros o inclinaciones de la cabeza) con lo que permiten mantener la actividad normal.

4. *La visión de los colores*: su alteración se denomina “discromatopsia” y puede ser congénita o adquirida. Las adquiridas evolucionan siempre con la enfermedad ocular que las origina.
5. *La alteración de la visión nocturna*: Se llama “hemeralopia” y suele ser esencial, aunque también puede ser un síntoma de degeneraciones retinianas o avitaminosis A.

Criterios para el diagnóstico, valoración y cuantificación

1. *Agudeza visual*: Se toma la AV con corrección. Se transformará la AV en % de *deficiencia visual monocular* usando el cuadro 1.

Para hallar *deficiencia visual binocular por déficit de AV* usamos la tabla 1. (en la que se combinan los porcentajes de deficiencia visual monocular de ambos ojos).

Ejemplo: Determinar la deficiencia visual binocular por déficit de AV, que tendrá un paciente con una AV (con su corrección) de OD= 0,2 y OI= 0,6.

En el cuadro 1, vemos que el porcentaje de deficiencia visual monocular del OD es del 75% y el del OI es del 16%.

Usamos la tabla 1 para determinar la deficiencia visual binocular por déficit de AV, correspondiente a un 75% en el ojo peor y a un 16% en el mejor, (en la fila de 75, el 2º número de la 4ª columna). *Vemos que es un 31%.*

2. *Campo visual*: las deficiencias de campo visual pueden ocurrir aisladamente o asociadas a deficiencias de AV.

Los *defectos de CV binocular* (hemianopsias, cuadrantanopsias), con AV, se recogen en el cuadro 2.

Si se asocia a disminución de AV, el porcentaje de deficiencia de la visión se halla combinando el porcentaje de deficiencia por disminución de AV binocular con el de disminución de CV binocular, mediante la tabla de valores combinados que está al final del anexo Ia del baremo.

Ejemplo: *¿Cuál sería el porcentaje de deficiencia de CV bilateral en el caso de una hemianopsia homónima?*

Vemos en el cuadro 2, que un 45%.

¿Cuál sería el porcentaje de deficiencia de la visión, de este paciente si además tuviera el porcentaje de deficiencia visual por déficit de AV del ejemplo anterior?

Aplicando la tabla de valores combinados, que está al final del baremo, vemos que combinando un 45% (de déficit de CV) con un 31% (de déficit de AV), nos da *un 62%* (en la fila de 45, el primer número de la 7ª columna).

Las *deficiencias concéntricas del CV* monocular con AV normal, están en el cuadro 2.1.

Si el ojo contralateral también tiene un defecto concéntrico del CV, debemos calcular el porcentaje de déficit de CV binocular aplicando la tabla 1 (como hacíamos en la AV binocular).

Si el déficit concéntrico de CV se asocia a una disminución de AV bilateral, calcularemos el porcentaje de deficiencia visual, mediante la tabla de valores combinados que está al final de baremo.

Ejemplo: *¿Qué porcentaje de deficiencia del CV binocular tendrá un paciente con una reducción concéntrica de 25° en el OD y de 35° en el OI?*

En el cuadro 2.1 vemos que al OD le corresponde un % de deficiencia del 30% y al OI del 16%. Usando la tabla 1, hallamos el porcentaje de deficiencia del CV binocular: 20 % (en la fila de 30, el 2° número de la 4ª columna).

¿Qué porcentaje de deficiencia visual tendría este paciente si el defecto de CV se asociara al defecto de AV del ejemplo anterior?

El porcentaje de deficiencia de AV binocular del ejemplo anterior era un 31%. Combinamos este valor con el 20 % de defecto de CV, mediante las tablas de valores combinados que están al final del baremo y nos da un 45% de deficiencia visual (fila de 31, último número de la cuarta columna).

Excepcionalmente, podría asociarse un déficit concéntrico del campo visual con una hemianopsia o cuadrantanopsia, en cuyo caso hallaríamos el déficit de CV combinado ambos porcentajes mediante la tabla que está al final de anexo Ia.

Puede haber *déficit sectoriales del CV*, que se recogen en el cuadro 2.2 (son monoculares). Si coexisten en ambos ojos, aplicamos la tabla 1, para hallar el porcentaje de déficit de CV binocular por defectos sectoriales. Si se asociara a déficit de AV, utilizaríamos (como en los casos anteriores) la tabla de valores combinados que está al final del baremo).

Finalmente, puede ocurrir un *escotoma central bilateral*, que se valorará por la disminución de AV que ocasiona.

3. *La motilidad ocular:* solo se tendrá en cuenta la diplopia cuando los dos ojos tengan una buena AV (o no exista una diferencia de AV superior a 0,3). Esta diplopia genera una deficiencia visual del 40%.
4. *La visión de los colores:* Cuando se altera ocasiona discromatopsias. Las congénitas son siempre bilaterales, y ocasionan una deficiencia visual del 25%. Las adquiridas pueden ser monoculares pueden ser adquiridas y se valoran en un 15%. Estos valores pueden combinarse con déficit de AV o de CV.
5. *La alteración de la visión nocturna:* se denomina hemeralopia y ocasiona una deficiencia visual del 30%, que se combina con déficit de AV o CV.

El porcentaje de discapacidad global por deficiencia visual:

Se calcula mediante la tabla 2 del baremo.

CRITERIOS GENERALES EN LAS INCAPACIDADES LABORALES PERMANENTES POR CAUSA VISUAL

Los criterios habitualmente seguidos sobre la patología ocular en relación a las incapacidades laborales son:

- La pérdida de visión completa de un ojo, con buena visión del otro constituirá una incapacidad permanente **parcial**.
- La pérdida de visión completa de un ojo, cuando la del otro sea inferior a 0,5 constituirá generalmente una incapacidad permanente **total**.
- La pérdida de visión de ambos ojos, se suele considerar como incapacidad permanente **absoluta** para toda profesión.

Lógicamente estamos hablando de criterios generales, que no sirven para aquellas profesiones que precisen de una buena visión para desarrollar las tareas esenciales (pilotos, conductores, militares,...).

ANEXO: Abreviaturas de uso habitual en los informes oftalmológicos:

OD	=	ojo derecho
OI	=	ojo izquierdo
AO	=	ambos ojos.
AV	=	Agudeza visual.
AV cc	=	con corrección
AV sc	=	sin corrección.
CAE = Ø	=	con agujero estenopeico (sería la visión con la mejor corrección).
NME	=	no mejora con Ø
MOI	=	Motilidad ocular intrínseca
MOE	=	idem extrínseca.
PICNR	=	pupilas isocóricas normorreactivas.
DPA	=	defecto pupilar aferente.
BMC	=	biomicroscopía = examen con la lámpara de hendidura (= L.H.)
F+	=	tiñe con fluoresceína (hay erosión corneal)
Tyndall	=	sinónimo de iritis.
LIO	=	lente intraocular.
POI (= IOP)	=	presión intraocular.
FO	=	Fondo de ojo.
CV	=	campo visual
AFG	=	angiografía retiniana con fluoresceína.
ERG	=	electrorretinograma
PVE	=	potenciales visuales evocados.

La simulación y disimulación en el ámbito laboral. Diferencia entre neurosis de renta y simulación. Actitud del médico forense en estos casos

SIMULACION Y DISIMULACIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

La etimología de la palabra simulación se deriva del latín “*simulatio*”, cuyo significado es la acción de simular o imitar lo que no se es. La **simulación** se ha definido como una manifestación conscientemente falsa, con un determinado fin, mediante el engaño de otros. Es una mentira plástica, en la cual el sujeto puede fingir, alegar, exagerar, falsear el origen, simular una enfermedad, física y/o psicológica, con el objeto de engañar a otros con una finalidad determinada, y que con un esfuerzo mantenido durante un tiempo determinado busca el conseguir un beneficio o provecho inmediato.

La simulación **se caracteriza** por:

- La voluntariedad **consciente** de fraude.
- La **invención** o alteración de síntomas mórbidos.
- La finalidad **utilitaria** egoísta.

La **disimulación** consiste, por el contrario en esconder, disfrazar o modificar su lesión o enfermedad cuya finalidad engañosa es el beneficio perseguido y/o la utilización del beneficio obtenido. Esto es frecuente en los exámenes de admisión, en la contratación de seguros, certificados de conducir, etc.

SIGNOS DE SIMULACIÓN

1. **Retención de información y Falta de cooperación:** La memoria de un simulador tiene vacíos importantes, es cauteloso y piensa que en-

tre menos información tenga el examinador, es mejor. Presentan abundancia de respuestas evasivas.

2. **Exageración.**
3. **Llaman la atención sobre su enfermedad:** Lo cual contrasta con la conducta de los enfermos reales que a menudo, son reticentes a hablar de sus síntomas.
4. **Ausencia de alteración afectiva** clínicamente asociada con la enfermedad que simula: Si hay autolesiones, no revisten gravedad, estando bien calculado el acto. En caso de dolor la persona puede argumentar el máximo de severidad del dolor, pero la discrepancia es que psicológicamente se presentan libres de todo síntoma.
5. **Ausencia de perseveración.**
6. **Incoherencia** entre resultados de pruebas y funcionalidad del evaluado.
7. **Alteraciones del lenguaje no verbal:** El tono y la intensidad de la voz varían significativamente. Tardan en responder porque necesitan pensar varias veces para contestar
8. Los síntomas del simulador son generalmente **inconsistentes** con los síntomas legítimos de la enfermedad
9. La simulación es más **difícil de mantener** por períodos largos
10. **Dificultad para fingir síntomas fisiológicos:** Sobrereactúa o tiene dificultades para hacerlo.
11. Simulan **síntomas evidentes y en relación con el conocimiento previo** de la enfermedad: Los simuladores tienden a fingir los síntomas más conocidos y característicos de la enfermedad

NEUROSIS DE RENTA

La asignación de recursos económicos y sociales a la declaración de incapacidad por enfermedad ha generado las reclamaciones por parte de quienes se creen con derecho a tales beneficios. La sociedad en general no ha sido muy generosa a la hora de asignar recursos y reconocer las patologías psíquicas en quienes las solicitan, teniendo en general una respuesta menos favorable que las reclamaciones por daños físicos.

En Alemania a finales del siglo XIX un gran número de sujetos reclamaron beneficios por incapacidad, no presentando a los ojos de los examinadores, padecimientos físicos que justificase su asignación, se les llamo “buscadores de renta”. La misma ha recibido, distintos nombres, Neurosis de renta, neurosis de seguro, neurosis de accidentes, neurosis traumáticas, neurosis de deseo.

Para *Gisbert Calabuig* el origen de las neurosis de renta es *inconsciente* “*Se trata de un deseo subconsciente de estar enfermo, que se dife-*

rencia de la simulación en que esta ultima el deseo de aparentar la enfermedad es consciente, mientras que en la neurosis la conciencia interviene escasamente. Ahora bien, de una simulación consciente inicialmente puede brotar una neurosis, frente a la cual el sujeto ya se encontrara desarmado, pues carece de elementos para suprimir los síntomas patológicos desencadenados”.

No en todos los accidentes sobrevienen las neurosis, lo cual nos habla de la predisposición individual. Las neurosis de renta presentan sintomatología de aspecto neurótico particularmente semejante a la que se observa en las llamadas neurosis traumáticas. Por otro lado, se caracterizan por la búsqueda de compensaciones o beneficios, lo que tienen el cuadro clínico de rasgos que, en ocasiones, hacen pensar en simulación.

Son varias las características que diferencian a los ‘buscadores de renta’ de los neuróticos en general, de los hipocondríacos y de los simuladores: ausencia de angustia patológica; afectación de los órganos relacionados con el trabajo previo al sufrimiento del ‘trauma’, con conservación paradójica de otras funciones, mala disposición, que comparten con los simuladores, a ser objeto de nuevas entrevistas medicas y a someterse a exploraciones instrumentales dolorosas o a internamientos psiquiátricos, caracterología lastimera, pegajosa, reticente, con impresión de deficiente ‘energía vital’, antecedentes personales que inclinan a pensar en la existencia de serias dificultades del sujeto para enfrentarse a la lucha por la vida.

Los síntomas de las neurosis de renta no están bajo en control de la voluntad, es decir son inconscientes, producidos por el deseo de tenerlos se ha llamado simulación inconsciente con tres elementos:

1. Lesiones mínimas,
2. Síntomas sobresimulados
3. Neurosis de deseo de ser compensado

Se trata de una reacción primaria a vivencias desagradables (accidentes), a lo que se une una serie de factores (indemnizaciones, pensión, venganza al causante del accidente, terror, etc.) que fijan los síntomas, muchas veces aumentados por sugerencias externas principalmente de observación de persona próximas que han obtenido beneficios económicos de situaciones parecidas.

La sintomatología es múltiple trastornos motores, desde parálisis hasta contracturas trastornos de la deambulación como atasia, abasia, trastornos sensitivos, sensoriales ceguera, sordera, mudez y gran variedad de síntomas psíquicos, tales como estados crepusculares, alucinosis, estupor, negativismo, etc. Una característica de estos síndromes es que los trastornos funcionales no se encuentran en el órgano o miem-

bro traumatizado sino en aquel que es más necesario para el ejercicio de su profesión.

DIFERENCIA ENTRE NEUROSIS DE RENTA Y SIMULACIÓN

- La incapacidad para trabajar, con conservación de la capacidad para la recreación, pensar en simulación.
- Aceptación de los tratamientos médicos, frecuente en neuróticos, rara en simuladores.
- Alto status ocupacional es contrario al simulador.
- Si el contenido del pensamiento, de los sueños o el dialogo con el paciente hacen referencia con frecuencia a detalles del accidente atemorizante, es probablemente un neurótico.
- Si cuando no es observado, realiza actividades para las que refiere no estar capacitado, pensar en simulación.
- Los simuladores suelen copiar síntomas de otros pacientes.
- El psicodiagnostico puede ayudar en el diagnostico.

FORMAS CLÍNICAS DE LAS NEUROSIS DE RENTA

- A. La Sinestrosis:** es el cuadro más importante y prácticamente sinónimo de Neurosis de Renta y la Neurosis de Derecho, cuadro menos importante en cuanto a la frecuencia de su aparición. Edouard Brissaud (1852-1909), fue el primero en describir el síndrome como “una cristalización crítica o psicomotriz consecutiva a un traumatismo y una exageración de una impotencia funcional, frecuentemente mínima, con prolongación del paro de trabajo. Es un estado psicopático especial que procede únicamente de una interpretación errónea de la ley y consiste en una especie de delirio razonable, fundado sobre una idea de falsa reivindicación”. Consiste fundamentalmente en un delirio de reivindicación que se desarrolla con motivo de un accidente de trabajo. Creen tener derecho a una indemnización o bien, a pesar de la total curación estiman insuficiente la indemnización concedida por su incapacidad funcional. El enfermo se cree lesionado en sus intereses interpreta como prueba de maldad la actitud de quienes le niegan sus derechos. Constituida la neurosis sigue su curso con la clásica sintomatología neurótica.
- B.** La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE 10), incluye el trastorno: **Elaboración psicológica de síntomas somáticos (F68.0):** “Trastorno en el que síntomas somáticos compatibles

con un trastorno, enfermedad o incapacidad física confirmadas y originalmente debidos a uno de ellos, son exagerados o prolongados debido al estado psicológico del enfermo. Así se desarrolla un síndrome comportamental de búsqueda de atención (histriónico) que a menudo incluye también quejas que no son de origen somático (y por lo general no específicas).

El dolor o la incapacidad física producen malestar y a menudo preocupación, a veces justificada, por la posibilidad de padecer un dolor o incapacidad prolongados o progresivos. El trastorno puede justificarse a ojos del que lo padece por la insatisfacción con el resultado del tratamiento o investigaciones realizadas o la decepción con el grado de atención personal recibida en medios sanitarios. En algunos casos parece existir una clara motivación derivada de la posibilidad de obtener indemnizaciones consecutivas a accidentes o lesiones. Sin embargo, el síndrome no remite necesariamente con rapidez cuando el litigio ha sido exitoso. Incluye: Neurosis de renta”.

- C. Neurosis de derecho:** Presentan una actitud similar a los querulantes propiamente dichos. Son individuos con actitud escénica en su carácter que se manifiestan de forma beligerante. Los síntomas neuróticos son muy demostrativos, son características las quejas hipocondríacas (cefaleas, insomnio, sensaciones cardíacas subjetivas, etc.). Pueden llegar a presentarse, al igual que en la paranoia, interpretaciones morbosas de sus vivencias y falsos recuerdos. Tiene el convencimiento de no ser tratados con justicia lo que genera quejas y amenazas.

CONSIDERACIONES MEDICO LEGALES ACERCA DE LAS NEUROSIS DE RENTA

Cualquier enfermedad física, puede generar una actitud de búsqueda de ganancias secundarias, producto de la regresión psicológica que la acompaña. El enfermo se hace demandante de afectos y atenciones.

No es un comportamiento patológico sino un mecanismo adaptativo, si embargo cuando estas actitudes se prolongan, con retraso en el regreso a las actividades laborales o la búsqueda de un resarcimiento económico nos encontramos ante una Neurosis de Renta. El límite entre ambos estados, normal y patológico es siempre impreciso.

