

XIII JORNADAS DE **VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL**

ASPECTOS MÉDICO-PRÁCTICOS

Madrid, 17 y 18 de octubre de 2019

Fundación
MAPFRE

PRESENTACIÓN

Como es tradición y con periodicidad bienal, Fundación MAPFRE organiza sus Jornadas de Valoración del Daño Corporal, en esta ocasión la decimotercera edición, los días 17 y 18 de octubre. El objetivo es que los contenidos de las distintas mesas traten aquellos aspectos de la valoración con los que nos enfrentamos todos los días, en especial y tras más de tres años de la entrada en vigor de la Ley 35/2015, aquellos temas más frecuentes y que mayor complejidad técnica y controversia médica y jurídica puedan tener en su valoración, con la finalidad de dar luz a las consecuencias secuelas que determinen un resarcimiento lo más adecuado y justo posible.

Las jornadas se estructuran en cuatro mesas, una de ellas en forma de coloquio, en la que la participación de los ponentes y sobre todo de los asistentes hará que se puedan despejar muchas incógnitas. Las mesas se verán acompañadas de tres conferencias magistrales a cargo de ponentes de extraordinario prestigio. Como es habitual en estas jornadas, habrá un tiempo para las comunicaciones que permitirán, a todo aquel que lo desee, aportar valiosos conocimientos al acto.

Entre los temas que se abordan en esta edición se encuentra la valoración de personas de edad avanzada, tratando aspectos médicos y legales (realización de un caso práctico de VDC), con la posibilidad de interactuar con los ponentes no solo en el turno de preguntas, sino también votando alternativas de respuesta a los casos prácticos que estos nos presenten; el nuevo convenio de asistencia sanitaria privada; la evolución de la reciente modificación del Código Penal en materia de imprudencia en la conducción de vehículos a motor; la experiencia de los institutos de medicina legal con el traumatismo menor de columna vertebral, y una mesa-coloquio en el que se analizará la Ley 35/2015 tras tres años de evolución en los distintos ámbitos relacionados con la valoración del daño corporal (judicatura, abogacía, forense, médico valorador).

También habrá una mesa dedicada a la responsabilidad civil sanitaria (pérdida de oportunidad, peritación de los daños secundarios a la mala praxis, valoración de un caso práctico...).

