

P.S. Borrego Jiménez¹
M.F. Lorenzo Gómez²
J.M. Borrego Jiménez³
P.A. Borrego Jiménez⁴
P. Borrego Jiménez⁵

¹ Fisioterapeuta. Licenciado en Kinesiología y Fisiatría. Experto en Fisioterapia del Deporte. Doctorando por la Universidad de Salamanca. Máster en Gestión Sanitaria. Director Policlínica Fisiomed. Salamanca.

² Médico Especialista en Urología. Profesora Asociada del Departamento de Urología de la Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.

³ Licenciado en Educación Física. Doctorando por la Universidad de León.

⁴ Licenciado en Educación Física. Doctorando por la Universidad de León.

⁵ Médico. Doctoranda por la Universidad de Murcia. Jefe de Sanidad del Acuartelamiento Santa Bárbara. Cuerpo Militar de Sanidad. Escala Superior de Oficiales.

Correspondencia:
Pedro Santiago
Borrego Jiménez
Clínica Fisiomed
Pº de Canalejas, 75,
1ª Planta
37001 Salamanca
E-mail:
pedro.borrego@
clinica-fisiomed.com

Actuación fisioterápica tras la valoración pericial de las lesiones de columna vertebral

Role of physiotherapy after legal assessment of spinal column injuries

Fecha de recepción: 29/11/06
Aceptado para su publicación: 05/03/07

RESUMEN

Las valoraciones periciales realizadas en pacientes con lesiones vertebrales es de por sí sumamente difícil, exigiendo completos conocimientos de anatomía, funcional y patológica, y sus diferentes posibilidades diagnósticas. A pesar de que la principal causa del peritaje es el dolor, resulta coincidente con la causa primaria de derivación a fisioterapia por lesiones de columna vertebral traumáticas. Este trabajo pretende analizar la repercusión de la participación del fisioterapeuta tras la valoración pericial, bien en primera instancia, o bien como continuación de un primer ciclo iniciado antes de la peritación.

PALABRAS CLAVE

Valoración pericial; Columna vertebral; Fisioterapia; Dolor.

ABSTRACT

Legal assessment over patients with spinal column injuries is by itself hardly difficult, and it requires full knowledge of functional and pathological anatomy, and its diverse diagnostic possibilities. Although the pain is the main item for assessment, it also goes with the first symptom for column injuries Physiotherapy referral. This study pretends to analyze the role of the physiotherapist intervention after first or secondary legal assessment.

KEY WORDS

Legal assessment; Spinal column; Physiotherapy; Pain.

INTRODUCCIÓN

La peritación de las lesiones de columna vertebral exige una considerable dificultad en relación a la valoración de las extremidades, con unos baremos de aplicación relativa con respecto a los tomados como referencia en las lesiones distales¹. No cabe duda de la efectividad de la fisioterapia en las lesiones de columna vertebral, cuyo tratamiento es multifactorialmente dependiente y de resultados probados². Una primera clasificación esquemática por localización podrá servir como referencia inicial de este estudio:

1. Afecciones generalizadas: espondilitis anquilopoyética.
2. Afecciones medulares y radicales: hernia, osteofitosis posterior de cuerpo vertebral, fragmentos fracturarios, neoplasias, etc.
3. Afecciones y lesiones de cuerpo vertebral: fracturas, hundimientos osteoporóticos, espondilosis.
4. Afecciones y lesiones de articulaciones intervertebrales: espondiloartrosis.
5. Afecciones discales: discopatías.

Valoración pericial

En todos los casos expuestos anteriormente, existe una serie de factores a tener en cuenta en la valoración¹ que posteriormente será referencia para el fisioterapeuta:

1. Función residual de la columna.
2. Estado estático o dinámico de la lesión o enfermedad.
3. Repercusión general al resto del organismo.
4. Agravamiento lesional por actividad física.
5. Estado terapéutico: definitivo, mejorable o en declive.
6. Función física del paciente.
7. Diagnósticos por imagen y otras pruebas complementarias, previas y posteriores a la lesión.
8. Diagnóstico diferencial por ecografía.
9. Valoración del dolor por termografía.