La neurosis de renta ha originado resoluciones judiciales dispares por su sintomatología y todavía mayores si a ello se le une la cantidad de denominaciones que se han utilizado: Neurosis de renta, Sinistrosis, Neurosis traumáticas, Neurosis postraumáticas, Neurosis de deseo, Neurosis de la víctimas accidente, Neurosis de compensación, Neurosis de ganancia secundaria, Simulación inconsciente, Histeria traumática,...

Se trata de un conflicto neurótico, inconsciente, no producido voluntariamente por el damnificado sino por el deseo inconsciente de obtener una reparación económica. No se trata de un proceso voluntario ni simulado, sino involuntario y reivindicativo. Este conflicto neurótico genera un estado de malestar e incapacidad laboral, de acuerdo con la gravedad que tiende a resolverse con el tratamiento apropiado y el cobro de la indemnización.

Por tratarse de un conflicto neurótico requiere de tratamiento psicoterapéutico, el mismo consistirá en una entrevista por semana durante un año, que suele tener un tratamiento satisfactorio permitiendo resolver el conflicto neurótico, disminuyendo la incapacidad laboral previa.

ACTITUD DEL MÉDICO FORENSE EN ESTOS CASOS

El médico forense va a enfrentarse cotidianamente a este problema en el ejercicio de su profesión en general, pero en particular cuando tenga que informar al Juzgado de lo Social. Consideramos que **simulación** es la exageración, creación o prolongación de síntomas o dolencias con el objeto de obtener una ganancia, en este caso económica. La simulación siempre es **consciente**, y en eso se diferencia de la “neurosis de renta”, por lo tanto es una conducta fraudulenta y dolosa que tenemos la obligación de desenmascarar en nuestro ejercicio profesional.

La simulación ocurre en multitud de **circunstancias**, pero las más frecuentes son:

- Prolongar los síntomas para aumentar el periodo de incapacidad temporal, retrasando la incorporación al trabajo.
- Exagerar las secuelas para conseguir mayor indemnización o un grado de incapacidad mayor.
- Atribuir al accidente laboral molestias y lesiones que existían previamente.
- Responsabilizar etiológicamente al trabajo enfermedades que no se han producido por él (alergias, infecciones, depresiones, etc.).

Como hemos visto anteriormente, un cuadro completamente diferente en su génesis, aunque idéntico en las formas de presentación clínica es la “**neurosis de renta**”. Este cuadro se da exclusivamente en personalidades predisuestas. Suelen ser sujetos temerosos y débiles en su lucha con la vida, que un agente externo (accidente profesional, intoxicación, una enfermedad o dolencia del tipo que sea) desequilibran su precaria situación psicoemocional y mediante un **mecanismo de conversión** ori-

ginan una serie trastornos y secuelas que prolongan innecesariamente la baja o causan una incapacidad laboral.

El mecanismo psicopatológico es que un conflicto psíquico (el sujeto no quiere o no puede trabajar, pero su moral no le permite aceptarlo), a raíz del accidente, se “convierte” en unos síntomas orgánicos que lo solucionan (ya “no puede” trabajar por sus secuelas). En estos casos el lesionado no trata de parecer enfermo, realmente “está enfermo”. Hemos dicho anteriormente que se trata de un mecanismo inconsciente e involuntario. A diferencia de los simuladores, no suelen perseguir una ganancia de tipo económico sino de otro tipo (dejar de trabajar, que se les considere minusválidos, prolongar la baja,...). Y muchas veces el precio que pagan es realmente alto, pongamos el caso de una parálisis o una ceguera histérica.

Actitud del médico forense ante el simulador:

- No dar demasiado valor a la sintomatología referida por el lesionado.
- Recurrir a criterios objetivos (periodos medios de curación, lesiones objetivables radiológicamente, signos exploratorios).
- Evitar discutir con el simulador (es poco profesional), pero actuar en consecuencia en las conclusiones de nuestro informe (sin dejarnos manipular, pero tampoco “castigando” al lesionado).
- Personalmente valoro la impresión subjetiva (intuitiva), que me da el lesionado, cuando el caso lo requiere pongo en el informe que la actitud del paciente “impresiona de simulación”.
- No importa que el lesionado salga del despacho pensando que nos ha engañado. Ya daremos nuestra opinión en el informe.

Actitud del médico forense ante el lesionado con neurosis de renta:

- Evitar que se prolongue el tiempo desde el accidente hasta la indemnización. Favorece el desarrollo de la neurosis.
- Tratar de explicar la situación al paciente, hasta dónde quiera entendernos recomendándole apoyo psicoterapéutico.
- Ante los primeros síntomas, evitar que el paciente obtenga la ganancia con su enfermedad.
- Reflejar la situación en nuestro informe, explicando el papel desencadenante que tiene el accidente, en un sujeto con una personalidad predisponente (estado anterior).

Riesgos laborales en el personal sanitario. Medidas de prevención en la realización de autopsias. Vacunaciones de interés médico forense. Autopsias de “alto riesgo”, la enfermedad de Creutzfeld-Jacob (ECJ)

RIESGOS LABORALES EN EL PERSONAL SANITARIO

En la actualidad, tres son las enfermedades que revisten mayor importancia por su frecuencia y gravedad, en relación con los posibles contagios por vía parenteral tras accidentes biológicos, en el personal sanitario:

- La infección por HIV (SIDA).
- La infección por VHC (hepatitis C).
- La infección por VHB (hepatitis B).

Las tres tienen el mismo **mecanismo de transmisión** (contagio parenteral, contacto de mucosas o piel dañada con sangre o secreciones, transmisión sexual o madre-hijo por vía placentaria o mediante la lactancia).

En el ámbito sanitario el mecanismo de contagio suele ser mediante accidentes biológicos consistentes en:

1. Pinchazos, cortes con cuchillas o instrumental contaminado.
2. Salpicaduras sobre piel dañada o mucosas de sangre o secreciones.

Conducta ante un accidente biológico (en relación al control de infecciones por VIH, VHB y VHC):

En primer lugar habrá que determinar el estado serológico del paciente fuente y el del profesional infectado.

- Si se sospecha contagio del VIH, se aplicará el *protocolo para prevención de infecciones por VIH* (*).
- Si se sospecha contagio por VHB, y el trabajador no está vacunado, se administrará inmunoglobulina anti hepatitis B y 1ª dosis de vacunación y se aplica el *protocolo de prevención contra hepatitis B* (**).
- Cuando la sospecha sea de infección por VHC, en la actualidad no es posible aplicar ninguna medida preventiva.

En cualquiera de estos casos, es conveniente ponerse en contacto con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital de referencia para su seguimiento.

PROTOCOLO PARA PREVENCIÓN DE INFECCIONES POR VIH* ⁴

Se considera que el riesgo de infección por VIH tras una exposición percutánea con sangre HIV + es del 0,3%, cuando se pone en contacto sangre infectada con piel es < 0,1% y aumenta al 1% si el contacto es con mucosas.

La conducta inmediata será:

- En accidentes percutáneos se retirará el objeto punzante, induciendo el sangrado y limpiando la herida con agua corriente sin restregar. Se desinfecta la herida con gluconato de clorhexidina y se cubre con un apósito.
- Si salpica sangre o líquidos sobre mucosas se lavará con abundante agua, y si es sobre la piel se limpiará con agua y jabón. Los desinfectantes caústicos (lejías) podrían ser perjudiciales.

Posteriormente habrá que ponerse en contacto con un Servicio de Medicina Preventiva para:

- Informar al paciente fuente del posible contagio y pedirle consentimiento para hacerle un test de VIH y determinar su carga viral en sangre.
- Realizar el seguimiento serológico haciendo una determinación de anticuerpos frente al VIH basal y repitiéndola a las 6 y 12 semanas y a los 6 meses. Raramente se produce en trabajadores sanitarios una seroconversión tardía (después de los 6 meses) durante este tiempo comunicará cualquier enfermedad aguda, evitará donar sangre y usará preservativos.

⁴ Protocolos del Servicio de Medicina Preventiva del H. Ramón y Cajal (Madrid).

Dependiendo del tipo de accidente se podrá valorar aplicar o no quimioprofilaxis:

- En los casos de **alto riesgo** por volúmenes grandes de sangre (herida profunda con aguja hueca de diámetro grande que previamente estuvo en un vaso) y sangre que contiene un alto contenido viral (por enfermedad retroviral aguda o SIDA terminal), la quimioprofilaxis es RECOMENDADA, ya que ha disminuido la seroconversión en un 79%.
- En los casos de **bajo riesgo**, pero no nulo, se debe OFRECER valorando el bajo riesgo de contagio, frente al uso de fármacos con una toxicidad no despreciable (alteraciones gastrointestinales, fatiga, cefaleas, pancreatitis, hiperbilirrubinemia, cálculos renales, etc...).
- Si el **riesgo es nulo**, NO ESTÁ JUSTIFICADA la quimioprofilaxis.

La quimioprofilaxis se comenzará lo antes posible (a la hora o dos horas después de la exposición) y durará 4 semanas. En los casos de alto riesgo merece la pena iniciar la quimioprofilaxis incluso hasta 2 semanas después del contacto, ya que el tratamiento precoz de la infección aguda de VIH mejora el pronóstico.

Actualmente en casos de alto riesgo se asocian 3 fármacos:

- Zidovudina (ZDV) RETROVIR 2 cáps. de 100 mgs.
3 veces/día.
- Lamivudina (3TC) EPIVIR 1 comp. de 150 mgs.
2 veces/día.
- Indavir (IDV) CRIXIVAN 2 cáps. de 400 mgs.
3 veces /día.

PROTOCOLO DE VACUNACIÓN FRENTE A HEPATITIS B** 6

Esta vacunación está indicada para todo el personal sanitario. Previamente se hará una determinación de anticuerpos frente a VHB.

Ante un contagio sospechoso se emplearán medidas de *inmunización pasiva* (mediante gammaglobulina antihepatitis B) y de *inmunización activa* (mediante la vacuna antihepatitis B recombinante). Hay dos pautas:

- *Pauta normal*: 20 mcgr. de antígeno de HB, vía i.m. en región deltoidea, repitiendo la dosis al mes y a los seis meses.
- *Pauta corta* : 20 mcgr. De antígeno de HB, vía i.m. en región deltoidea, repitiendo la dosis a las 2 y 6 semanas. (esta pauta se utiliza

en aquellos casos en los que es necesario inducir la formación de Ac de forma rápida, como por ejemplo en accidentes biológicos).

Al mes se realiza una determinación de Ac. Si es negativa, se repite el mismo esquema vacunal. Si después de las 3 nuevas dosis no se ha conseguido niveles adecuados de inmunización se informa al sujeto del riesgo que esto conlleva, pero no se pondrá más dosis de vacuna.

Las personas que responden a la vacunación permanecen protegidas frente a la hepatitis B y a la infección crónica por el VHB, incluso cuando sus niveles de anticuerpos son bajos o indetectables, por lo que actualmente no se recomienda la revacunación.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LA REALIZACIÓN DE AUTOPSIAS. VACUNACIONES. INTERÉS MÉDICO-FORENSE

La realización de autopsias es una actividad profesional cara, cuyo coste además aumenta exponencialmente si se utilizan sistemas de bioseguridad.

Con frecuencia tenemos que realizar autopsias de cadáveres con hepatitis o SIDA, y otras enfermedades asociadas al mayor porcentaje de enfermos existente en España (los drogodependientes), con su cortejo de enfermedades infecciosas por parásitos, bacterias, hongos, micoplasmas, virus, etc..., que en muchos casos (como ocurre con las micobacterias) son resistentes a los tratamientos habituales. Tengamos presente que en las series de necropsias de pacientes de SIDA publicadas, entre el 40 y el 60% de los procesos diagnosticados postmortem, no habían sido diagnosticados por los clínicos.

En estos casos, el contagio por vía parenteral queda relegado a un segundo término, por la vía aérea o mucosa.

También es cierto que los medios de protección utilizados, han demostrado hasta el momento, ser eficaces a nivel mundial.

Es competencia de la Administración elaborar las normas generales de actuación, proporcionar los locales y medios de protección personal adecuados, así como las vías de actuación en caso de accidentes. Los profesionales que realizan autopsias conscientes de su situación de riesgo, deben saber que asumen personalmente la responsabilidad de sus actos, ya que es absolutamente lícito negarse a realizar una necropsia por no disponer de medios de bioseguridad.

Los locales deben ser adecuados, permitiendo una eliminación adecuada de los residuos tanto de la mesa como de los tejidos examinados (no debería ir a un desagüe común), medios que permitan una desinfección

ción rápida en caso de accidentes (lavabos adecuados con dispensadores automáticos de antisépticos homologados, lavadores automáticos de ojos, etc...).

El vestuario debe ser de bioseguridad desechable o que pueda limpiarse en autoclave, incluyendo gorros, mascarillas, gafas antisalpicaduras, guantes de fibra antipinchazos o de malla metálica, etc... .

La sala de autopsias debería disponer de algún sistema de protección frente a la formación de aerosoles que se producen en la apertura del cráneo o ráquis. Las sierras de bioseguridad, son preferibles a las carpas formadas con bolsas de plástico o el serrado manual.

Este tipo de precauciones tienen carácter universal, es decir, debemos utilizarlas ante cualquier cadáver. No podemos aplicarlas solamente a aquellos que tengan aspecto de drogodependientes. Los métodos de screening utilizados para VIH, mediante análisis de vítreo, a pesar de su alta fiabilidad pueden darnos una falsa seguridad cuando el sujeto se encuentre en “periodo ventana”.

LAS AUTOPSIAS DE “ALTO RIESGO”. LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELD-JACOB

Aunque en todas las autopsias debemos adoptar “precauciones universales”, existen unas denominadas de “alto riesgo”, y son aquellas que se realizan en pacientes afectos por la enfermedad de Creutzfeld-Jacob (ECJ) y otras encefalopatías espongiiformes transmisibles por priones. Además se da la circunstancia de que la única manera de diagnosticar con certeza la enfermedad es mediante el examen neuropatológico de tejido cerebral del paciente (ya sea mediante biopsia o necropsia).

Se descubrió que la enfermedad se podía reproducir en animales de experimentación inoculándoles en el cerebro, extractos de tejido cerebral de un paciente con la ECJ.

La **causa** de esta enfermedad parece ser el depósito cerebral de una proteína denominada príon o proteína priónica. Parece ser que la forma infecciosa de la enfermedad se produce por inoculación central o periférica de material contaminado con esta proteína.

Estas enfermedades tienen **importancia** por ser transmisibles por unos agentes muy *resistentes a los procedimientos habituales de desinfección*, por tener un *periodo muy largo de incubación* (unos 20 años) por lo que se denominan “enfermedades por virus lentos” y por *no producir respuesta inmunológica* en el huesped.

Afortunadamente la **incidencia** en España de la enfermedad es del 0,7 casos por millón de habitantes y por año. Aunque puede aumentar en el futuro por la “enfermedad de las vacas locas”.

Clínicamente aparece un cuadro de demencia, con cefaleas, fatiga, ansiedad y depresión asociado a sintomatología piramidal (mioclonias, debilidad y agarrotamiento de extremidades) y extrapiramidal (temblor, rigidez, lentitud de movimientos y dificultades en el habla). El curso es muy rápido: la mitad de los pacientes fallecen a los seis meses, y son raros los casos que superan los 2 años.

Aunque existen evidencias de su **transmisión** mediante injertos corneales, trasplantes de duramadre o tratamientos con hormona de crecimiento, no existe ningún caso registrado de contagio por exposición ocupacional. A pesar de ello, en la realización de autopsias, deben adoptarse las mejores **medidas posibles de seguridad**:

- Considerar *pacientes con riesgo potencial* a los casos sospechosos o confirmados de ECJ y sus familiares, aquellos que han recibido tratamientos con hormonas hipofisarias o implantes de duramadre.
- Suele ser suficiente con una autopsia parcial, limitada a la extracción del encéfalo, pero si es necesaria la autopsia completa, se recomienda tomar las muestras *sin extraer los órganos de las cavidades corporales*, para que la contaminación sea mínima.
- Se utilizarán los *medios de protección personal habituales* (ya que las precauciones son universales) incluyendo guantes de seguridad contra cortes y pinchazos.
- Los líquidos utilizados incluida el agua *no deben pasar en ningún caso al desagüe general*. La mesa de autopsias se cubrirá con plástico desechable y papel de filtro para absorber líquidos que se derramen.
- Todo el material desechable, soluciones de formol y otros líquidos utilizados deberán eliminarse mediante *incineración*.
- Se empleará *sierra mecánica* o sierra eléctrica con una unidad de filtración incorporada para reducir la formación de aerosoles.
- Si se produce un *accidente por corte o pinchazo* se deberá provocar el sangrado abundante y lavar meticulosamente con agua y lejía diluida durante 5 minutos. En las salpicaduras oculares, se debe lavar los ojos con agua abundante o suero fisiológico. Se comunicará el caso al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital de referencia.

Están desaconsejadas las *actuaciones tanatopaxicas* en cadáveres con ECJ, siendo lícito recomendar a la familia la incineración del cadáver, aunque siempre respetando la libre elección de la familia. Debemos saber que en la legislación actual no existe impedimento para trasladar el cadáver de un paciente de la ECJ en las condiciones exigidas por las normas del Reglamento de Policía Sanitaria y Mortuoria.