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Javier Alonso Santos

Vicepresidente de la Sociedad Española de VDC
Traumatólogo y especialista en VDC

Dra. María Teresa Domínguez Cacho

Jefe de Servicio Médico DGT Sur. MAPFRE

Dr. Mario Oliva González

Responsable Médico VDC. MAPFRE

Dra. María Teresa González Romero

Responsable Médico VDC. MAPFRE

Dr. José Ramón Campos Dompedro

Subdirector de Centros Médicos. MAPFRE Salud

Dr. Francisco Javier Cortés Guitart

Jefe de Servicio Médico DGT Centro. MAPFRE

Dr. César Vila Quintana

Coordinador Médico DGT Centro. MAPFRE

Dr. José Muñoz Contioso

Jefe de Servicio Médico DGT Suroeste. MAPFRE

Dr. Lorenzo López Navas

Coordinador Médico DGT Cataluña-Baleares. MAPFRE

Dr. José María Benavent Coloma

Jefe de Servicio Médico DGT Este. MAPFRE

Dr. Juan José Alcorta Álvarez

Coordinador Médico DGT Norte. MAPFRE

Dr. Luis David Guerra Chacón

Jefe de Servicio Médico DGT Noroeste. MAPFRE

Dr. Javier Díaz García

Coordinador Médico DGT Noroeste. MAPFRE

Dr. Pedro Garavote Hinestrosa

Médico especialista VDC DGT Canarias. MAPFRE

Dr. Julio José Caballero Salgado

Jefe de Servicio Médico VDC. MAPFRE

Comité Evaluador de Comunicaciones

Dr. José Sáez Rodríguez

Dra. Carmen Negre Muñoz

Dr. Rafael Bañón González

Dr. Bernardo Perea Pérez

Dra. Laura Ainoa Márquez Galindo

Dr. Javier Alonso Santos

Dr. José Ramón Campos Dompédro

Dr. Francisco Javier Cortés Guitart

Dr. Julio José Caballero Salgado

ÍNDICE

PRIMERA MESA: Aspectos médico-prácticos en VDC geriátrica

1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS
Dr. José Ramón Campos Dompedro
Subdirector de Centros Médicos. MAPFRE Salud
2. INFLUENCIA DEL ESTADO PREVIO EN LA VALORACIÓN DEL DAÑO TRAS LESIONES TRAUMÁTICAS EN PERSONAS MAYORES
Dra. Pilar Sáez López
Médico geriatra. Hospital Universitario Fundación Alcorcón
3. DETERIORO COGNITIVO, SÍNDROME CONFUSIONAL, DEMENCIAS. CONCEPTO, TIPOS, ESCALAS DE VALORACIÓN Y DETERIORO. PRONÓSTICO
Dr. Jesús María López Arrieta
Médico geriatra. Responsable de la Unidad de Memoria y Demencia.
Servicio de Geriatria. Hospital Universitario La Paz
4. BAREMO DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA. RECURSOS ASOCIADOS AL GRADO DE DEPENDENCIA
Dña. María Asunción Amillano Ortiz
Enfermera, valoradora de la Dirección General de Atención a la Dependencia y al Mayor. Comunidad de Madrid
5. CASO PRÁCTICO: VDC EN GERIATRÍA
Dr. Julio José Caballero Salgado
Responsable médico VDC. MAPFRE

SEGUNDA MESA: Responsabilidad civil sanitaria

1. RESPONSABILIDAD CIVIL SANITARIA Y PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD
D. Alberto J. Tapia Hermida
Catedrático de Derecho Mercantil. Universidad Complutense de Madrid
2. LA PERITACIÓN DE LOS DAÑOS DERIVADOS DE LA MALA PRAXIS SANITARIA
Dr. Bernardo Perea Pérez
Director de la Escuela de Medicina Legal. Universidad Complutense de Madrid
3. VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL EN RESPONSABILIDAD CIVIL SANITARIA
Dr. Carlos Represas Vázquez
Especialista en Medicina Legal y Forense. Asesor Territorial de Promede en Galicia

CONFERENCIA: EXPERIENCIA DE LOS INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES CON EL TRAUMATISMO MENOR DE COLUMNA VERTEBRAL EN EL DEVENIR DE LA LEY 35/2015

Dr. José Sáez Rodríguez
Director IMLCF Córdoba

CONFERENCIA: EVOLUCIÓN DE LA LEY ORGÁNICA 2/2019, DE 1 DE MARZO, DE MODIFICACIÓN DEL CÓDIGO PENAL, EN MATERIA DE IMPRUDENCIA EN LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS A MOTOR O CICLOMOTOR Y SANCIÓN DEL ABANDONO DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

D. José Antonio Badillo Arias
Delegado Territorial de Madrid. Consorcio de Compensación de Seguros

CUARTA MESA: Aspectos prácticos en valoración del daño corporal

1. CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL PERJUICIO ESTÉTICO FACIAL
Dra. Victoria Bares Jalón
Gerente de la Unidad Médica de VDC. Mutua Madrileña
2. LESIONES METAFISARIAS EN MMII Y CRITERIOS DE ESTABILIZACIÓN
Dr. Javier Mur Marín
Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Especialista en VDC

3. NUEVO CONVENIO DE ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA
D. Manuel Mascaraque Montagut
Director del área de Seguros Generales. UNESPA
4. NECESIDADES REALES DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR
DEL TRAUMATISMO MENOR DE COLUMNA CERVICAL
Dra. María Etxaniz Gabilondo
Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Osakidetza.
OSI Debarrena (Gipuzkoa)