Los grupos considerados para este estudio fueron los siguientes:

1. Traumatismos sin lesión ósea ni radicular.
2. Fracturas óseas.
3. Afecciones de discos vertebrales.

39

Traumatismos sin lesión ósea ni radicular

En este primer grupo, la incidencia de secuelas es predominante en columna lumbar y cervical, a pesar de que la valoración resulta muy dificultosa por los siguientes motivos:

- Dificultad de delimitar el estado anterior al estado postraumático.
- Los accidentes que provocan estos tipos de lesiones, inesperados, inevitables, exigen la credibilidad puesto que no son demostrables.
- Por el contrario, el hecho de que la misma actividad o esfuerzo lo hayan realizado varios trabajadores y sólo uno haya sufrido el accidente, resta credibilidad.

La controversia en la peritación por el estado previo al accidente y factores como la habilidad del paciente, y la consecuente mayor suspicacia del sanitario, no superan la dificultad de medir el dolor, aunque en ocasiones facilitan una certera valoración³.

Fracturas óseas

La peritación de fracturas óseas está convenientemente recogida en baremos¹, aunque persiste la dificultad de valorar el dolor, siendo preciso el uso de la termografía.

De los casos estudiados, hay que remarcar los siguientes tipos, que requieren una especial distinción diagnóstica^{1,4}:

- *Fracturas del borde anterosuperior vertebral*: visible en estudio radiológico y distinguible de las osteofitosis artrósicas por su individualidad, son más frecuentes en columna cervical y lumbar y no suelen provocar secuelas.
- *Fracturas de apófisis espinosas*: provocadas por traumatismo directo (caídas) o indirecto (enfermedad de los empaladotes), suelen acompañar un importante componente neurótico crónico sin corresponder con un período de curación no superior a las 8 semanas, aunque

40 con reincidencia de aparición del dolor si se reinicia la misma actividad.

– *Fracturas de apófisis transversas*: localizables casi en exclusiva a nivel lumbar unilateral, se producen generalmente por caídas y asociadas a otras fracturas vertebrales, y en raras ocasiones por impacto directo. Su evolución transcurre hasta en 3 meses y por lo general, hacia la pseudoartrosis, aunque no discapacitante.

– *Fracturas de arcos vertebrales*: más diagnosticadas por la implantación de la resonancia magnética (RM) y la tomografía computarizada (TC), no generan discapacidad salvo que exista desplazamiento asociado, en cuyo caso la afectación medular puede abarcar los cordones sensitivos posteriores y a nivel atloodontóideo, la muerte.

– *Fracturas-luxaciones de apófisis articulares*: frecuentes por caídas sobre la cabeza, provocan graves alteraciones y discapacidades.

– *Lesiones de sacro y cóccix*: producidas por caídas en sedestación exigiendo un traumatismo violento. Conviene aclarar al paciente que no se trata de fracturas de los cuerpos vertebrales sin producir importantes secuelas que infieran la actividad laboral.

Afecciones de discos vertebrales

Siendo las lesiones de columna más frecuentes y difíciles de diferenciar en el paciente vivo, son reconocibles por las secuelas causantes de alterar la morfología de los cuerpos vertebrales o de la columna. Funcionalmente, se describen los procesos que directa o indirectamente pueden considerarse consecuencia de los traumatismos:

– *Espondilosis postraumática*: pequeños desgarros a nivel de anillo vertebral, y de forma secundaria del ligamento vertebral común anterior, motivan la aparición de alteraciones óseas llamadas osteofitos de diversos tamaños, precisando la actividad funcional del disco intervertebral. De por sí no ocasionan dolor, aunque traen un proceso degenerativo de la columna y son más frecuentes en las mujeres posclimáticas. Las molestias suelen proceder de alteraciones posturales tipo lordosis, cifosis o escoliosis, dato importante tanto para la valoración como para el tratamiento fisioterápico.

– *Pinzamientos de los agujeros de conjunción*: la osteofitosis puede estenotar los agujeros de conjunción pinzando y comprimiendo las raíces nerviosas, cuya afectación es confirmada por las alteraciones segmentarias correspondientes, al igual que las compresiones por tumores, neuritis y prolapsos. Esta última causa aparece con menos frecuencia que las fracturas en las grandes compresiones y traumatismos de columna, ya que se precisa una predisposición de alteración degenerativa del anillo fibroso, precisando una anamnesis exhaustiva que verificará la existencia de dolor de espalda y ciatalgias años atrás. El reconocimiento del prolapsos discal como enfermedad profesional carece de justificación.