Psiquiatría y drogodependencias en Medicina del Trabajo. Principales trastornos psiquiátricos que pueden dar lugar a incapacidades

PSIQUIATRÍA Y DROGODEPENDENCIAS EN MEDICINA DEL TRABAJO

No es muy frecuente la intervención del psiquiatra en el ámbito laboral, aunque no por ello deja de tener considerable importancia.

El peritaje psiquiátrico suele hacerse en *dos marcos jurídicos*:

A. El **Estatuto de los Trabajadores** (art. 54, despido por causas psíquicas).

B. La **Legislación sobre Seguridad Social**, en diferentes situaciones:

- *Evaluación de secuelas psíquicas* de accidentes laborales o no laborales, así como en enfermedades profesionales o comunes.
- *Valoración del grado de minusvalía psíquica* del trabajador o de algún familiar a su cargo a causa de anomalías o trastornos psíquicos.
- *Valoración de incapacidades laborales permanentes* consecutivas al consumo de *drogas de abuso*.

En un primer momento, la intervención facultativa, se limita a instancias oficiales de organismos dependientes de la Seguridad Social (INSS, INSERSO, UVI, etc.). Solo en caso de recurrir estas decisiones ante los Tribunales de Justicia (Jurisdicción Social) tiene lugar la intervención del médico forense, igual que ocurre en otras especialidades médicas.

A. EL DESPIDO POR CAUSAS PSÍQUICAS:

Está contemplado en el Estatuto de los Trabajadores (Ley 8/1.980 de 10 de Marzo), en su artículo 54 que el contrato de trabajo podrá extinguirse por decisión del empresario en casos de incumplimiento grave y culpable por parte del trabajador, y se considera incumplimiento contractual:

“La embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente sobre el trabajo”

Sería una situación de “despido disciplinario”, es decir, se considera el despido como una sanción.

Son necesarios unos **requisitos**:

1. La existencia de un consumo excesivo de alcohol o drogas

No es preciso que exista un alcoholismo o dependencia alcohólica, sino que se de una “embriaguez habitual”, término de rancio abolengo jurídico en la legislación penal. Así en STS (Sala de lo Social) de 18 de Noviembre de 1.988 dice: *“bebía en exceso, cuando se encontraba en el ejercicio de sus funciones origen de advertencias anteriores de sus superiores y Compañía para la que trabajaba, causa de quejas de terceros y de repercusiones económicas para la Empresa, lo que constituye la embriaguez habitual, ...”*

En el caso de las toxicomanías, el carácter habitual del consumo está claro por el propio concepto de drogodependencia.

2. Que este consumo excesivo tenga unos efectos negativos sobre su trabajo

Así, por ejemplo, en la STS (Sala de lo Social) de 23 de Marzo de 1.987 dice: *“..., en cuanto a la ingestión de bebidas alcohólicas ha dado lugar a reiteradas quejas por parte de los padres de los alumnos, asimismo su conducta en el centro por su estado, ha tenido una repercusión negativa en su cometido laboral hasta el punto de traducirse en un mal servicio en el colegio, ...”*.

B. PERITAJES PSIQUIÁTRICOS RELACIONADOS CON LA LEGISLACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

1. Evaluación de secuelas psíquicas de accidentes laborales o no laborales, así como a enfermedades profesionales o comunes

Ya vimos que se considera **accidente laboral** a toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o como consecuencia del trabajo que

ejecute por cuenta ajena. La lesión no tiene que ser necesariamente física. Pueden producirse lesiones psíquicas consecutivas a la acción de un agente externo, que actúe de forma súbita y en relación con el trabajo habitual. Pongamos el ejemplo de un empleado de una gasolinera que tras un atraco sufre un trastorno de ansiedad o depresivo. Aunque el trabajador tenga una predisposición constitucional por su personalidad previa a sufrir este tipo de trastornos, vimos que aquellas enfermedades agravadas en su evolución o sacadas de su estado latente por el accidente, tendrán la consideración de accidente laboral. En estos casos, la clave del peritaje psiquiátrico va a estar en establecer la relación de causalidad entre el trastorno y la realización del trabajo.

En relación a las **enfermedades profesionales**, no existe ningún trastorno psiquiátrico catalogado específicamente en la lista de estas, contenido en el anexo del R.D. 1995/1.978 de 12 de Mayo, por lo tanto, aquellas enfermedades o trastornos psiquiátricos originados a consecuencia de la realización de un trabajo podrán tener la consideración de accidentes laborales, no de enfermedades del trabajo.

Las restantes enfermedades psiquiátricas no relacionadas con el trabajo, entraran dentro de la categoría de **enfermedad común o accidente no laboral**.

La competencia para declarar la situación de invalidez permanente consecutiva a estas situaciones sabemos que la tienen los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI), de cada Dirección Provincial del INSS.

En general, sabemos que se considera como candidato a reconocerle una incapacidad permanente a aquel trabajador que, después de haber seguido el tratamiento prescrito y ser dado de alta, presenta *reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y presumiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral*.

Los trastornos psiquiátricos pueden suponer una reducción funcional muy grave, determinable objetivamente y definitiva que repercuta sobre su capacidad laboral. No existe un baremo específico para la valoración de estas incapacidades, como tampoco existía para los trastornos orgánicos.

Al considerar un trastorno psíquico como generador de una invalidez, debemos tener en cuenta lo siguiente:

1. La invalidez permanente precisa haber agotado las posibilidades de recuperación mediante tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico.
2. La invalidez puede tener una repercusión sobre las AEVD (actividades esenciales de la vida diaria), con lo cual puede plantearse una gran invalidez.

3. No toda enfermedad, trastorno o deficiencia mental va a suponer necesariamente una invalidez permanente (PMD en periodos intercríticos, esquizofrénicos poco deteriorados, neuróticos, etc.). Incluso en muchos de estos casos, el trabajo puede contribuir a mejorar su psicopatología.
4. No va a ser válido exclusivamente el diagnóstico, ya que en las enfermedades mentales debemos evaluar los efectos que el trastorno ocasiona en su ámbito personal, social o laboral. El grado de deterioro puede variar mucho, entre pacientes con un mismo diagnóstico.
5. Es aconsejable utilizar los criterios del DSM-IV.

Además podría darse la circunstancia de tener que realizar la valoración de alguna **lesión permanente no invalidante**, es decir, aquellas que suponen una disminución de la capacidad laboral del trabajador en menos del 33 %. Se hará conforme al baremo contenido en la orden de 5 de Abril de 1.974, actualizado con la O.M. de 16 de Enero de 1.991. Aunque en dicho baremo, no existe ninguna referencia a consecuencias de tipo psíquico.

2. Valoración del grado de minusvalía psíquica del trabajador o de algún familiar a su cargo a causa de anomalías o trastornos psíquicos

La valoración del grado de minusvalía corresponde al INSERSO o al organismo autonómico equivalente.

La valoración del grado de minusvalía se hará conforme al baremo contenido en la O.M. 1.971/99 de 23 de diciembre.

En su capítulo 16 trata de la enfermedad mental.

La valoración se realizará de acuerdo a los grandes grupos psicopatológicos incluidos en las clasificaciones internacionales (CIE 10 y DSM IV):

1. Trastornos mentales orgánico.
2. Esquizofrénias y trastornos psicóticos.
3. Trastornos del estado de ánimo.
4. Trastornos de ansiedad.
5. Trastornos adaptativos y somatomorfos.
6. Trastornos disociativos y de la personalidad.

Define el *trastorno mental* como el conjunto de síntomas psicopatológicos identificables, que interfieren el desarrollo personal, laboral y social de la persona, de manera diferente en intensidad y duración.

La valoración de la discapacidad que un trastorno mental conlleva, se hará teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. La capacidad para llevar a cabo una vida autónoma (capacidad de relación con el entorno y de realización de las AEVD).
2. La capacidad de realizar una actividad laboral.
3. Como se ajusta a la sintomatología psicopatológica universalmente aceptada. Hay grados muy variables de limitación. Se pueden establecer criterios de provisionalidad. Hay que diferenciar entre rasgo y trastorno. Los rasgos solo se constituirán en trastorno, cuando sean inflexibles, desadaptativos y persistentes. La drogodependencias no se valoran en sí mismas, sino en relación con las patologías asociadas.

Diferencia 5 clases de minusvalía por enfermedad mental:

- *Clase I (0%)*: Hay sintomatología psicopatológica aislada, pero sin repercusión funcional.
- *Clase II discapacidad leve (1-30%)*: Llevan una vida autónoma, salvo en periodos de descompensación, en los que precisarán baja laboral.
- *Clase III discapacidad moderada (30-60%)*: Tienen una restricción moderada de las actividades de la vida cotidiana, precisan medicación habitualmente y pueden realizar actividades laborales en puestos de trabajo adaptados o talleres protegidos.
- *Clase IV discapacidad grave (60-75%)*: Necesitan supervisión para las actividades de la vida cotidiana. No pueden mantener una actividad laboral normalizada, solamente actividades ocupacionales.
- *Clase V discapacidad muy grave (>75%)*: No pueden realizar las AEVD. Necesitan de la supervisión de una persona constantemente. No pueden realizar ningún tipo de actividad laboral.

3. Valoración de incapacidades laborales permanentes consecutivas al consumo de drogas de abuso

En primer lugar, debemos concretar si el sujeto tiene una drogodependencia o simplemente abusa en el consumo de sustancias. Lo realizaremos ateniéndonos a los criterios internacionales DSM IV.

Definiremos la **dependencia** a una sustancia como aquella situación caracterizada por un grupo de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos rela-

cionados con ella. Suele haber “craving” (necesidad irresistible de consumo).

Se establece el diagnóstico de dependencia cuando se cumplen tres o más de los siguientes criterios, en cualquier momento durante un periodo de 12 meses:

1. Existe tolerancia (necesidad de consumir cantidades crecientes para conseguir el mismo efecto).
2. Existe síndrome de abstinencia o se toma la sustancia para evitarlo.
3. Se consume la sustancia a mayor dosis o durante más tiempo del previsto.
4. Se realizan esfuerzos infructuosos para controlar el consumo.
5. Gran parte de la actividad del sujeto se dedica a conseguir la sustancia.
6. Hay una reducción importante de las actividades sociales, laborales o recreativas por el consumo.
7. Se sigue consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas que produce.

Además, cuando el sujeto se encuentre en una **fase de remisión**, debemos indicar:

- Si es una remisión **total** (no cumple ningún criterio) o **parcial** (sigue cumpliendo al menos un criterio).
- Si es una remisión **temprana** (cuando no consume desde hace más de un mes, pero menos de doce) o **tardía** (lleva más de doce meses sin consumir).
- Si está en tratamiento con **agonistas**.
- Si está en un **medio protegido**.

Por el contrario, definiremos el **abuso de sustancias** como la situación en la que el sujeto sufre consecuencias adversas significativas y reiteradas por el consumo de sustancias, manifestándose por el cumplimiento *recurrente* de un de estos criterios, a causa del consumo, durante un periodo de un año:

1. Incumplimiento de sus obligaciones.
2. Situaciones peligrosas.
3. Problemas legales.
4. Problemas en sus relaciones interpersonales.

Una vez definido el trastorno que sufre el sujeto por el consumo de la sustancia (dependencia o abuso) y si está en una fase de remisión o no,

pasaremos a valorar como repercute esta situación sobre su capacidad laboral.

El abuso de sustancias, cuando es habitual y repercute negativamente en la realización del trabajo, puede ocasionar el **despido** como vimos en relación al art. 54 del E.T., pero no una incapacidad laboral.

Cuando se cumplan los criterios de dependencia y el sujeto acepte someterse a un tratamiento, podría plantearse una situación de **incapacidad temporal**.

Para plantearse una **invalidéz permanente**, basada en una dependencia a drogas de abuso debería existir un deterioro psicoorgánico permanente y objetivo, tras someterse a un tratamiento de deshabituación, lo cual es bastante excepcional (salvo algunos casos de alcohólicos muy cronificados).

PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS QUE PUEDEN DAR LUGAR A INCAPACIDADES

El Prof. Vallejo Ruiloba, diferencia cinco categorías sindrómicas que pueden dar lugar a incapacidad permanente, en sus diferentes grados, en función de la intensidad del déficit de la personalidad que ocasionen. Es una clasificación muy genérica, en la que se incluyen multitud de entidades nosológicas concretas:

1. Demencias orgánicas de cualquier etiología.
2. Psicosis que cursan con defecto. (esquizofrénia residual).
3. Psicosis cíclicas o que cursan en brotes recidivantes con tendencia a dejar cierto defecto o gran fragilidad de la personalidad en los periodos intercríticos.
4. Depresiones graves crónicas, cualquiera que sea su etiología.
5. Neurosis graves encronizadas (ej: neurosis obsesiva maligna) y otros cuadros análogos (dolor psicógeno, neurosis postraumáticas, trastornos somatoformes, etc...), siempre que sean suficientemente intensas, y refractarias al tratamiento.
6. Alcoholismo y drogodependencias, cuando hayan alcanzado un grado que afecte severamente a la personalidad o se produzcan importantes secuelas neurológicas.

En el grupo primero (demencias) podría plantearse la incapacidad permanente desde un principio, pero en todos los demás no conviene precipitarse en la calificación de la invalidéz, ya que en algunos casos, la calificación de "inválido" puede restar posibilidades dinámicas de mejoría o de curación al paciente.

Los riesgos psicosociales en el ámbito laboral: El estrés en el trabajo, el “moobing” o acoso moral y el síndrome del “burn-out”. Valoración pericial de estos cuadros

LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO LABORAL

Se han denominado **riesgos psicosociales** un nuevo tipo de enfermedades laborales todas ellas relacionadas con el estrés laboral, que de persistir en el tiempo, pueden llegar a producir desordenes mentales e incluso físicos en la salud del trabajador, que pudieran ser objetivables y motivo de pericia médico-legal para valoración a efectos de reconocimiento de una prestación por lesiones producidas consecutivamente al trabajo o incluso en algún casos a una incapacidad permanente.

EL ESTRÉS EN EL TRABAJO, EL “MOBBING” O ACOSO MORAL Y EL SÍNDROME DEL “BURN-OUT”

Llamamos **estrés** a aquella reacción general de adaptación que sufre todo organismo vivo ante a una situación nueva o agresiva, que de mantenerse en el tiempo y no resolverse adecuadamente dicha situación, puede llegar a enfermarle.

En el ámbito laboral el estrés puede tener un papel etiológico muy importante en la producción de tres cuadros:

1. EL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Es un cuadro de etiología desconocida, desencadenado por situaciones duras y amenazantes, que producen un temor muy intenso en el indi-

viduo que las sufre y que clínicamente se caracteriza por un cuadro de intensa ansiedad, que puede asociarse a sintomatología depresiva, disociación, embotamiento afectivo, retraimiento emocional y en algunos casos hiperactividad e incluso hostilidad y suspicacia.

Vemos en la práctica pericial que *este cuadro con relativa frecuencia es mal diagnosticado*, al no ajustarse a los criterios diagnósticos del DSM IV, que exigen que la persona haya estado expuesta a un acontecimiento traumático de suficiente entidad, en el que haya existido circunstancias relacionadas con la muerte o amenazas importantes para la integridad física o la persona haya respondido con temor, desesperanza u horror intensos. Se requiere además que el acontecimiento traumático sea reexperimentado de forma persistente (sueños o recuerdos recurrentes e intrusos, *flashback*, malestar psicológico o fisiológico al exponerse al recuerdo,...), sintomatología evitativa de pensamientos o actividades relacionadas con el trauma, así como un embotamiento reactivo (falta de interés, incapacidad para recordar aspectos importantes relacionados con el trauma, desapego frente a los demás, restricción de la vida afectiva,...) o por el contrario síntomas persistentes de aumento de la activación (insomnio, irritabilidad, dificultades de concentración, hipervigilancia).

Resulta esencial en una peritación una patología de este tipo, realizar el diagnóstico del cuadro ateniéndonos a los criterios diagnósticos que contemplan las clasificaciones internacionales, concretamente DSM IV, identificar la circunstancia traumatizante concreta que ha desencadenado el cuadro y valorar la personalidad previa del sujeto (inestabilidad emocional, rasgos neuróticos,...) o la existencia de patología psiquiátrica previa que hubiera podido influir de forma significativa en la génesis del cuadro, y que deberemos reflejar en nuestro informe.

2. EL “MOBBING” O ACOSO MORAL

Cada vez es más frecuente realizar peritaciones sobre este tipo de cuadros en medicina del trabajo. El “**mobbing**” (del inglés atropellar o atacar) es una de las modalidades de acoso laboral, que consiste en lo que coloquialmente toda la vida se ha venido a denominar “*hacer la vida imposible*”, que podríamos definir como “*aquella situación en la que una persona o grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema, de forma sistemática (al menos, una vez por semana), durante un tiempo prolongado (más de seis meses) sobre otra persona en el lugar de trabajo*”⁵.