CONFERENCIA DE CLAUSURA: EXPERIENCIAS EN VDC

Dr. Javier Alonso Santos

Vicepresidente de la Sociedad Española de VDC. Traumatólogo y especialista en VDC

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

JOSE RAMÓN CAMPOS DOMPEDRO

Fundación
MAPFRE

Cada vez más la VDC en las personas mayores cobra una mayor importancia en nuestro trabajo diario, no solo por el volumen que actualmente existe y que irá creciendo en los próximos años, sino también por las características (situación previa, enfermedades concomitantes, complicaciones, etc.) de este grupo poblacional que hace que la valoración del daño corporal tenga que abordarse desde otra perspectiva médica.

La mesa que nos ocupa pretende llamar la atención sobre los aspectos recogidos en la VDC de las personas mayores en relación con la valoración geriátrica integral, el deterioro cognitivo y síndrome confusional agudo, la relación de la situación funcional, el baremo de dependencia y los recursos asociados a la misma y, por último, casos prácticos que nos ayuden a reflexionar y poder llegar a conclusiones.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

En los próximos años se prevé un aumento de la población de personas mayores que van a demandar necesidad de atención y VDC.

Algunos aspectos que condicionarán este aumento son:

Crecimiento de población

La proyección demográfica muestra un crecimiento de la población mayor superior a la del resto de edades, pasando de tener 1 persona mayor por cada 5 en el año 2016 (19 %) a tener un 25 % en el año 2031, siendo un crecimiento superior en las poblaciones de más edad.

La población de más de 65 años que llegará en esos años a esa edad gozará de una mayor salud, aunque presente enfermedades crónicas, que facilitará que puedan seguir conduciendo vehículos.

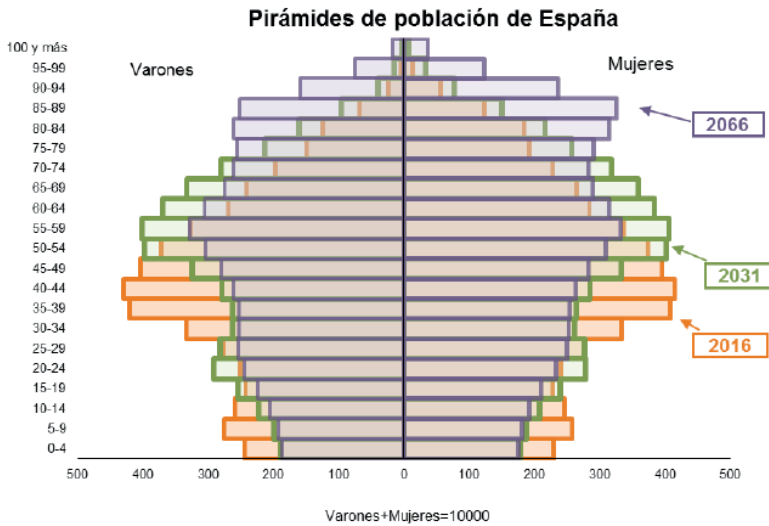
En los siguientes cuadros se observan los datos comentados y el crecimiento poblacional, señalando que en el año 2066 1 de cada 3 personas tendrán más de 65 años.

	POBLACION TOTAL	POBLACION > 65 AÑOS	PORCENTAJE POBLACIÓN MAYOR
2016	46.438.422	8.685.000	19%
2031	45.886.177	11.683.000	25%
2066	41.068.643	13.968.000	34%