– *Movilidad del disco intervertebral*: la osteocondrosis discante como principal lesión, afecta a los segmentos más móviles por lo general, con alteraciones posicionales que derivan incluso en dorsos rectos proximales por trabajo adicional ligamentario y muscular, y que debería exigir un diagnóstico precoz debido a su aparición entre la cuarta y quinta decenas de la vida. La cronicidad y dificultosa curación llega a exigir la artrodesis vertebral.

– *Afecciones de las articulaciones intervertebrales*: artrosis deformante e inflamaciones: aisladas, son dificultosas de diagnosticar en el paciente vivo, incluso en técnicas por imagen, pero tampoco son frecuentes ni exigen peritaciones de importancia.

– *Afecciones de las apófisis espinosas*: en las hiperlordosis y en pacientes con gran movilidad lumbar o cervical rozan entre sí las apófisis espinosas, provocando la denominada osteoartropatía interespinosa de Bastrup o *kissing spine*, dando origen a una neoarticulación por contacto, clasificando de incorrecta la denominación de “artrosis”. Cursan con dolor recidivante y las apófisis se muestran muy dolorosas a la palpación, siendo perfectamente diagnosticables y visibles mediante radiografía convencional.

Valoración^{1,3,5}

La dificultad en la peritación de las lesiones de columna por la ausencia de normas de actuación estrictas y la relatividad de los baremos existentes, implica ahondar

en preguntas concretas, sobre todo en cuanto a la comprobación de las molestias subjetivas, valoración del dolor y la discapacidad, y la comprobación de si todos estos datos son acordes:

1. ¿Existen realmente las lesiones que el paciente alega?
2. ¿Cuál es la causa de las patologías halladas?
3. ¿Ha provocado un factor externo un agravamiento severo, pasajero o permanente?
4. ¿Se ha logrado la curación o se ha establecido un estado definitivo con molestias de diversa magnitud, temporales o permanentes?

Sería interesante valorar en los reconocimientos de empresa o en las declaraciones de salud el estado real de la columna para compararlo en caso de accidente.

OBJETIVO

Este estudio pretende analizar la relevancia de la participación del fisioterapeuta en el proceso evaluador y pericial de las lesiones de columna vertebral, así como la utilización de los datos e informes obtenidos durante el mismo tanto para el establecimiento del tratamiento fisioterápico inicial como para la indicación y reestablecimiento justificado de una continuidad terapéutica para la minimización de secuelas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han utilizado para un estudio retrospectivo con consentimiento informado, la historia, pruebas diagnósticas, evolución y valoración de 237 pacientes atendidos en las unidades de Fisioterapia y Traumatología de Policlínica FISIOMED, otras consultas externas concertadas de traumatología y la colaboración del CDRM de Salamanca. La atención directa de 3 fisioterapeutas con valoración, diagnóstico fisioterápico y tratamiento consensuados, realizados durante el período de tiempo del 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2005, con el fin de obtener un estudio estadístico que sirva de referencia para obtener datos valorables en relación a las cuestiones planteadas.

Criterios de selección

- Varones y mujeres.
- Edades comprendidas entre 18 y 55 años.
- En situación laboral activa.
- Procedentes directa o indirectamente de mutuas de trabajo, aseguradoras y privados.
- Con historia clínica y pruebas de imagen de lesiones de columna vertebral.
- Sin otras lesiones graves no relacionadas con la columna vertebral.

RESULTADOS

Los resultados se muestran clasificados por valores porcentuales:

- Sexo y edad: (tabla 1).
- Procedencia y acceso: (tabla 2).
- Área y tipo lesional: (tabla 3).
- Alta primaria: (tabla 4).
- Tratamiento/proceso judicial: (tabla 5).

Todas las altas fueron acompañadas del correspondiente informe de fisioterapia, cuyo contenido exponía el diagnóstico del paciente, estado inicial, valoración y exploración fisioterápica, tratamiento aplicado, variaciones de tratamiento y valoración final.

DISCUSIÓN Y APLICACIÓN PRÁCTICA

Sobre el análisis de la valoración pericial de las lesiones de columna, los resultados obtenidos sobre la muestra aleatoria y los tratamientos aplicados según la casuística, se obtienen las pautas de actuación fisioterápica, que no protocolos, que interrelacionan todos los datos suministrados anteriormente a fin de mejorar la práctica clínica del fisioterapeuta.