⁵ Hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing. Nota técnica de prevención nº 476 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Desde el punto de vista médico-legal, se resalta el hecho de que este acoso resulta evidente por una serie de conductas reiteradas que pueden objetivarse y que lo diferencian de lo que sería una situación relativamente habitual de conflicto laboral, así la STSJ de Andalucía de 20 de marzo de 2003: “... incluye en esta categoría de «Mobbing» las siguientes conductas: 1) Ataques mediante medidas adoptadas contra la víctima: el superior le limita las posibilidades de comunicarse, le cambia la ubicación separándole de sus compañeros, se juzga de manera ofensiva su trabajo, se cuestionan sus decisiones. 2) Ataque mediante aislamiento social. 3) Ataques a la vida privada. 4) Agresiones verbales, como gritar o insultar; criticar permanentemente el trabajo de esa persona. 5) Rumores: criticar y difundir rumores contra esa persona. Como síntomas de las personas sometidas a «Mobbing» se señalan: ansiedad, pérdida de la autoestima, úlcera gastrointestinal y depresión. Ahora bien, la presencia de cualquier conflicto no determina la presencia de un hostigamiento laboral, porque, como sostiene la doctrina especializada, los conflictos son inevitables, pero no estamos hablando aquí sin embargo del conflicto, sino de un tipo de situación comunicativa que amenaza infligir al individuo perjuicios psíquicos y físicos.”

Se han descrito diversas **variedades** de acoso laboral, como: “bossing” cuando la violencia es del superior jerárquico o jefe sobre los subordinados, “mobbing” sería la violencia entre compañeros de trabajo y “bullying” cuando se produce violencia física.

El **diagnóstico** de este síndrome, desde el punto de vista médico-legal, se hará mediante la identificación de tres elementos bien diferenciados:⁶

- A. El **agresor**: que puede ser individual o un grupo organizado dentro de la empresa y normalmente tienen rasgos antisociales, paranoides y/o paranoides.
- B. Una **conducta agresiva**, mediante una serie de actuaciones que hemos visto anteriormente y que tiene como finalidad aislar socialmente a la víctima, menoscabar su autoestima con objeto de conseguir un auto-abandono del trabajo, produciendo un daño progresivo y continuado en su dignidad.
- C. Una **sintomatología** en la víctima, consistente esencialmente en ansiedad. Pueden darse también sintomatología obsesiva, fóbica y depresiva con embotamiento afectivo, retraimiento emocional y social, suspicacia, hostilidad hacia terceros y tentativas autolíticas. Frecuentemente se producen somatizaciones (insomnio, hiperten-

⁶ Orós M. Riesgos psicosociales. En: Rivas P Tratado Médico-Legal Sobre Incapacidades Laborales. Navarra: Aranzadi SA; 2006; 638-650.

sión, problemas gastrointestinales,...). Tiene gran importancia para establecer el diagnóstico y principalmente la relación de causalidad con el trabajo, la ausencia de patología psiquiátrica previa del paciente.

En estos casos es esencial establecer el **diagnóstico diferencial** principalmente con dos cuadros: La **simulación** y el **“falso mobbing”** puede darse en sujetos con trastorno de personalidad, generalmente de tipo paranoide, que presentan rasgos de manía persecutoria o simplemente una susceptibilidad extrema, de forma que creen firmemente ser objeto de acoso e interpretan cualquier gesto del empresario o compañeros de trabajo como un ataque personal.

Muchas veces, la cuestión pericial esencial es **determinar la relación de causalidad** entre la patología sufrida y el trabajo. Establecer esta relación no resulta sencillo si existen antecedentes psiquiátricos o si los factores estresantes laborales actúan sobre una personalidad patológica y por lo tanto predispuesta a desarrollar este tipo de patología. Suele admitirse esta relación de causalidad en tres supuestos:⁷

- Cuando no existen factores externos al trabajo, sino que éste y sus circunstancias son *los únicos elementos causantes* de la patología. Se aplicaría el apartado e) del art. 115.2 LGSS. (enfermedades cuya causa exclusiva es el trabajo)
- Cuando la patología deriva de un acontecimiento súbito y violento *constitutivo de accidente de trabajo* o cualquier otro evento o enfermedad que haya recibido la calificación de accidente de trabajo. Aquí sería aplicable el apartado f)- del art. 115.2 LGSS. (patología previa agravada por el accidente laboral).
- Cuando sea una manifestación súbita de la enfermedad (ej: un infarto de miocardio consecutivo a estrés laboral) que *se produce durante el horario y lugar de trabajo*, siendo de aplicación el art. 115.3 LGSS.

3. EL SÍNDROME DEL “BURN-OUT”

También denominado el “síndrome del profesional quemado”, es un trastorno de adaptación cronicado que puede presentarse tanto por un exceso de exigencia en el rendimiento laboral como por una escasez de

⁷ Rivas Vallejo P. Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. Navarra: Aranzadi SA; 2006; 365-405.

la misma. Inicialmente se ha estudiado en los profesionales de la justicia, la sanidad y la educación, pero probablemente puede ocurrir en cualquier profesión.

La persona que lo sufre aqueja un agotamiento emocional extremo, sin encontrar significado alguno a lo que hace, con bajo nivel de autoestima personal y profesional, resultándole muy desagradable su actividad laboral, con la que encuentra un gran distanciamiento.

La etiología es desconocida, aunque son más vulnerables (características personales de riesgo) las personas muy optimistas e idealistas, entregadas excesivamente a su trabajo en los primeros años de vida laboral. Es más frecuente en mujeres, en solteros y en personas con escaso arraigo familiar.

Los síntomas clave son: la desmotivación y la disminución de rendimiento en el trabajo. Además pueden asociarse sintomatología orgánica (cefaleas, trastornos gastrointestinales, insomnio,...) o psicopatológica (ansiedad, depresión, trastornos cognitivos o de conducta: absentismo laboral, adicciones a drogas de abuso).

Para el diagnóstico suele utilizarse el cuestionario de Maslach de 1986, es un autocuestionario constituido por 22 ítems, que valora los sentimientos del profesional hacia su trabajo en tres subescalas (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal). Probablemente su uso tiene mayor interés en el diagnóstico clínico que a efectos periciales, ya que pueden aprenderse fácilmente las respuestas adecuadas para simular este trastorno.

El tratamiento es complejo. Resulta esencial prevenirlo mediante una orientación profesional adecuada a las personas predispuesta, favorecer los cursos de formación continuada y favorecer las relaciones interpersonales adecuadas entre los trabajadores. Una vez establecido el cuadro se utilizarán técnicas psicoterapéuticas de afrontamiento del estrés y ensayo de conductas y se tratarán los trastornos psicopatológicos asociados (ansiedad, depresión).

VALORACIÓN PERICIAL DE ESTOS CUADROS

Coincidimos con el Prof. Miguel Orós Muruzabal, médico forense del TSJ de Cataluña, en que en estos cuadros de patología psicosocial el trabajador debe ser sometido inicialmente a tratamiento, como si se tratara de una enfermedad común, y dadas las amplias posibilidades terapéuticas actuales, en la mayoría de los casos no suelen existir razones fundadas para que estos trastornos originen una incapacidad laboral permanente ⁶. Solo se podría considerar en aquellos casos en los que existan

secuelas objetivables clínicamente, cuya persistencia en el tiempo pueda ser demostrada y que impliquen:

- Limitación o imposibilidad psíquica para ejecutar el trabajo.
- Falta de rendimiento, fiabilidad o precisión en la realización del mismo.
- Riesgo importante para el trabajador o terceros.

Habitualmente el objeto de la pericia encomendada al médico-forense, sobre este tipo de cuadros suele plantearse en relación a **dos tipos de cuestiones**:

A) Valorar las lesiones y posibles secuelas producidas como consecuencia de situaciones de acoso laboral, que pudieran ser susceptibles de reparación mediante una compensación económica (indemnización) que es el objeto de la demanda planteada. En estos casos resulta esencial:

1. Analizar la existencia de un trastorno de personalidad del lesionado (estado anterior) de tipo paranoide, dependiente, narcisista, etc... que le haga más propenso a sufrir este tipo de patología, a veces reactivo a situaciones que podrían considerarse dentro de la conflictividad laboral habitual en ciertas actividades.
2. Determinar mediante criterios clínicos la existencia y gravedad de los trastornos sufridos, así como la existencia o no de secuelas.
3. Valorar la eventual relación de causalidad entre la patología sufrida y la actividad laboral del paciente, que como vimos al hablar del mobbing podría admitirse cuando pueda demostrarse que el trabajo es la causa exclusiva de la patología, sin que intervengan otras concausa, o en aquellos casos en los que aún existiendo un estado anterior patológico, este ha sido agravado o sacado de su estado latente por un acontecimiento súbito y violento que tenga la consideración de accidente laboral, o exista una manifestación súbita de la enfermedad que ocurra en el lugar y durante el horario de trabajo.

B) Valorar los trastornos psicopatológicos que presenta el paciente y determinar hasta que punto pueden suponer una limitación de su capacidad laboral, en aquellos casos en los que se está demandando el reconocimiento de una incapacidad laboral permanente: Como hemos visto anteriormente es muy excepcional que una vez empleados todos los recursos terapéuticos disponibles en la actualidad persistan secuelas que impidan de forma permanente y definitiva la realización de esa actividad

laboral. La peritación en estos casos resulta especialmente compleja por varios motivos:

1. Resulta muy complicado saber si el trabajador realmente ha estado sometido a una situación de acoso o de estrés laboral y su intensidad, cuando solamente contamos con la versión de éste y podemos contrastar la información.
2. También es complicado determinar si el trastorno adaptativo que sufre es consecuencia del desempeño de su actividad laboral o de su trastorno de personalidad previo.
3. Finalmente, hay que tener en cuenta que dado el carácter subjetivo de la sintomatología que debemos valorar en estos casos, no debemos olvidar que es fácilmente simulable, por lo que pericialmente debemos intentar apoyar las conclusiones de nuestro informe con datos objetivos: intensidad del tratamiento psicofarmacológico seguido, cumplimiento del tratamiento, mejoría del cuadro al estar de baja, tentativas autolíticas documentada, necesidad de ingresos psiquiátricos, etc.... En estos casos, resulta esencial valorar la opinión que refleje en su informe el psiquiatra que trata habitualmente al paciente.

En estos casos, lo que se nos pide como peritos es que valoremos la gravedad del caso que va a depender de la gravedad de la sintomatología y de su capacidad de adaptación a la enfermedad que puede condicionar que se produzca una incapacidad laboral para su trabajo habitual, para todo tipo de trabajo e incluso una gran invalidez.

CASOS PRÁCTICOS

CASO PRÁCTICO 1º

Se trata de un varón de 48 años, cardiópata de profesión habitual jefe de personal en una empresa constructora, que solicita una incapacidad permanente de tipo total como consecuencia de la limitación de su capacidad funcional a causa de su patología cardiovascular. Dicha solicitud le ha sido denegada por la Dirección Provincial del INSS, previo informe de la UMVI correspondiente, al considerar que la patología que sufre no supone un grado suficiente de limitación como para justificar el reconocimiento de dicha incapacidad.

DOCUMENTACIÓN APORTADA:

1. Oficio del Juzgado de Lo Social:

En el que se solicita que se emita dictamen haciendo constar las *“lesiones o secuelas que padece, indicando cual sea su incidencia sobre la capacidad laboral del mismo y en concreto si tales lesiones le impiden el desarrollo de las tareas propias de su profesión habitual”*.

2. Escrito de demanda:

Planteadas por un varón de 48 años de edad, contra el INSS y la Tesorería General de la SS, solicitando una IP total.

Hechos:

- Con en enero de 1999 la Dirección Provincial del INSS, le ha denegado la Incapacidad permanente Total, “por no alcanzar las lesiones que padece un grado suficiente de disminución de su capacidad laboral”.
- El cuadro clínico es: Comisurotomía en 1.974. Portador de prótesis mitral mecánica desde el año 1.992. Cardiopatía Reumática. Estenosis mitral severa. Normofuncionante fibrilación auricular crónica. Anticoagulado crónico. Litiasis renal.

- Estas lesiones impiden realizar su trabajo habitual de Jefe de Personal de una Empresa constructora, en los que la tensión y el estrés son elementos intrínsecos a la misma.

Prueba:

Se solicita prueba documental, aportando los informes médicos (pero no solicitan prueba pericial).

3. Informe del Servicio de Cardiología del Hospital La Paz, de junio de 1.992:

En el que figuran los diagnósticos de cardiopatía reumática, que precisó comisurotomía a los 19 años, con reestenosis mitral severa calcificada, con signos de hipertensión pulmonar calcificada, que reingresa por urgencias en situación de edema agudo de pulmón.

Visto el caso en sesión clínica, se decidió realizar tratamiento quirúrgico, para lo cual “se le avisará oportunamente”, con lo que pasa a lista de espera.

4. Informe de alta de ese mismo Servicio, con fecha de un ingreso en junio de 1.992.

Ingresa por urgencias, trasladado desde su oficina en ambulancia (no se le avisó oportunamente) y le operan de urgencia, colocándole una prótesis mecánica mitral. Está en fibrilación auricular.

Se le da el alta con el siguiente tratamiento: Sintrón, digoxina, seguril, Boi K, apocard (un antiaritmico) y dieta (sin sal, ni café, ni alcohol). Recomiendan hacer vida normal evitando esfuerzos físicos.

5. Informe quirúrgico de la intervención a la que fue sometido en de junio de 1.992.

Sin interés.

6. Informe del Servicio de Cardiología de H de La Paz de mayo de 1.995.

Destaca que se le incluye en un grado funcional I de la clasificación de la NYHA (New York Heart Association), realiza vida normal con ac-

tividad laboral. Se aprecia una elevación de enzimas hepáticas (GOT, GPT y LDH), secundaria a hígado de estasis. Se le remite al cardiólogo de área, debiendo concertar la próxima revisión a los 5 años.

7. Informe de octubre de 1.998, solicitado por la Inspección médica al cardiólogo de área sobre si se le puede dar de alta.

Contesta que el paciente se encuentra en un grado funcional II-III/IV (NYHA) y por lo que no puede realizar trabajos que requieran esfuerzos físicos ni emocionales, por lo que cree que debe pasar tribunal médico.

8. Informe de una Dra. Especialista en Medicina Legal y Forense y en Valoración del Daño Corporal, de mayo de 1.999:

Hace un resumen de la historia clínica, habla del pronóstico funcional de la estenosis mitral en general, así como de las características del puesto de trabajo de Jefe de Personal y llega a la conclusión de que el paciente está incapacitado para la realización de su trabajo.

9. Informe médico de síntesis del INSS:

En el que destaca que las posibilidades terapéuticas y rehabilitadoras son "*favorables*" (¿), y se concluye no existe agravación desde 1.992, que está incapacitado para tareas de riesgo como el transporte público y con riesgo de traumatismos por sangrado.

No se aprecian otros menoscabos y se considera incluido en un grado funcional I-II de la NYHA.

INFORME MÉDICO FORENSE DE CASO PRÁCTICO 1º:

D. José Antonio Menéndez de Lucas,
Especialista en Medicina del Trabajo de esta Clínica,
designado para verificar el reconocimiento de CASO 1º

A petición del Magistrado del Juzgado de lo Social nº x de Madrid ,
en los Autos x .

A tenor de lo ordenado tiene el honor de emitir el siguiente INFORME:

Antecedentes Laborales:

Paciente de 48 años, que trabaja como Jefe de Personal en una empresa constructora. Actualmente en situación de desempleo.

Antecedentes Patológicos:

Sufre una cardiopatía reumática que requirió comisurotomía mitral a los 19 años. Estando en lista de espera para cirugía cardíaca y tras una estresante reunión laboral (según refiere el paciente) tuvo un fallo cardíaco y se le ingresó de urgencias en La Paz, donde le implantaron una prótesis valvular mitral el 18 de junio de 1.992.

Situación y exploración actual:

Está en fibrilación auricular, anticoagulado, con elevación de enzimas hepáticos, posiblemente a consecuencia de un hígado de éstasis. Su situación funcional, en la actualidad, estaría en un grado II-III/IV de la clasificación de la NYHA. No puede realizar esfuerzos físicos, ni estar sometido a estrés emocional. Sigue tratamiento con Sintrón, Digoxina, Seguril, Boi-K, Apocard, dieta sin sal, ni café, ni alcohol y debe evitar esfuerzos.

CONSIDERACIONES MÉDICO-FORENSES:

1ª) La clasificación funcional de la NYHA, establece los siguientes grados:

Grado I Paciente cardiópata, sin disnea con el ejercicio ordinario.

Grado II Paciente cardiópata con disnea en el ejercicio ordinario.

Grado III Cardiópata con importante limitación para el ejercicio diario.

Grado IV Cardiópata con disnea de reposo.

La situación funcional del paciente estaría en un grado II o III, es bastante mala.

2ª) Debe evitar esfuerzos físicos, y situaciones que supongan estrés emocional. Además, al estar anticoagulado, debe evitar aquellas actividades que supongan un riesgo de traumatismos.

- 3ª) La ocupación de Jefe de Personal de una empresa constructora, es una actividad con importante estrés, en la que necesariamente, se ha de visitar la obra, subiendo escaleras, manteniendo largas reuniones, etc..., todo ello incompatible con la situación del informado.

CONCLUSIONES MÉDICO-FORENSES:

- 1ª) Que el paciente no puede realizar las tareas fundamentales de su profesión habitual de Jefe de Personal.
- 2ª) Que podría realizar algún otro tipo de actividad laboral sedentaria, sin riesgo de traumatismos y en la que no estuviera sometido a importante estrés emocional.

En Madrid a catorce de febrero del 2000.

Es cuanto tiene el honor de informar a V. I., según su leal saber y entender.