Proyección de la población residente en España por grupos de edad en 2031 y 2066

Grupos de edad	2016	2031	Crecimiento 2016-2031	2066	Crecimiento 2016-2066
TOTAL	46.438.422	45.886.177	-552.245	41.068.643	-5.369.779
0 a 4 años	2.200.892	1.690.956	-509.937	1.489.459	-711.433
5 a 9 años	2.476.890	1.777.314	-699.577	1.535.873	-941.017
10 a 14 años	2.345.166	1.975.051	-370.115	1.627.232	-717.934
15 a 19 años	2.185.067	2.268.133	83.066	1.779.873	-405.194
20 a 24 años	2.280.074	2.613.810	333.735	1.963.437	-316.637
25 a 29 años	2.562.881	2.565.052	2.171	2.070.364	-492.517
30 a 34 años	3.098.744	2.403.837	-694.907	2.077.208	-1.021.536
35 a 39 años	3.847.932	2.417.895	-1.430.037	2.083.222	-1.764.710
40 a 44 años	3.924.265	2.589.970	-1.334.295	2.155.140	-1.769.125
45 a 49 años	3.712.227	3.018.331	-693.897	2.313.381	-1.398.847
50 a 54 años	3.460.752	3.668.220	207.468	2.518.034	-942.718
55 a 59 años	3.073.635	3.709.615	635.980	2.712.380	-361.255
60 a 64 años	2.568.517	3.462.786	894.269	2.549.645	-18.872
65 a 69 años	2.348.384	3.178.647	830.263	2.314.669	-33.715
70 a 74 años	1.975.841	2.739.694	763.853	2.231.348	255.506
75 a 79 años	1.584.541	2.156.623	572.082	2.247.000	662.459
80 a 84 años	1.431.100	1.730.497	299.397	2.365.687	934.587
85 a 89 años	889.533	1.127.432	237.900	2.369.244	1.479.712
90 a 94 años	371.283	534.475	163.193	1.623.784	1.252.501
95 a 99 años	84.238	217.103	132.865	819.558	735.320
100 y más años	16.460	40.737	24.277	222.104	205.645

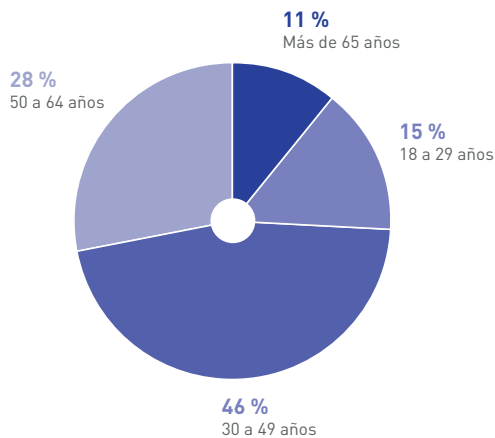
En los últimos años venimos observando cómo la pirámide poblacional se está invirtiendo y cómo los grupos de más edad tienen una mayor longitud.



Aumento de los permisos de circulación en personas mayores

Existe un porcentaje de personas mayores que todavía siguen conduciendo. El crecimiento demográfico hará que este porcentaje aumente la probabilidad de que los accidentados tengan una mayor edad.

Permiso de circulación tipo B



Resultado de los accidentes de tráfico en personas mayores

En los siguientes cuadros vemos cómo el resultado del accidente de tráfico es más grave en las personas mayores que en el resto poblacional.

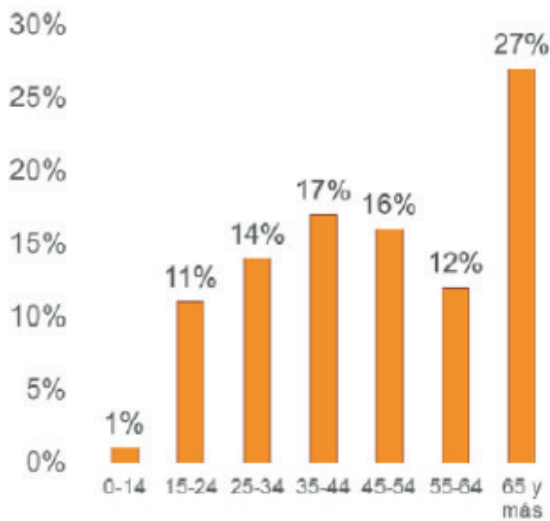
El porcentaje de fallecidos en mayores vemos que ha aumentado en la última década de manera significativa pasando de un 18 a un 27 %.