La previa valoración del estado del paciente con o sin peritaje es de obligada referencia para realizar un adecuado seguimiento del caso.

Los datos periciales no deberán ser tomados como negativos, sino como valores para la instauración del tratamiento en caso de precisarlos: así, en los pacientes es-

Tabla 1. *Sexo y edad*

		N	Porcentaje
Sexo	Varones	193	81
	Mujeres	44	19
Edad	18-25 años	22	9
	25-35 años	49	21
	35-45 años	97	41
	45-55 años	69	29

Tabla 2. *Procedencia y acceso*

		N	Porcentaje
Procedencia			
	Mutuas de trabajo (incluidos los tráficos <i>in itinere</i>)	112	47
	Compañías aseguradoras	48	20
	Privados	77	33
Acceso	Sin peritación previa	203	86
	Con peritación previa	34	14

Tabla 3. *Área y tipo lesional*

		N	Porcentaje
Área			
	Columna cervical	131	55
	Columna dorsal	23	10
	Columna lumbar	60	25
	Dos o tres zonas	23	10
Tipo lesional			
	Traumatismos sin lesión ósea ni radicular	124	52
	Fracturas óseas	43	18
	Afecciones de discos vertebrales	70	30

tudiados, el comportamiento defensivo ante los resultados de las valoraciones dificulta la adecuada administración de la terapia, con la duda constante del fisiotera-

Tabla 4. *Alta primaria*

	<i>N</i>	<i>Porcentaje</i>
Alta primaria sin peritación previa		
Valorada y definitiva	193	91
Pendiente de peritaje	20	9
Alta primaria con peritación previa		
Valorada y definitiva	32	94
Pendiente de nuevo peritaje	2	6

Tabla 5. *Tratamiento/proceso judicial*

Reiniciaron el tratamiento tras alta primaria pendiente de peritaje		
	Sí	8
	No reiniciaron	14
Requirieron proceso judicial tras valoración pericial (pacientes con alta primaria y pendientes de peritaje)		
	Sí	2
	No precisaron	20

peuta y equipo médico de la veracidad de los síntomas, despejable en muchos casos por los criterios de la valoración pericial.

CONCLUSIONES

- Las lesiones de columna vertebral implican una considerable dificultad en su valoración pericial.
- Las clasificaciones previas favorecen la relación entre lesiones aparentemente dispares pero concluyentes desde el punto de vista pericial y terapéutico.
- Los avances en diagnóstico por imagen, como la TC, la RM, la termografía y la ecografía, permiten en gran medida interrumpir los procesos fingidos.
- Las dudas en la valoración de lesiones en relación al estado previo del paciente antes del accidente son disipadas en los casos convenientemente valorados, especialmente mediante la realización sistemática de pruebas

de imagen de columna a todos los trabajadores y asegurados en sus reconocimientos generales.

– La frecuencia de lesiones de columna y su dificultad pericial exige un extremo carácter detallista del equipo sanitario y valorador.

– El reinicio del tratamiento tras las valoraciones periciales se condiciona a las posibilidades de mejora o estabilidad que el propio técnico estima viables.

– La incorporación del fisioterapeuta y sus informes en las valoraciones periciales facilita en los casos no fina-

lizados la adecuada coordinación para un reestablecimiento de la terapia con una objetivación fisioterápica más próxima, reduciendo la ambigüedad en la anamnesis del paciente y clarificando los datos clínicos.

– La muestra recoge el elevado índice de altas en pacientes con peritación previa, y los resultados de las valoraciones tras las altas en aquellos pacientes sin valoración pericial, con una elevada proporción que no precisó valoración posterior a la fisioterapia, siendo de extrema utilidad el informe de fisioterapia que acompaña al alta del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hidalgo de Caviedes y Görtz A, Murillo Martínez JP, Sevilla Marcos JM. Valoración de las secuelas traumáticas en el aparato locomotor. Madrid: IBERMUTUA; 1994.
2. Ehmer B. Fisioterapia en ortopedia y traumatología. Madrid: Interamericana; 2005
3. Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación de vehículos a motor (Ley 30/1995). Madrid: Mapfre; 2002.
4. Rodríguez Alonso JJ, Valverde Román L. Manual de traumatología en atención primaria. Madrid: Smithkline Beecham; 1996.
5. Arancón Viguera MA. Teoría y práctica de la medicina evaluadora. Madrid: Editorial MAPFRE; 2004.