CASO PRÁCTICO 2ª

Acude a reconocimiento en la Sección de Medicina del Trabajo de la Clínica Médico Forense de Madrid una limpiadora de 41 años de edad, que estando trabajando (accidente laboral) sufrió una caída por unas escaleras y se golpeó en el cuello. A pesar de haber sido dada de alta por su Mutua de accidentes de trabajo, manifiesta seguir sufriendo molestias, por lo que considera que aún no está en condiciones de trabajar y plantea ante el Juzgado de Lo Social una **demanda por impugnación de alta médica**. El Magistrado del Juzgado de lo Social, solicita nuestra valoración pericial.

DOCUMENTACIÓN APORTADA:

1. Oficio del Juzgado de lo Social:

Para que se “proceda al examen de Dª Marta García Pérez, parte demandante en el presente procedimiento, y una vez examinada remita informe de su resultado; acompañándose al presente copia de la demanda”.

2. Escrito de demanda:

En la que se formula demanda de impugnación de alta médica, contra el INSS, la Tesorería de la SS, La Mutua laboral y la empresa LIMPIEZAS EN GENERAL SA.

Hechos:

1. Que la demandante sufrió un accidente laboral en diciembre del 98, al caer por unas escaleras, siendo diagnosticada de contractura muscular cervical, siendo atendida por su Mutua de accidentes laborales, que extendió el alta médica el 11/04/99.
2. Que actualmente “*continúa impedida para el trabajo, ya que mantiene la mano derecha inflamada con tirones que le irradian hasta las cervicales*”. Pese a ser dada de alta por el médico de la Mutua ha sido inmediatamente dada de baja por su médico de la SS.
3. Que ha formulado escritos de impugnación ante la mutua y el INSS, sin recibir contestación.

Medios de Prueba:

— Que se requiera al Traumatólogo del INSS Dr. García.

— Que “*habiendo manifestado el referido facultativo la imposibilidad de comparecer a juicio, esta parte al carecer de medios económicos, solicita que por el médico forense se emita informe acerca de si la actora a consecuencia del accidente de trabajo precisa asistencia sanitaria de manera temporal en cuanto su sentido es eminentemente curativo y recuperador de salud*”. (i).

3. Escrito solicitando al Juzgado de lo Social un Abogado de Oficio y Justicia Gratuita.

4. Sendos escritos de impugnación del alta médica dirigidos a la Mutua y al INSS.

5. Informes del Servicio de Urgencias de la Fundación Jiménez Díaz, de fechas:

- 25/12/98: Refiere dolor cervical postraumático irradiado a ambos hombros, con contractura de trapecio bilateral. J.C.: cervicalgia postraumática. Tto: reposo relativo, collarín 7 días, Robaxisal compuesto 2 cada 8h., calor local y control por su médico de cabecera.
- 27/02/99: Acude remitido por su traumatólogo de zona por haber sufrido dolor tras rehabilitación. J.C. contractura muscular cervical. Tto: collarín 10 días, calor seco local, Robaxisal compuesto 2 cada 6h. y control por su médico de zona.
- 11/03/99: Paciente que acude por cervicalgia tras accidente laboral, que ha empeorado con los ejercicios de rehabilitación, refiere mareos y vértigos relacionados con los movimientos del cuello. J.C.: contractura muscular cervical. Dolor cervical sin déficit neurológico. Al no haber mejorado con tratamiento conservador y RHB, y llevar más de 2 meses de evolución, “sugieren” que sea estudiado por el traumatólogo de zona. Tto: collarín otros 10 días, más Robaxisal y más control por su médico de cabecera.

6. Parte de alta de FREMAP de fecha 11/03/99:

No señalan causa del alta.

7. Parte de baja del médico de cabecera de fecha 12/03/99:

No pone causa de la baja, ni duración probable.

ANAMNESIS DE LA PACIENTE:

Refiere dolor irradiado a MMSS, con cefaleas y agarrotamiento cervical posterior, vértigos y mareos con los giros de cabeza. Actualmente sin collarín.

Nos dice que un día sufrió un fuerte dolor cervical al hacer los ejercicios de rehabilitación y que ha puesto una reclamación porque no está conforme con su tratamiento.

No se considera en condiciones de trabajar, ya que tiene gran dolor y contractura muscular al realizar esfuerzos musculares.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Presenta una importante contractura bilateral del trapecio, sin limitación de los movimientos de flexo-extensión, lateralidad ni rotación cervical.

Presenta una discreta pérdida de fuerza en los dedos 4º y 5º de la mano derecha, sin alteración de los reflejos osteotendinosos.

INFORME MÉDICO FORENSE DEL CASO PRÁCTICO 2º:

D. José Antonio Menéndez de Lucas,
especialista en Medicina del Trabajo de esta Clínica,
designado para verificar el reconocimiento
de MARTA GARCÍA PÉREZ.

A petición del Magistrado del Juzgado de lo Social nº X,
en los Autos D-XX/99.

A tenor de lo ordenado tiene el honor de emitir el siguiente INFORME:

Antecedentes Laborales:

Tiene 41 años, lleva 6 años trabajando como limpiadora. Actualmente en situación de baja laboral.

Antecedentes Patológicos:

No refiere enfermedades de interés, excepto un accidente laboral el 21/12/98 consistente en una caída por las escaleras, en que fue diagnosticada de cervicalgia postraumática.

Siguió tratamiento conservador (collarín, miorrelajantes y antiinflamatorios) y rehabilitador.

Fue dada de alta en su Mutua el día 11/03/99, siendo dado de baja a continuación por su médico de cabecera.

Situación y exploración actual:

Movilidad cervical conservada.

Pérdida de fuerza en los dedos 4º y 5º de la mano derecha, sin alteraciones sensitivas.

Importante contractura muscular cervical posterior.

CONCLUSIONES MÉDICO-FORENSES:

- 1) Que las molestias que sufre la informada son de entidad suficiente, como para que esté en la actualidad en situación de baja laboral.
- 2) Que esta situación de baja es consecutiva al accidente laboral que sufrió el día 21/12/98. Ya que en ningún momento ha desaparecido la sintomatología lo suficiente como para considerar el alta.

En Madrid a diez de enero de 2000.

Es cuanto tiene el honor de informar a V. I., según su leal saber y entender.

CASO PRÁCTICO 3º

DOCUMENTACIÓN APORTADA:

1. Oficio del Juzgado de lo Social: (documento 1)

Para que sea examinado el Sr. GARCIA PEREZ, por un especialista en medicina laboral remitiéndole la copia de demanda, etc...

Tiene fecha 2 de septiembre, y nos avisan que el juicio se celebrará el 18 de Octubre.

2. Escrito de Demanda: (documento 2)

Tiene fecha de 29 de Julio de este año. Nos dice que la profesión habitual del Sr. García es Oficial de 1ª de recauchutador desde hace 25 años, explicándonos minuciosamente en lo que consiste esta actividad laboral.

Trata de describir las dolencias sufridas por el demandante. En el apartado de Súplica, solicita *una Incapacidad permanente TOTAL*.

Y propone periciales de una psicóloga clínica, un reumatólogo, una trabajadora social y un médico forense.

3. Informe del Servicio de Reumatología del H. de Leganes de 17 de octubre de 1.998. (documento 3):

Destaca que han visto al paciente desde noviembre de 1.994 por “osteoporosis juvenil idiopática”, que tiene un dolor invalidante vertebral continuo que ha aumentado en intensidad hasta hacerse insoportable (escala analógica del dolor de 10).

En Julio del 98, ya habían solicitado interconsulta a la Unidad del Dolor y a Psiquiatría.

Dice que aunque no se evidencia empeoramiento objetivable de la osteoporosis (en las densitometrías), el dolor es cada vez más invalidante y no ha mejorado con los tratamientos farmacológicos. Consideran que el síndrome doloroso del paciente “no va a mejorar y por ello el paciente no estará en condiciones de trabajar”.

Hacen el diagnóstico de Osteoporosis Idiopática Juvenil. Síndrome doloroso crónico y lo tratan con analgésicos (Efferalgan 1g/6h.) y MST 10 mgr. por las noches.

4. Informe de la Unidad del Dolor del H. de Getafe de 4 de Marzo de 1.999. (documento 4):

Se propone el cambiar los opiáceos orales por una administración intratecal (para disminuir los efectos secundarios).

Terminan el informe escribiendo con mayusculas “DADA LA SITUACIÓN DEL PACIENTE CONSIDERO QUE NO ESTÁ CAPACITADO PARA REALIZAR NINGÚN TIPO DE TRABAJO”.

5. Otro informe de la Unidad del Dolor, de 28 de Marzo de 1.999. (documento 5):

Diciendo que tras colocar el catéter intradural e iniciar la infusión de cloruro mórfico, el paciente hizo una retención urinaria (por hipertrofia prostática) que requirió sondaje y administración de naloxona. Se desaconseja, por lo tanto, la infusión intradural de opiáceos.

Insisten en que “no está capacitado para realizar una vida laboral normal dada su situación clínica, sufriendo además un importante deterioro psicológico como consecuencia de sus pleitos laborales y de la ausencia de reconocimiento de su invalidez”.

6. Resolución de un Centro Base de Minusvalidos de la Comunidad de Madrid de Junio de 1.999. (documento 6):

En la que se revisa el grado de minusvalía que tenía anteriormente aumentándolo a un 67 %.

7. Informe de un Reumatólogo (a instancia de parte) de 30 de Junio del 99. (documento 7):

Hace una estupenda historia clínica concluyendo que el paciente no debe realizar actividades que supongan riesgo de traumatismos y que tiene limitación incluso para realizar AEVD.

8. Informe de una especialista en valoración del daño corporal de 29 de Agosto de 1.997 (documento 8):

Está algo desfasado, ya que no recoge los últimos acontecimientos.

9. Resolución de la Dirección Provincial de Madrid del INSS de Julio de 1.999. (documento 9):

En la que se desestima la reclamación interpuesta por el interesado, al no concederle la Invalidez Total que solicitó.

Dicen que “las lesiones que le han sido objetivadas se encuentran debidamente valoradas, y la resolución impugnada ha sido dictada con arreglo a derecho”.

Advierten que dispone de 30 días para interponer demanda ante el Juzgado de lo Social, si no está conforme con esta resolución.

10. Informe del Psiquiatra del H. de Getafe de octubre de 1999. (Documento 10):

Informa que tratan al paciente desde Julio de 1.998, habiéndole diagnosticado de “cuadro depresivo adaptativo prolongado, que no ha experimentado mejoría dada la mala evolución de su problema somático”.

Le tratan con ansiolíticos (Valium), antidepresivos (Aremis) y analgésicos opiáceos (metadona), en colaboración con la Unidad del Dolor de dicho Hospital.

INFORME MÉDICO FORENSE DE CASO PRÁCTICO 3º:

D. José Antonio Menéndez de Lucas, Especialista
en Medicina del Trabajo de esta Clínica,
designado para verificar el reconocimiento
de CASO PRÁCTICO 3º.

A petición del Magistrado del Juzgado de lo Social nº x de Madrid ,
en los Autos x .

A tenor de lo ordenado tiene el honor de emitir el siguiente INFORME:

Antecedentes Laborales:

Varón de 46 años. Ha trabajado desde 1.975 como montador de cintas transportadoras, realizando tareas de recauchutado. Actualmente está en situación de desempleo. Tiene concedida una minusvalía del 67% desde junio de este año.

Antecedentes Patológicos:

- Dolor somático secundario a osteoporosis idiopática refractaria a los tratamientos analgésicos habituales.
- Hipertrofia prostática,
- Úlcera duodenal.
- Alérgico al pólen.
- Cuadro depresivo adaptativo prolongado.

Situación y exploración actual:

Dolor crónico de espalda, cintura escapular, cintura pélvica y pies.

Este cuadro doloroso está siendo tratado en la Unidad del Dolor del Hospital Severo Ochoa con analgésicos morfínicos (metaseolín = metadona 10-0-10) asociados a 1 gr. de Efferalgan 3 veces al día.

Su cuadro psicopatológico precisa de tratamiento ansiolítico y anti-depresivo.

Además sigue un tratamiento de su enfermedad reumática con calcio y hormonas.

CONCLUSIONES MÉDICO-FORENSES:

- 1^a) La situación funcional del paciente consecutiva a su cuadro doloroso, sus limitaciones de motilidad y los efectos secundarios de la medicación que sigue, le impiden la realización de cualquier tipo de profesión u oficio, no solamente realizar las tareas esenciales de su profesión habitual.
- 2^a) El pronóstico del cuadro es muy malo, ya que sus molestias previsiblemente, tenderán a agravarse con el paso del tiempo.

Es cuanto tiene el honor de informar a V. I., según su leal saber y entender.

CASO PRÁCTICO 4º

Documento 1: Oficio del Juzgado de lo Social:

De fecha 6 de septiembre de 1.999, en el que se solicita la emisión de informe antes de la fecha de celebración del juicio oral (14.10.99), *“relativo a las lesiones y secuelas que actualmente padece la demandante, así como la influencia de las mismas en relación a su capacidad laboral”*.

Documento 2: Escrito de demanda:

Fecha de la demanda 17 de agosto de 1.999. Es una demanda de incapacidad permanente total para su profesión habitual de empleada del hogar. Las lesiones que padece la informada son:

1. Rinoconjuntivitis y asma bronquial extrínseca persistente por sensibilización a ácaros del polvo, epitelios de gatos y perros, hongos y plumas. Sensibilización subclínica a pólenes. El cuadro alérgico se desencadena y empeora con su trabajo habitual de limpiadora.
2. Asma de esfuerzo.
3. Cervicalgia intensa incapacitante. Protusión discal postero-medial a nivel C5-C6.
4. Cuadro ansioso depresivo.

Expone las diferentes actividades que realiza en su profesión y como dificultan estas sus dolencias. Su base reguladora es de 100.000 ptas. Tiene 58 años.

Se solicita una pensión del 55 % de su base reguladora, pero se advierte que debe ser incrementada en un 20 % en razón de su edad y falta de preparación (sería la antigua incapacidad total cualificada).

Propone como prueba pericial médica que se emita por la Clínica Médico Forense de Madrid informe en relación a las lesiones y secuelas que actualmente padece la demandante, así como sobre la influencia de las mismas en su capacidad laboral. Además se propone interrogatorio de un perito médico que aportará esta parte en el acto del juicio oral.

Documento 3: Petición de interconsulta al alergólogo de fecha 9 del 10 de 1.998.

Se diagnostica como alergia respiratoria profesional en relación a productos de limpieza, con periodos de reagudización.

Documento 4: Informe de Servicio de Alergología de la Fundación Hospital de Alcorcón, de fecha 30.11.98.

Desde hace un año y medio presenta con la exposición a productos de limpieza y con perros, gatos y pájaros un cuadro de rinoconjuntivitis y asma bronquial extrínseco.

Documento 5: Otro informe del Servicio de Alergología de la Fundación H. de Alcorcón, de fecha 18.01.99:

Es prácticamente idéntico al anterior, pero en el apartado de tratamiento añade: *“No debe exponerse a productos de limpieza, polvo ni animales a los que está sensibilizada por lo que se recomendaría si le es posible, dejar su actividad laboral actual”*.

Documento 6: Recomendaciones de desalergización:

Se aporta el impreso de las medidas de desalergización, en el que se subraya, que se debe limpiar el polvo en ausencia del paciente, se evitará animales de pelo y pluma. Se limitará el uso de sustancias irritantes como insecticidas y ambientadores.

Documento 7: Informe de una RMN de columna cervical de fecha 27.12.97:

Existe una pequeña protrusión focal posteromedial C5-C6, pero sin compromiso medular.

INFORME CASO PRÁCTICO 4º***Encabezamiento habitual:*****Antecedentes Laborales:**

Paciente de 59 años, que ha trabajado los últimos 3 años como limpiadora doméstica. Actualmente en situación de desempleo.

Antecedentes Patológicos:

Desde hace 3 años sufre un cuadro de rinoconjuntivitis alérgica y asma bronquial extrínseco persistente por sensibilización a epitelios de

animales domésticos, hongos, polvo y pólenes. Además tiene asma de esfuerzo y hernia discal cervical a nivel C5-C6.

Situación actual:

Se producen reagudizaciones de su sintomatología asmática con crisis de broncospasmo, estornudos, disnea, aumento de la secreción nasal, lagrimeo y sibilancias al estar en contacto con los alérgenos citados o al realizar esfuerzos físicos.

Dolor cervical irradiado a brazo derecho (es diestra) relacionado con la hernia discal C5-C6, demostrada en la resonancia magnética.

CONCLUSIONES MÉDICO-FORENSES:

- 1) Que la patología que sufre la informada le incapacita para estar en contacto con ambientes en los que hay polvo, ácaros, caspa de animales o productos de limpieza irritantes. Además sufre crisis de disnea al realizar esfuerzos físicos.
- 2) Que esto implica que no puede realizar las tareas esenciales de su profesión habitual de limpiadora.
- 3) Que podría realizar otro tipo de actividad laboral sedentaria, en la que estuviera en contacto con sustancias a las que está sensibilizada.

Es cuanto tiene el honor de informar a V.I., en Madrid a 5 de Octubre de 1.999.

CASO PRÁCTICO N° 5:

Documento 1) Oficio del Juzgado de lo Social:

De fecha 18 de Julio de 1.999, para que se proceda a examinar al demandante del presente procedimiento D. CARLOS GARCÍA PÉREZ, por el médico forense que por turno corresponda.