ACCIDENTES EN MOTOCICLETAS Y TURISMO (año 2013)

	<65	>65	TOTAL	%<65	%>65
MUERTOS	1.648	368	2.016	82%	18%
GRAVES	10.240	1.156	11.396	90%	10%
LEVES	151.360	10.830	162.190	93%	7%

Fuente: Dirección General de Tráfico.

FALLECIDOS POR FRANJA DE EDAD (año 2018)



Fuente: Dirección General de Tráfico.

Igualmente, es importante destacar que la VDC también afecta a los peatones y los últimos datos reflejan que el 82 % de los fallecidos mayores de 65 años eran peatones.

Otros datos estadísticos nos indican que el número de días que pasa en el hospital un peatón lesionado con más de 65 años de edad es mayor que el número de días que pasa hospitalizado un peatón lesionado más joven.

Las lesiones son más graves, las complicaciones más frecuentes, la evolución suele ser más negativa y la comorbilidad condiciona la situación que presente la persona mayor y, por tanto, nos traslada una VDC más compleja, con más secuelas y probablemente más controvertida a la hora de su resultado final.

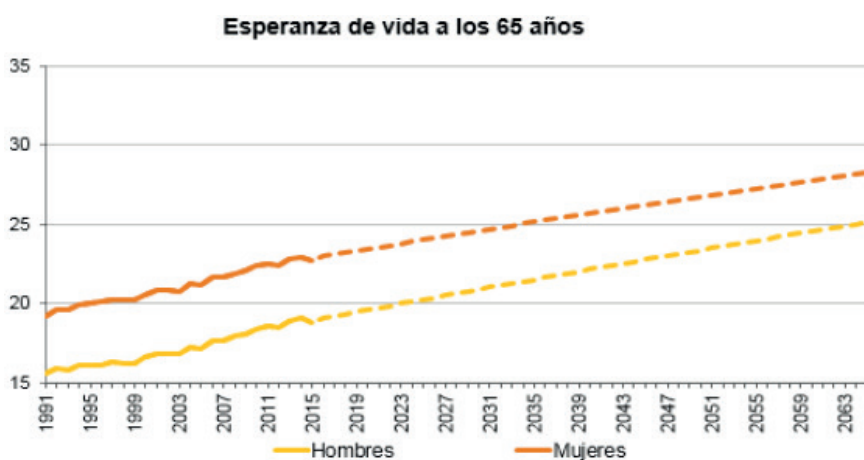
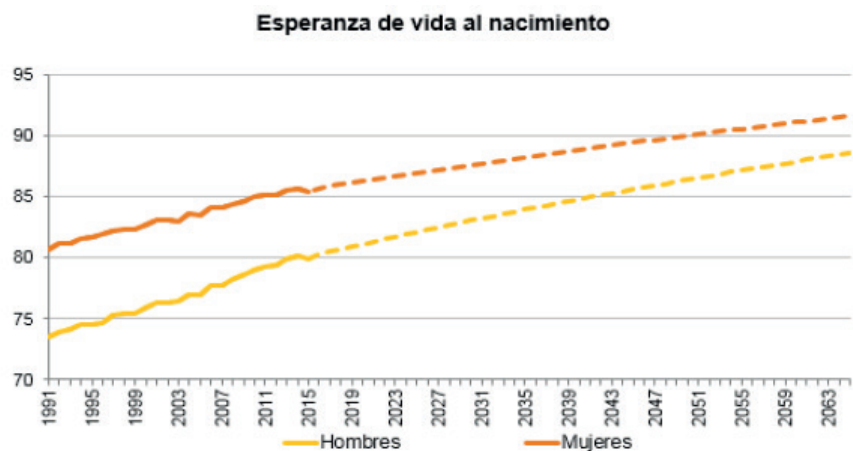
Esperanza de vida

Condicionado por la mejor calidad de vida, avances en salud, mantenimiento de hábitos saludables, detección precoz de enfermedades, avances tecnológicos, etc., nuestra esperanza de vida sigue aumentando, siendo, a nivel mundial, la segunda solo por detrás de Japón.