Documento 2) Escrito de demanda:

Solicita una incapacidad permanente absoluta.

La profesión habitual del demandante es la de jefe de equipo de lavandería.

Habiendo estado en incapacidad temporal desde el 3 de Octubre de 1.997 hasta Enero de 1.999, el 30 de Marzo de 1.999, se le denegó la incapacidad permanente al estimar que no existen reducciones anatómicas o funcionales que anulen su capacidad laboral.

Resume el cuadro clínico como:

1. Hernia discal L5-S1, intervenida en octubre de 1.997.
2. Fibrosis periradicular y hernia discal L4-L5, intervenida en Marzo de 1.998.
3. Radiculopatía L5-S1 leve como secuela.
4. Reacción ansiosa-depresiva.

Refiere que el dolor crónico lumbociático no le permite realizar esfuerzos físicos, ni levantar pesos o mantenerse en bipedestación prolongada, con lo que está incapacitado para realizar las tareas fundamentales de su profesión habitual.

Su base reguladora asciende a 210.000 ptas. al mes.

Solicita, así mismo una prueba pericial médica consistente en que *“el médico forense de los Juzgados, examine y emita informe del actor, sobre la identidad de las dolencias, grado de menoscabo de las mismas, sintomatología, secuelas, tareas realizables, etc...”*.

Documento 3) Informe del Servicio de Neurocirugía de la Fundación Jiménez Díaz de Junio de 1.999.

Resume la historia clínica diciendo que el paciente acudió con un cuadro de lumbociática derecha, con Laseg a 30°, ROT con disminu-

ción del Aquileo derecho conservando la fuerza y sensibilidad. Sobre peso de 20 kgr. En la RMN se aprecia una hernia L5-S1.

Como persiste el cuadro, a pesar de haber adelgazado 14 Kgr. Se decide intervenirle quirúrgicamente el 6 de Octubre de 1997. No se consiguió que desapareciera el dolor irradiado a MID.

Se realiza una nueva RMN apareciendo una fibrosis postquirúrgica en el espacio operado y una nueva hernia a nivel L4-L5. Se reinterviene el 23 de Marzo del 1.998.

Continúa con dolor intenso, a pesar de haber realizado una rizolisis. En la última RMN hay fibrosis en L4-L5 y en L5-S1 con un fragmento en L4-L5.

Se decide iniciar un tratamiento en la Unidad del Dolor, antes de plantearse una nueva intervención.

Documento 4) Receta de la Unidad del Dolor del Hospital Gregorio Marañón:

Es de fecha 14 de Junio de 1.999, y se receta:

1. Aremis (antidepresivo ISRS).
2. Myolastan (relajante muscular).
3. Trankimazin (Benzodiacepina).
4. Adolonta 50 (1-1-1) (analgésico opiáceo).
5. Neuzentin 300 (AINE).
6. Duphalac (Laxante).

Documento 5) Informe clínico laboral de una Especialista en Medicina del Trabajo de la Unidad de Salud laboral de la Comunidad de Madrid.

Es un informe a petición del interesado de fecha 24 de Agosto de 1.999, en el que se dice que el trabajador ha sido seguido en esa Unidad desde que estaba en situación de Incapacidad Temporal.

Hace una buena historia clínica y en relación a la situación actual nos dice que se ha reincorporado a su trabajo, pero que lo desempeña con gran dificultad y numerosas bajas.

Considera que el trabajador se encuentra en situación de estabilidad lesional, no siendo sus lesiones susceptibles de curación o mejoría.

Incluso el desplazamiento en coche al trabajo, así como permanecer en bipedestación continuamente, son factores que posiblemente agraven su situación.

Termina haciendo unas “Consideraciones Médico-Legales” diciendo que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (31/95) establece en su art.25 que los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en que puedan ellos u otros, ponerse en situación de peligro. Concluyendo que en este caso “existen limitaciones para la realización de su trabajo habitual”.

INFORME CASO PRÁCTICO 5º

Encabezamiento habitual:

A tenor de lo ordenado tiene el honor de emitir el siguiente INFORME:

Antecedentes Laborales:

Varón de 39 años, con un trabajo habitual de Jefe de Lavandería de una empresa de la Comunidad de Madrid. Comenzó la incapacidad laboral en Octubre de 1.997, por un cuadro de lumbalgia, agotando el plazo en abril de 1.999. Actualmente está en activo.

Antecedentes Patológicos:

- Hernia discal L5-S1 intervenida en octubre del 97.
- Hernia discal L4-L5 intervenida en marzo del 98.
- Radiculopatía crónica L5-S1 leve.
- Trastorno ansioso-depresivo.

Situación Actual:

Sufre un dolor lumbar crónico y constante que se irradia por la cara posterior del muslo y pierna derecha, hasta llegar al pie. Mejora con el reposo, pero sin llegar a desaparecer. Está desempeñando su trabajo con gran dificultad y numerosos periodos de baja.

Tiene dificultad para la deambulación y bipedestación prolongada con inestabilidad por falta de fuerza en el miembro inferior derecho. Actualmente está siendo tratado en la Unidad del Dolor del Hospital Gregorio Marañón.

Sufre una reacción adaptativa de tipo ansioso-depresiva que precisa tratamiento psicofarmacológico. No puede realizar trabajos que requie-

ran esfuerzos físicos, ni permanecer en bipedestación o deambulación prolongada.

CONCLUSIÓN MÉDICO-FORENSES:

— Que consecutivamente a la patología anteriormente descrita, el paciente no puede realizar las tareas fundamentales de su profesión habitual de Jefe de Equipo de lavandería.

Es cuanto tiene el honor de informar a V.I.

En Madrid, a 24 de Agosto de 1.999

CASO PRÁCTICO 6º

Documento 1) Oficio del Juzgado de lo Social:

De fecha 24 de mayo de 1.999, en el que se solicita que se proceda al examen de D^a Marta García Pérez y emita su oportuno informe.

Documento 2) Escrito de Demanda:

Es una demanda “*en solicitud de reconocimiento de prestación de incapacidad permanente*”. Dice que el 29 de Enero de 1.999 fue denegada esta prestación, argumentando el EVI que “carece de cualquier motivación y no se ajusta a los requisitos reglamentarios establecidos”.

Concreta estas dolencias como:

1. Bronquitis asmática intrínseca. Bronquiectasias.
2. Crisis de Broncoespasmos muy frecuentes que han precisado atención urgente en alguna ocasión, con disnea a moderados esfuerzos y de reposo durante la crisis.
3. Ceguera del ojo izquierdo, en el que fui trasplantada de córnea a los 11 años, con queratitis de repetición y astigmatismo miópico en el ojo derecho.

Desde Octubre del 98 a Febrero del 99, tuvo que acudir al Servicio de Urgencias por crisis de broncoespasmos en cuatro ocasiones.

Relaciona a continuación sus dolencias, con las tareas fundamentales de su profesión habitual de limpiadora, en la que se realizan esfuerzos físicos, y con frecuencia tiene que estar en contacto con productos de limpieza irritantes, así como en ambientes cargados de polvo. Estas circunstancias agravan sus afecciones respiratorias. Son dolencias de carácter crónico e irreversible.

En el apartado de súplica solicita una incapacidad permanente absoluta “*o que, subsidiariamente, para el improbable caso que se me desestime la anterior petición, se me reconozca la prestación de incapacidad permanente total para mi profesión habitual de limpiadora*”.

Como prueba pericial solicita “la intervención de un médico-forense adscrito a esos Juzgados de lo Social, para que proceda a mi examen y emita su oportuno informe en el acto del juicio.

Documento 3) Escrito de desestimación de la solicitud de Invalidez.

De fecha 8 de Abril de 1999, en el que se desestima su solicitud argumentando que las lesiones que le han sido objetivadas se encuentran debidamente valoradas, y la resolución impugnada ha sido dictada con arreglo a derecho.

Contra esta resolución se puede interponer demanda ante el Juzgado de lo Social en el plazo de 30 días a partir del siguiente a su fecha de recepción.

Documento 4) Diferentes gasometrías de los meses de Enero, Febrero y Junio de 1999.**Documento 5) Informe clínico de urgencias de fecha 13 de Febrero de 1.999:**

En el que se refiere que la paciente, bronquítica asmática, presenta un cuadro de disnea intensa de varios días de evolución y cuya intensidad ha aumentado en las últimas dos horas.

Se diagnostica como broncoespasmo y se trata con aerosoles, urbasón 60 mgr. i.m., y líquidos, además del tratamiento habitual.

Documento 6) Informe clínico del Médico de Cabecera:

Es un informe de fecha 14 de Junio de 1.999, en el que se resume su historial clínico (Amaurosis O.I., queratitis de repetición y astigmatismo miópico en el O.D., cólicos nefríticos, bronquitis asmática intrínseca, bronquiectasias y crisis de broncoespasmos frecuentes.

En la exploración actual destacan algunas sibilancias, y añade el tratamiento seguido en la actualidad.

Documentos 7, 8 y 9) Informes del Instituto de la Salud Carlos III:

Son informes de revisión y de urgencias de fechas: 6 de Noviembre de 1.996, 4 de Enero de 1.997 y 18 de Enero de 1.999.

Se mantiene el diagnóstico de bronquitis asmática y de crisis de broncoespasmo.

Documento 10) Espirometría de fecha 18 de Diciembre de 1.998.

Documento 11) Informe de Urgencias del H. 12 de Octubre de fecha 7 de Octubre de 1.998:

Acude por una queratitis herpética en el Ojo Izquierdo (que es el ojo transplantado y amaurótico), no es el ojo derecho como dice en el escrito de demanda.

INFORME MÉDICO FORENSE DEL CASO PRÁCTICO 6º:***Encabezamiento habitual:***

A tenor de lo ordenado tiene el honor de emitir el siguiente INFORME:

Antecedentes Laborales:

Mujer de 42 años de edad, que ha trabajado durante 9 años en varias empresas de limpieza. Actualmente en situación de desempleo y no tiene reconocida minusvalía, ni incapacidad alguna.

Antecedentes Patológicos:

- Transplante de córnea del ojo izquierdo a los 11 años de edad, consecutivo a una queratitis postraumática. Actualmente el O.I. está amaurótico y con molestias por queratitis herpéticas de repetición.
- Cólicos nefríticos frecuentes.
- Bronquitis asmática intrínseca con bronquiectasias y frecuentes crisis de broncoespasmo que la obligan a acudir a Urgencias.

Situación y exploración actual:

El ejercicio físico moderado y los ambientes cargados de polvo o la aspiración de vapores de productos de limpieza, le desencadenan crisis de broncoespasmo.

CONCLUSIONES MÉDICO-FORENSES:

- 1ª) La patología que sufre la informada le incapacita para realizar las tareas fundamentales de su profesión habitual de limpiadora.

2ª) Podría realizar algún tipo de actividad laboral, de carácter sedentario, que se desarrollara en ambiente no cargados de polvo, ni expuestos a vapores irritantes.

Es cuanto tiene el honor de informar a V. I., según su leal saber y entender.

CASO PRÁCTICO 7º

1) Oficio del Juzgado de Lo Social:

Para que se proceda al reconocimiento y emisión de informe médico de D^a ALICIA GARCÍA PÉREZ.

2) Escrito de demanda:

Se solicita una Incapacidad Permanente Total, para la profesión habitual de limpiadora derivada de enfermedad común, así como el derecho a percibir una pensión vitalicia del 55% de su base reguladora mensual de 153.119 Ptas.

Hechos:

Después de finalizar el contrato de tres años que tenía con una empresa de limpiezas, solicitó las prestaciones por desempleo y estando en esta situación fue dada de baja médica por la SS, iniciando así la situación denominada “ILT-desempleo”, el 7/2/97, con el diagnóstico de:

“queratocono en ambos ojos”.

Anteriormente la paciente había sido diagnosticada en el INSALUD de miopía magna bilateral (- 14 dioptrías en OD y - 17 dioptrías en OI) con una agudeza visual con corrección de: OD = 1/3 (0,3) y OI = 1/2 (0,5).

Posteriormente 30/5/97, se emiten los siguientes diagnósticos:

“Astigmatismo irregular por queratocono en ambos ojos. Atrofia coriorretiniana miópica. Desprendimiento de vítreo posterior en ambos ojos”.

El INSALUD emite un parte de alta el 2/6/97 al entender que la patología que sufre la paciente no impide su actividad laboral.

Se interpone una demanda por alta improcedente en un Juzgado de Lo Social de Madrid y se gana (sentencia de 15/10/97).

Posteriormente fue intervenida del queratocono del OD, mediante una queratoplástia penetrante, que a pesar de realizarse sin complicaciones, redujo la agudeza visual de ese ojo de 0,3 a 0,10. (quedando la visión del OI como estaba, es decir de 0,5).

Dice además que por su patología ocular “existe una absoluta contraindicación de la realización de las actividades que exijan cualquier tipo

de esfuerzo físico incluso los más leves” (¿). Esta es una afirmación, que el letrado introduce de su propia cosecha, sin fundamento médico alguno.

No solicita prueba pericial alguna.

3) Documento 3: Informe de un Conocido Centro de Cirugía Refractiva de Madrid de fecha 20/12/96:

Con una AV corregida de OD = 0,5 con -17 D y OI = 0,6 con -14 D. Diagnostican queratocono, atrofia coriorretiniana por retinopatía miópica y desprendimiento de vítreo bilateral. Aconsejan la baja laboral.

4) Documento 4: Otro informe de este Centro de fecha 30/05/97:

Con AV de OD = 0,3 y OI = 0,4

5) Documento 5: Informe Oftalmológico del Servicio de Oftalmología de un Hospital Privado de Madrid, de fecha posterior al 2/3/98:

Nos aporta un dato importante: Entre los antecedentes oftalmológicos del paciente figura “cirugía de miopía con Laser excimer hace 14 meses por el Dr. (un famoso oftalmólogo) y diagnosticada posteriormente de queratocono bilateral”.

Propone como opción terapéutica la queratoplastia penetrante del OD, como solución a su queratocono (que origina una AV de 0,2).

6) Informe de H. Príncipe de Asturias (Hospital Público de Alcalá de Henares) de 12/05/98:

En el que se dice que se realizó una queratoplastia penetrante el 7 de Marzo de 1.998, del OD, cursando el postoperatorio con normalidad.

7) Parte de alta 03/08/98 por propuesta de Invalidez.

8) Nuevo informe del H. Príncipe de Asturias de 09/09/98:

Diciendo que evoluciona adecuadamente.

9) Nuevo Informe de la Clínica Oftalmológica de 2/2/99:

En el que dice que la paciente les manifiesta haber sido intervenida mediante queratoplastia penetrante en OD. Y que la visión con la que queda ese ojo es de 0,10.

Dice que con una visión de 0,10 y 0,40 en el otro ojo “quedan muy limitadas sus funciones físicas y por lo tanto laborales”.

CASO PRÁCTICO 7º:

Encabezamiento habitu

Antecedentes Laborales:

Mujer de 46 años, que ha trabajado como limpiadora durante más de 16 años. Actualmente en situación de desempleo.

Antecedentes Patológicos:

Cefaleas, espondiloartrosis con afectación predominantemente a nivel cervical, con cuadro vertiginoso. Alergia de causa desconocida.

Miopía magna bilateral de aproximadamente -17.00 D en O.D. y -18.00 D en el O.I., con coriorretinitis miópica y queratocono bilateral. Fue operada mediante láser excimer en el O.D. (cirugía refractiva de la miopía), se complicó la intervención, requiriendo finalmente un trasplante corneal. La visión de ese ojo en la actualidad es muy mala.

Situación y exploración actual:

La agudeza visual con corrección actual es de O.D. menor de 0,10 (que no mejora con estenopeico) y de O.I.= 0,4 que mejora con estenopeico a 0,5.

CONCLUSIONES MÉDICO-FORENSES:

1. La visión tan precaria que tiene el la actualidad la paciente, le impide realizar las tareas fundamentales de su profesión habitual de limpiadora.

2. Las dolencias que sufre la informada tienen un carácter crónico irreversible y tendente al agravamiento progresivo con el paso del tiempo.

Es cuanto tiene el honor de informar a V.I., según su leal saber y entender, en Madrid a catorce de febrero de 1.999.

CASO PRÁCTICO 8º

Documento 1º) Oficio del Juzgado de lo Social:

Nos pide valorar las secuelas oculares consecutivas a un accidente de tráfico conforme al baremo de la Ley 30/95 de Ordenación y supervisión de los Seguros Privados.

Documento 2º) Informe Oftalmológico:

Paciente de 17 años que sufrió un accidente de tráfico el pasado 1/9/98. Fue ingresado en la UCI de este Hospital con TCE severo. Se aprecia, estando en la UCI un importante traumatismo en el OD, con varias heridas corneales, no perforantes con desepitelización de más del 50% de la superficie corneal, así como un hifema de unos 3 mm. de altura y una midriasis postraumática. Se tratan las heridas corneales mediante pomada epitelizante y oclusión, añadiendo antiinflamatorios (VARIDASA) para favorecer la reabsorción del hifema.

Al cuarto día de su ingreso pasa a planta, y se aprecia una úlcera corneal. Se realiza un raspado de la úlcera y en el cultivo aparece una pseudomona sensible a Gentamicina. A mejorado el hifema y persiste la midriasis. En el OI no se aprecia ninguna alteración. Se trata con colirio de Gentamicina cada dos horas durante 5 días, mejorando mucho la úlcera, y se revisa en consulta de oftalmología con la siguiente:

Exploración Oftalmológica:

AV: (sin corrección) OD = 0.5 NME y OI = 1.

MOI: midriasis arrefléxica en OD por parálisis postraumática de esfínter del iris.

MOE: Hipertropía OI que se neutraliza con 3 dioptría prismáticas de base superior en OD y otras 3 dióptrías prismáticas de base inferior en el OI. Test rojo (OD): Diplopía vertical en todas las posiciones diagnósticas. Mayor en la dextroinfraversión.

BMC: OD = leucoma de 3 x 2 mm. En el sector temporal superior que afecta parcialmente el área pupilar. El hifema está completamente resuelto y persiste una anisocoría por midriasis por lesión del esfínter pupilar. OI = Normal.

FO (AO) = papilas de coloración y bordes normales. No se aprecian alteraciones vasculares, ni del parenquima retiniano.

Juicio clínico:

- 1.- Parálisis postraumática del IV par (patético o troclear) del OI.
- 2.- Leucoma corneal que afecta parcialmente al área pupilar en el OD (AV = 0,5).
- 3.- Parálisis postraumática del esfínter pupilar del OD.

Tratamiento:

Se prescriben los siguientes prismas: OD = 3 DP base superior y OI = 3 DP base inferior.

Evolución:

15-6-99: AV: OD = 0.6 NME y OI = 1

MOE: No diplopia con la corrección prismática.

BMC: Persiste el leucoma del OD, así como la midriasis postraumática. OI no se aprecian alteraciones del polo anterior.

FO: Papilas, vasos y membranas internas de ambos ojos normales.

20-10-99: La exploración oftalmológica no ha experimentado modificaciones.

INFORME DEL CASO PRÁCTICO 8º**Encabezamiento habitual:**

Ha tenor de lo ordenado tiene el honor de emitir el siguiente, INFORME:

Anamnesis:

Varón de 17 años que sufrió un accidente de tráfico el pasado 1/9/98. Fue ingresado en la UCI de este Hospital con TCE severo. Tuvo una contusión en el O.D. con desepitelización de más del 50% de la córnea, hifema de 3mm. y midriasis postraumática. Se complicó con una úlcera corneal bacteriana por pseudomona.

Exploración Oftalmológica:

AV sc: OD = 0.6 NME y OI = 1

MOI: Se aprecia una midriasis arrefléxica en el OD por parálisis postraumática del esfínter pupilar.

MOE: Hipertropía OI que se neutraliza con 3 dioptría prismáticas de base superior en O.D. y otras 3 dióptrías prismáticas de base inferior en el OI Test rojo (OD): Diplopía vertical en todas las posiciones diagnósticas. Mayor en la dextroinfraversión.

BMC: OD = leucoma de 3 x 2 mm. En el sector temporal superior que afecta parcialmente el área pupilar. El hifema está completamente resuelto y persiste una anisocoría por midriasis por lesión del esfínter pupilar.

FO: Normal en A.O.

Juicio clínico:

- 1.- Parálisis postraumática del IV par (patético o troclear) del OI.
- 2.- Leucoma corneal que afecta parcialmente al área pupilar en el OD (A.V. = 0,5).
- 3.- Parálisis postraumática del esfínter pupilar del OD.

CONSIDERACIONES MÉDICO-FORENSES:

A) Consideramos las siguientes secuelas:

- Parálisis postraumática del IV par del OI, que ocasiona una diplopía vertical en todas las posiciones de la mirada corregible mediante prismas.
- Parálisis postraumática del esfínter pupilar del OD.
- Disminución de AV del OD (AV = 0,6 que NME), por leucoma consecutivo a úlcera corneal por infección nosocomial.

B) La valoración de estas secuelas conforme al baremo contenido en la Ley 30/95 de ordenación y supervisión de Seguros Privados, sería:

1. *La parálisis del IV par del OI*, ocasiona una diplopía, que aunque pueda corregirse mediante prismas, ocasiona un importante incremento de la fatiga visual en cualquier tipo de esfuerzos visuales tanto en la visión de cerca como de lejos (leer, ordenador, conducir, ver TV, estudiar, etc...). En el baremo no está contemplada esta secuela, ya que al hablar de función oculomotriz valora solamente la diplopía, que en este caso no existe con la corrección

- prismática adecuada. Parece razonable considerar 10 puntos por la repercusión funcional que tiene esta secuela (importante incremento de la fatiga visual).
2. *La midriasis postraumática* por lesión del esfínter pupilar del OD tampoco está contemplada, pero podríamos equiparar la a una iridectomía postraumática, ya que la repercusión funcional es la misma: causar un molesto deslumbramiento con el sol por incompetencia del esfínter pupilar. No se afecta la acomodación, ya que no hay afectación del músculo ciliar. Lo valora de 1 a 3 puntos. Como la midriasis es completa lo valoramos en 3 puntos.
 3. *La disminución de la AV del OD* la consideramos secundaria al leucoma corneal (ya que el paciente antes del accidente veía correctamente por ambos ojos). El leucoma es una cicatriz corneal consecutiva a la úlcera bacteriana que tuvo. La úlcera por pseudomona frecuentemente es una infección nosocomial (enfermedad intercurrente), pero puede haberse producido en el momento del accidente. En cualquier caso existe causalidad con el accidente. Vemos en la Tabla A del baremo AV de lejos, que para una visión del OD de 0,6 (=6/10) y de unidad con el OI (= 10/10) corresponden 2 puntos.

CONCLUSIONES MÉDICO-FORENSES:

La valoración de las secuelas oculares conforme a la Ley 30/95 es la siguiente:

1. Parálisis postraumática del IV par del OI que produce una diplopía vertical que corrige con prismas, pero que incrementa de forma importante la fatiga visual 10 puntos.
2. Midriasis por parálisis del esfínter pupilar del OD que ocasiona deslumbramiento 3 puntos.
3. Disminución de la AV del OD por leucoma secundario a úlcera corneal bacteriana, que afecta a la visión de lejos 2 puntos.

Es cuanto tiene el honor de informar a VI, en Madrid a 27 de noviembre de 1.999.

CASO PRÁCTICO 9º

Documento 1: Oficio del Juzgado de lo Social:

Solicitando que se informe sobre las lesiones padecidas por el demandante, indicando si, además existen trastornos de conducta.

Documento 2: Escrito de demanda:

Solicitando una incapacidad permanente absoluta, o subsidiariamente una total. La profesión habitual es “oficial de segunda, empleado de banca”. Edad 48 años.

Trata de resumir el cuadro clínico, que se describe detalladamente en un informe médico que veremos como documento 3. Analiza posteriormente la repercusión de este cuadro clínico sobre su capacidad laboral. En el apartado de súplica reitera la solicitud de IP Absoluta o Total, reconociéndose una base reguladora de 210.475 pts./mes.

Solicita como pericial *“a efectos de poder acreditar los extremos médicos que son objeto de la presente demanda y poder defender plenamente la pretensión que se actúa, interesa a esta parte que la actora sea examinada por el médico forense, acompañando en dicho momento todos los informes médicos de los que se dispone”*.

Documento 3: Informe de un especialista en medicina legal y forense de un Centro de Chequeos Médicos, de Septiembre de 1.999:

Comienza diciendo que el paciente está siendo tratado en dicho centro desde hace 4 años. No dice de qué le están tratando en un centro de chequeos. Resume los antecedentes patológicos:

1. Poliomiелitis que produce acortamiento del MII de 3 cms. y escoliosis.
2. Amputación de la 1ª falange de un dedo de la mano derecha.
3. Operado de la mano izquierda (no dice de que).
4. Hernia de hiato con espasmofemia (=trastornos funcionales digestivos).
5. Pólipos nasales que han requerido 7 intervenciones quirúrgicas.
6. Crisis del Gran Mal.
7. Discreto retraso mental en una personalidad neurótico depresiva con signos paranoides.

8. Trastorno de conducta desde 1.980 con reacciones agresivas y varios intentos autolíticos. Tartamudeo.
9. Hipertenso.

Posteriormente hace una descripción de la influencia de esta patología sobre su situación funcional, repleta de exageraciones e imprecisiones, como que “... *el trastorno de la conducta y personalidad que padece, con trastorno psicótico unánimemente asociado con la lesión del lóbulo temporal que cursa con crisis agresivas, de control por la medicación que se administra en sus brotes más agudos*”.

Este párrafo, además de estar terriblemente redactado, carece de precisión y de fundamento científico. No se concreta el tipo de lesión (suponemos que será un foco epileptógeno hallado en el EEG). Pero el paciente no ha sufrido crisis convulsivas desde la infancia, a pesar de que no sigue tratamiento antiepiléptico.

Habla de “*trastorno psicótico unánimemente asociado con la lesión del lóbulo temporal*”. El autor de este informe, probablemente desconoce lo que es un trastorno psicótico, la lesión que pudiera tener el paciente en el lóbulo temporal, e incluso el significado de la palabra “*unánime*”. Concluye diciendo que “*no está capacitado para desarrollar una vida laboral con responsabilidades por mínimas que sean*” y que la realización de esta “*puede conllevar peligro grave tanto para su persona como para terceros*”.

Documento 4: Informe de la psiquiatra que trata al paciente, de fecha 17 de marzo de 1.999:

Hace los diagnósticos de trastorno de conducta con reacciones agresivas, retraso mental discreto y tartamudeo. Dice que hizo una reacción paradójica a las benzodiacepinas (al tomar estos ansiolíticos, en lugar de disminuir el nerviosismo, aumenta). Le trata con 25 mgr. de haloperidol al día, disminuyendo la agresividad.

Documento 5: Otro informe más amplio de su psiquiatra, de fecha desconocida:

Dice que las conductas agresivas son hacia sus familiares “*cuando estos no acceden a sus demandas*”. Parece ser que el paciente “*ha estado sobreprotegido y cuidado por su familia, especialmente por el padre*”. En la exploración psicopatológica destaca el tartamudeo y la ansiedad. No se detecta alteración del estado de ánimo, ni del contenido del

pensamiento, ni sensorio perceptiva. Debido al efecto paradójico ocurrido tras la administración de BZD, recomienda el tratamiento con neurolépticos.

J.C.: —Trastorno de la conducta no clasificado en otra parte.
—Tartamudeo.

Documento 6: Calificación de minusvalía de fecha 28 de mayo de 1.991.

Le conceden una minusvalía total del 34 %, por secuelas de poliomielitis y espasmodia.

Documento 7: Resolución de febrero de 1.999 de la Dirección Provincial del INSS:

Se le deniega la incapacidad permanente solicitada.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA REALIZADA EN EL RECONOCIMIENTO FORENSE:

Viene a la consulta acompañado de un cuñado, ya que ninguno de sus hermanos le dirigen la palabra, ni quieren saber nada con él. No se aprecia alteración alguna de la percepción, ni del contenido o curso del pensamiento. Su estado de ánimo es perfectamente acorde con la situación. Se muestra algo receloso, pero colaborador en todo momento de la entrevista. Su nivel intelectual, aunque no es alto, tampoco muestra un retraso importante, en todo caso un nivel "borderline". No critica sus conductas agresivas, sino que trata de minimizarlas y justificarlas mediante argumentos pueriles, evidenciando una marcada inmadurez en el desarrollo de su personalidad.

INFORME MÉDICO FORENSE CASO PRÁCTICO 9º:

Encabezamiento habitual:

Antecedentes Laborales:

Varón de 48 años, cuya profesión habitual es la de oficial de segunda de, empleado de banca. Ha trabajado durante poco tiempo en esta actividad, consiguiendo el puesto de trabajo gracias a las influencias de su padre. Fue despedido por agredir a su jefe. Actualmente en situación de

desempleo. Tiene concedida una minusvalía del 34 % por secuelas de poliomielitis y espasmofrénia.

Antecedentes Patológicos:

Presenta un informe de un Centro de Chequeos Medicos, en el que figuran los siguientes antecedentes patológicos: secuelas de poliomielitis (acortamiento de 3 cms del miembro inferior izquierdo y escoliosis), amputación de la primera falange de un dedo de la mano derecha, operado de la mano izquierda, hernia de hiato con espasmofrénia, pólipos nasales que han precisado 7 intervenciones quirúrgicas, crisis del gran mal, “discreto retraso mental en una personalidad neurótica depresiva con signos paranoides” (¿), trastorno de conducta desde 1.980 con reacciones agresivas y varios intentos autolíticos, tartamudeo, hipertensión arterial.

Está en tratamiento con haloperidol. En un principio fue tratado con ansiolíticos, pero sufrió una reacción paradójica a benzodiacepinas, por lo que se sustituyeron por neurolépticos.

Situación actual: (exploración psicopatológica)

Viene a la consulta acompañado de un cuñado, ya que ninguno de sus hermanos le dirigen la palabra, ni quieren saber nada con él.

No se aprecia alteración alguna de la percepción, ni del contenido o curso del pensamiento. Su estado de ánimo es perfectamente acorde con la situación. Se muestra algo receloso, pero colaborador en todo momento de la entrevista.

Su nivel intelectual, aunque no es alto, tampoco muestra un retraso importante, en todo caso un nivel “borderline”.

No critica sus conductas agresivas, sino que trata de minimizarlas y justificarlas mediante argumentos pueriles, evidenciando una marcada inmadurez en el desarrollo de su personalidad.

Juicio clínico:

- Se descarta la existencia de enfermedad mental.
- Posible trastorno de la personalidad caracterizado esencialmente por una inmadurez psicoafectiva con reacciones agresivas (trastorno borderline de la personalidad).

CONSIDERACIONES MÉDICO-FORENSES::

- 1ª. Coincidimos con la opinión de la psiquiatra que trata al paciente en que se trata de un sujeto sobreprotejido desde su infancia por su padre, con trastornos de conducta consistentes en agresiones generalmente en el medio familiar, en el que descarta la existencia de una enfermedad psiquiátrica o un deterioro psicoorgánico que cause dicha sintomatología.
- 2ª. Pensamos que el sujeto no está incapacitado en modo alguno para desarrollar una actividad laboral, sino que hasta ahora no ha necesitado realizarla, salvo en la época que estuvo trabajando “enchufado” y protegido por el padre.
- 3ª. En la actualidad consigue lo que quiere de la madre, a la que tiene atemorizada, pero no porque sea un enfermo mental, sino porque ha sido un niño consentido, al que no se le han puesto límites.
- 4ª. A un sujeto así, no le favorece nada, ahora que ya no le sobreprotege el padre, que continúe haciéndolo la sociedad, mediante la concesión de una incapacidad laboral.

CONCLUSIONES MÉDICO-FORENSES:

- 1ª. Que el informado no tiene ninguna enfermedad mental.
- 2ª. Que pudiera tener un trastorno de la personalidad caracterizado por una inmadurez psicoafectiva y reacciones agresivas (trastorno borderline de la personalidad).
- 3ª. Que sus dolencias psicoorgánicas, no le impiden realizar su actividad laboral habitual, en modo alguno.

Es cuanto tiene el honor de informar a VI, en Madrid a 10 de Enero del 2.000.

Firma.

CASO PRÁCTICO 10°

Documento 1: Oficio del Juzgado de lo Social:

Solicitando que se proceda a examinar a D. CARLOS GARCÍA PÉREZ, y adjuntándonos copia de la demanda.

No nos mandan ningún informe médico, ni otra documentación.

Documento 2: Escrito de demanda:

Tiene una extensión de algo menos de una cara y media de folio, en donde se solicita una incapacidad laboral permanente Absoluta o subsidiariamente Total.

Su profesión habitual es conductor de camiones, pero dice que no puede realizar esta profesión a causa de la enfermedad que padece y la medicación que necesita. No dice que enfermedad padece, ni el tratamiento seguido.

Se propone como prueba documental requerir al INSS que aporte el expediente sobre incapacidad permanente del demandante y como prueba pericial, que el paciente sea reconocido por un “*el médico forense experto en aparato digestivo y por el médico forense experto en psiquiatría*”.

Exploración psicopatológica:

Se trata de un sujeto de 49 años, consciente, bien orientado temporoespacialmente, sin alteraciones de la percepción, juicio o raciocinio, que refleja un marcado tinte depresivo del estado de ánimo y una gran ansiedad flotante. Su nivel intelectual es aparentemente normal, aunque su formación es escasa. No se aprecian signos de deterioro psicoorgánico.

Afortunadamente se muestra correcto y colaborador durante la entrevista, ya que no aporta ningún tipo de informe psiquiátrico, ni de su patología orgánica. Nos dice que ha trabajado durante 10 años como camionero, pero que desde hace dos está en situación de desempleo.

Entre sus **antecedentes patológicos** obtenidos mediante la anamnesis destacan:

1. Alcoholismo en fase de deshabitación (dice que no consume desde hace 6 meses).

2. Hepatopatía, pancreopatía, úlcera duodenal y reflujo gastroesofágico.
3. Trastorno de ansiedad generalizado asociado a su patología orgánica.
4. Refiere ocasionalmente, episodios de dolor precordial, gástrico y de cabeza, precedido de zumbido de oídos y visión borrosa que se asocia a una inhibición absoluta de la motricidad, conservando la audición (“puedo oír lo que me dicen, pero soy incapaz de hablar”). El cuadro cede espontáneamente en unos 20 minutos, sin secuelas.

En la actualidad está en **tratamiento** (aporta una receta de su psiquiatra):

- Marcen 30 mgr. (1-1-1) que es ketazolan, un ansiolítico del grupo de las benzodiazepinas. Esta dosis es el doble de la normal.
- Rulivan 100 mgr. (1-0-1) es nefazodona, un antidepresivo del grupo de los IMAOS.

Juicio Clínico:

1. Dependencia alcohólica en fase de remisión.
2. Trastorno depresivo del estado de ánimo.
3. Trastorno de ansiedad generalizada.
4. Crisis de pánico.

INFORME MÉDICO FORENSE CASO PRÁCTICO 10º

Encabezamiento habitual:

Antecedentes Laborales:

Varón de 38 años, que ha trabajado durante unos 10 años como camionero. Le fue reconocida una situación de incapacidad temporal el 1 de diciembre de 1.997. Actualmente en situación de desempleo.

Antecedentes Patológicos:

A pesar de no aportar informes médicos, de la entrevista con el paciente deducimos que se trata de un paciente alcohólico, con deterioro orgánico (Hepatopatía, pancreopatía, úlcera duodenal y reflujo gastroesofágico), que manifiesta que desde hace 6 meses, no consume bebidas alcohólicas.

Probablemente sufra un trastorno ansioso-depresivo, con crisis de pánico ocasionales.

En la actualidad está en tratamiento con:

- Marcen 30 mgr. (1-1-1) que es ketazolan, un ansiolítico del grupo de las benzodiacepinas. Esta dosis es el doble de la normal.
- Rulivan 100 mgr. (1-0-1) es nefazodona, un antidepresivo del grupo de los IMAOS.

Situación Actual:

La medicación que toma el paciente, a las dosis recetadas, es incompatible con la conducción de vehículos a motor así como el manejo de maquinaria pesada.

Además, tiene riesgo de recaídas en su dependencia alcohólica, lo cual sería también incompatible con la conducción no solo de un camión, sino de cualquier vehículo a motor.

Esta situación no es irreversible. Puede tener una evolución variable tanto en el sentido del agravamiento, como de la mejoría.

CONCLUSIONES MÉDICO-FORENSES:

- 1^a. De la exploración psicopatológica del paciente, deducimos que sufre los siguientes trastornos: dependencia alcohólica en fase de remisión temprana, trastorno depresivo del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizada, crisis de pánico.
- 2^a. La medicación prescrita es incompatible con la conducción de vehículos a motor, por lo que el paciente estará impedido para la realización de las tareas esenciales de su profesión habitual de camionero mientras que dure este tratamiento.
- 3^a. El pronóstico del cuadro es muy variable, tanto en el sentido de agravamiento de su patología, como de mejoría, por lo que la situación debería revisarse en el futuro (anualmente).

Es cuanto tiene el honor de informar a VI, en Madrid a 30 de noviembre de 1.999.

CASO PRÁCTICO 11º

Acude para valoración a la Sección de Medicina del Trabajo de la CMF de Madrid el dos de mayo de 2006 una mujer de 39 años, sobrepeso evidente que refiere que trabaja en una empresa de limpieza de colegios desde hace algo más de dos años, que actualmente está de baja por gonalgia desde hace 5 meses y anteriormente agotó el plazo de la IT, pasando tribunal médico por lumbalgia, pero no le reconocieron la invalidez.

DOCUMENTACIÓN APORTADA:

1. Escrito de demanda: En el que se solicita una ILP Absoluta o subsidiariamente una Total.

2. Informe del Servicio de Reumatología del H. de Móstoles:

Dice que se le diagnostica de fibromialgia en enero de 2003, pero no ha sido preciso hasta la fecha tratarla en la Unidad del Dolor.

3. Informe de CSM de la Latina:

Se le diagnostica de trastorno mixto ansioso depresivo reactivo a su patología orgánica desde mayo de 2005.

4. Informe de alta de intervención de Hallux valgus: año 1994.

5. Informe TAC dorsolumbar de 21/05/04:

“Mínima protrusión posteriomédial, sin compromiso de espacio sobre el saco tecal, ni tampoco radicular a nivel L5-S1”.

6. Partes de asistencia en Urgencias con diagnóstico de lumbociática aguda.

7. Informe TAC de rodillas de 13/03/06:

“bastante moderados signos artrósicos”.

ANAMNÉSIS Y EXPLORACIÓN:

La lesionada refiere dolor crónico generalizado y continuo, aunque de predominio en espalda, rodillas y codos. Dolor en los 18 puntos gatillo para diagnóstico clínico de la fibromialgia. Disnea de esfuerzo que, según refiere, no le permite subir más de un piso de escaleras. Imposibilidad de coger pesos de más de 10 Kgrs. por dolor en las manos y en los codos. Ha tenido cuadros de lumbociática aguda que han precisado tratamiento en Servicio de Urgencias.

INFORME MÉDICO FORENSE CASO PRÁCTICO 11º

Encabezamiento habitual:

Antecedentes Laborales:

Mujer de 39 años de edad, que refiere como profesión habitual Limpiadora en empresa de limpieza de colegios que ha ejercido más de dos años. No tiene ninguna incapacidad laboral permanente reconocida ni minusvalía. Actualmente está de baja desde el 19 de diciembre del 2.005, por gonalgia. Anteriormente agotó los 18 meses de IT y pasó tribunal médico, con otra baja por lumbociática y se reincorporó a trabajar el 1 de diciembre del 2.005.

Antecedentes Patológicos:

Entre sus antecedentes patológicos destacan las siguientes enfermedades:

1. Diagnosticada de fibromialgia en enero del 2003, en el Hospital de Móstoles, no ha sido remida a Unidad del dolor.
2. Diagnostica en CSM de la Latina desde mayo 2005 de trastorno mixto-depresivo ansioso en relación con su patología orgánica de dolor crónico.
3. Halluz valgus intervenido 1994. Refiere imposibilidad de movilizarlo con dolor al apoyo.
4. Gonartrosis, con “*bastante moderados signos artrósicos*”, según informe de TAC de 13/03/06.
5. “*Mínima protrusión postromedial, sin compromiso de espacio sobre el saco tecal, ni tampoco radicular*” a nivel L5-S1, según TAC 21 mayo 2004.

Situación Actual:

El paciente actualmente refiere dolor generalizado con predominio en rodillas, codos y región lumbar. Dolor en las manos al realizar esfuerzos (p. e. retorcer una bayeta). Disnea al realizar mínimos esfuerzos, según refiere, tan solo un piso de escaleras a una velocidad normal. Dificultad para dormir, porque se despierta con sensación de ahogo (está en estudio por apnea del sueño). Ansiedad y tristeza consecutiva a la incapacidad para realizar su trabajo, a causa de su limitación orgánica. Refiere imposibilidad para coger pesos (unos 10 Kg) por dolor de manos y codos, que ha veces le han ocasionado cuadros agudos de lumbociática izquierda, teniendo que acudir a urgencias unas cuatro veces.

Sigue tratamientos crónicos en la actualidad, analgésicos (refiere tomar 3 sobres de Espidiffen 600 mgr/días, actualmente que está de baja). Antidepresivos y ansiolíticos. Refiere no tomar protector gástrico, lo cual resulta bastante incompatible con la dosis crónica de antiinflamatorios que refiere tomar.

En la exploración actual, destacan los siguientes hallazgos:

- Sobrepeso (105 Kgr. con 1,74 mts de altura).
- Buena movilidad de columna vertebral cervical y dorsolumbar (dedo suelo 15 cms) sin limitaciones en el resto de los arcos de movimiento.
- Marcadas contracturas musculares paravertebrales a nivel de trapecios y dorsolumbares bilaterales.
- Movilidad de ambos hombros limitada en abducción y ante y retroimpulsión en grado moderado.
- Muy buena fuerza de prehensión en ambas manos (30 druck derecho, frente a 25 en izquierdo).
- Refiere ser diestra.
- No Lassegue, ni Bragard, en ambos MMII.
- No se aprecia marcado tinte depresivo del estado de ánimo, ni ansiedad evidente.

CONSIDERACIONES MÉDICO-FORENSES:

- 1) Que la capacidad laboral, para actividades que requieran esfuerzos de tipo físico está limitada moderadamente, como consecuencia de estas enfermedades.
- 2) La limitación funcional de la capacidad laboral de la paciente se produce esencialmente por su cuadro de dolor crónico e impotencia funcional, consecutivo a su cuadro fibromiálgico diagnosticado hace 3 años (en enero 2003).

3) La valoración a efectos periciales y dentro del ámbito laboral de este tipo de cuadros, que se caracterizan esencialmente por una limitación a causa de un síntoma tan subjetivo como es el dolor y que característicamente no se acompañan de signos objetivos exploratorios que puedan avalarlo, suele ser compleja.

4) En este caso, la paciente no ha sido remitida a una unidad del dolor para valoración y tratamiento, la exploración actual no revela limitaciones funcionales importantes, el tratamiento analgésico y antiinflamatorio que refiere estar siguiendo es poco valorable, por lo que nos inclinamos a considerar que la intensidad real del cuadro es de tipo moderado-ligero y susceptible de mejorar al hacerlo el sobrepeso.

CONCLUSIONES MÉDICO-FORENSES:

- 1) Que la situación funcional laboral, consecutivamente a la patología anteriormente descrita, condiciona una limitación ligera para realizar las tareas de su profesión habitual.
- 2) Que cuantificamos esta limitación en un grado inferior al 33% de su hipotética capacidad funcional global.

Es cuanto tiene el honor de informar a VI, en Madrid a dos de mayo de 2006.

CASO PRÁCTICO 12º

Varón de 46 años, que acude al reconocimiento en julio de 2007, en una silla de ruedas, acompañado se su padre, y refiere como profesión habitual el ejercicio de la abogacía durante unos 25 años. Tiene reconocida una Minusvalía de 69% por la CAM y actualmente solicita una Gran Invalidez.

Refiere que desde el mes de junio de 2006, está en una silla de ruedas, como consecuencia del dolor insoportable que sufre a nivel lumbar y que se irradia por detrás del muslo izquierdo llegando hasta el pie. Nos asegura que solamente abandona la silla de ruedas para pasar a un sillón, a la cama o al servicio y que es incapaz de mantenerse en bipedestación durante más de tres segundos, por el dolor ciático izquierdo que se desencadena en esta posición y que le resulta insoportable.

DOCUMENTACIÓN APORTADA:

1. **Resolución de la CAM** de Marzo de 2006 en el que se le reconoce una minusvalía del 69% por trastorno bipolar sin especificación. Trastorno de personalidad de tipo impulsivo. Enfermedad degenerativa de aparato locomotor. Hernia discal L5-S1.
2. **Informe de un psiquiatra privado**, de abril de 2005, en el que se recogen los diagnósticos de trastorno de ansiedad y distimia, trastorno bipolar sin especificación y trastorno de inestabilidad emocional de tipo impulsivo.
3. **Informe de un Servicio de Alergia** de un Hospital Privado de Madrid, de Octubre de 2002, en el que le realizan pruebas de sensibilización, siendo positivas a diversos tipos de pólenes y establecen los diagnósticos de rinitis y asma bronquial de etiología alérgica.
4. **Informe de un especialista en traumatología** de junio de 2007, en el que consta que sufre una hernia discal a nivel L5-S1 derecha, con espondiloartrosis, escoliosis dorsolumbar y artritis reumatoide. Se descarta el tratamiento quirúrgico y se subraya que el paciente sufre “...un impedimento de la movilidad para (todos los actos de la vida), que le requieren la asistencia de una tercera persona”. Recomienda una inmovilidad absoluta y total.

Exploración Física:

- Acude en silla de ruedas, ayudado por su padre conseguimos que se tumbe en la camilla de exploración para examinarle, pero no podemos realizar la maniobra de Lassegue, ya que refiere dolor a nivel de la cadera derecha al elevar el MID tan solo 10° y en la cadera izquierda al elevar el MII unos 30°. En ningún momento de la exploración se mantiene en bipedestación, ni siquiera con dos apoyos, alegando que el dolor ciático que se desencadena al hacerlo es insoportable.
- Le exploramos sentado en la silla de ruedas apreciando una hiporeflexia rotuliana bilateral, con un diámetro a nivel del 1/3 medio de ambos muslos de 51 cms en el derecho y de 50 cms en el izquierdo y de 40 cms a nivel del 1/3 medio de ambas piernas. Indicativo de ausencia a atrofia muscular.
- No aporta informes ni imágenes de RMN de columna.
- No aporta EMG, porque dice que su traumatólogo no se los ha pedido

Exploración Psicopatológica:

Rigurosamente Normal.

INFORME CASO PRÁCTICO 12°***Encabezamiento habitual:*****Antecedentes Laborales:**

Varón de 46 años de edad, que refiere como profesión habitual abogado que ha ejercido unos 25 años. No tiene ninguna incapacidad laboral permanente reconocida, pero sí una minusvalía del 69%.

Antecedentes Patológicos:

Entre sus antecedentes patológicos destacan las siguientes enfermedades:

- 1) Trastorno obsesivocompulsivo, trastorno de ansiedad y distimia, trastorno bipolar sin especificación y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo.
- 2) Polinoisis con rinitis y asma.

- 3) Aporta informe de Dr. XXX (psiquiatra) de junio de 2.007, en el que consta que sufre una hernia discal L5-S1 derecha, con espondiloartrosis, escoliosis dorsolumbar y artritis reumatoide. La aplicación de técnicas quirúrgica y rehabilitadoras, no ha obtenido resultados positivos. En dicho informe se subraya que el paciente tiene *“un impedimento de la movilidad para (todos los actos de la vida), que le requieren la asistencia de una tercera persona.”* Recomienda una inmovilidad asoluta y total.

Situación Actual:

El paciente actualmente refiere que desde junio de 2.006, permanece confinado a una silla de ruedas, que solamente abandona para pasar al sillón, a la cama o al servicio, precisando siempre la ayuda de otra persona para cambiar de posición. Refiere ser incapaz de mantenerse en bipedestación durante al menos 3 segundos, por el dolor que se inicia a nivel lumbar izquierdo y baja hasta el pié por la cara lateral de todo el MII.

Su patología psiquiátrica, en la actualidad está bien compensada con la medicación prescrita (aporta informe de su psiquiatra Dr. XXX) Vandral, traxilium, rivotril,...

Para su cuadro doloroso a nivel ciático izquierdo refiere tomar Ictan, myolastan y nolotil i.m. bebido.

En la **exploración física** actual, destacan los siguientes hallazgos:

- Acude a la consulta en silla de ruedas.
- Hiporeflexia rotuliana bilateral.
- Lassegue inexplorable porque refiere dolor con la elevación del miembro inferior derecho a los 10° a nivel de la articulación de la cadera derecha. En el lado izquierdo refiere dolor a nivel de la cadera con 30° de elevación.
- No aporta imágenes, ni informe de RMN lumbar, aunque dice que están aportados en los Autos.
- No aporta Electromiograma de los miembros inferiores porque dice que su traumatólogo no se los ha mandado.
- En ningún momento de la exploración se pone en bipedestación, ni siquiera con dos apoyos, porque dice que no puede hacerlo por el dolor insoportable a nivel del ciático izquierdo.
- Masa muscular completamente normal a nivel de ambas piernas, con un diámetro a nivel del 1/3 medio del muslo de 51 cms en el lado derecho y de 50 en el lado izquierdo. Presenta un diámetro de 40 cms a nivel del 1/3 medio de ambas piernas. No existe atrofia muscular, sino todo lo contrario.

Exploración psicopatológica:

Sujeto consciente, bien orientado temporoespacialmente, sin alteraciones de la percepción, juicio o raciocinio evidenciables. Eutímico con comportamiento correcto y colaborador durante toda la entrevista, sin mostrar síntomas de ansiedad o irritabilidad ante contrariedades. Buen nivel intelectual y cultural.

No se aprecia en la actualidad sintomatología psicopatológica.

CONSIDERACIONES MÉDICO-FORENSES:

- 1) Que la patología psiquiátrica que presenta actualmente el paciente está perfectamente compensada con la medicación que toma, por lo que no supone limitación funcional significativa de su capacidad laboral.
- 2) Que *el desarrollo muscular que presenta actualmente el informado en sus piernas absolutamente normal y es incompatible con el grado de atrofia esperable en una persona que está confinada en una silla de ruedas durante un año.*
- 3) No se aportan pruebas objetivas en las que se recojan las lesiones lumbares alegadas (RMN, EMG, ...).
- 4) El tratamiento analgésico que refiere tomar el paciente, no es acorde con un cuadro doloroso tan limitante como el referido, que implicaría el manejo del cuadro en una Unidad del Dolor Hospitalaria, recurriendo a analgésicos de escalones terapéuticos superiores (opiáceos).
- 5) En nuestra opinión *resulta evidente que el paciente está exagerando la limitación funcional* ocasionada por su patología lumbar.

CONCLUSIONES MÉDICO-FORENSES:

- 1) Que no encontramos datos objetivos que demuestren una limitación funcional tan importante como aparenta el informado. Por lo que no encontramos evidencias de la alteración de la movilidad alegada, así como de la necesidad de una tercera persona para poder realizar las AEVD.
- 2) Que la ausencia de atrofia muscular que presenta en sus piernas es incompatible con estar confinado a una silla de ruedas durante un año.

Es cuanto tiene el honor de informar a V.I., en Madrid a 7 de julio de 2007.