Y sobre todo significa que esta esperanza de vida también aumenta al llegar a los 65 años. Mientras que nuestra esperanza de vida en hombres es de 81,31 en el año 2021, la esperanza de vida de la persona que llegue a los 65 años se situará en los 84,72 años.

Proyección de la esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años

Años	Esperanza de vida al nacimiento		Esperanza de vida a los 65 años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2015	79,94	85,41	18,81	22,67
2016	80,26	85,71	19,08	22,97
2021	81,31	86,41	19,72	23,55
2026	82,30	87,08	20,37	24,13
2031	83,23	87,74	21,01	24,70
2036	84,12	88,37	21,64	25,26
2041	84,97	88,98	22,27	25,80
2046	85,79	89,57	22,89	26,34
2051	86,57	90,14	23,50	26,86
2056	87,32	90,69	24,09	27,37
2061	88,04	91,22	24,68	27,86
2065	88,60	91,64	25,13	28,25



Con esta introducción a la mesa que viene a continuación quiero trasladarles la importancia que en un futuro tendrá la VDC en personas mayores.

INFLUENCIA DEL ESTADO PREVIO EN LA VALORACIÓN DEL DAÑO TRAS LESIONES TRAUMÁTICAS EN PERSONAS MAYORES

PILAR SÁEZ LÓPEZ

Fundación
MAPFRE

ÍNDICE

- I. Daño corporal, concepto y componentes
- II. Ayuda de la geriatría a la VDC
- III. Valoración geriátrica y de fragilidad
- IV. Aportación de la valoración
de discapacidad y dependencia
- Conclusiones

I. DAÑO CORPORAL

- Lesión corporal nacida de un **acto** doloso o culposo, da **origen a responsabilidad** con obligación de reparar el daño para compensar el perjuicio físico y económico.
- Finalidad última: reparación del daño mediante compensación.

ASPECTOS DE LA VALORACIÓN Y REPARACIÓN DEL DAÑO

- Salud
 - Bienestar físico
 - Bienestar psíquico
 - Bienestar estético
 - Integridad corporal
 - Vida de relación
 - Vida sexual
 - Ocio
- **¿Cuánto vale una persona?**
 - ¿Cuánto vale lo que ha perdido como consecuencia del daño?

Detalles a tener en cuenta

- **The body producer:** La pérdida de función conlleva pérdida de ganancias (trabajo) y más gastos
 - Contemplar cuidado de nietos, de pareja o hijos enfermos, tareas domésticas, jardín, huerto, colaboración con ONG-asociaciones.
- **The body-ecological:** Restaurando el ambiente donde se vive.
 - Restricción de ABVD, actividades familiares, ocio (ej. incontinencia limita actividad >1 h).
 - Necesidad de cambiar de domicilio a población con más recursos.
- **The body-help:** Restaurando relaciones familiares, sentimiento de «carga».
 - Doble pérdida: se pierde el trabajo que aportaba a su familia y además los cuidados que necesita de su familia.
 - Mujer que no trabaja es «multiayudante» para niños, mayores, enfermos.
- **The body self-image:** Restaurando la integridad de la persona.
 - Sentimiento de cuerpo con déficit. Necesitan reconocimiento de su estatus de víctima y de precisar reconstruir su identidad (no sale para que no vean que cojea).

COMPONENTES DEL DAÑO CORPORAL

Responsabilidad civil: Reparación integral del daño

DAÑO NO PATRIMONIAL O CORPORAL

- Dolor
- Daño moral
- Perjuicio estético
- Pérdida de bienestar
- Perjuicio de longevidad*
- **Dependencia de persona**
- Perjuicio obstétrico
- Perjuicio de ocio

DAÑO PATRIMONIAL

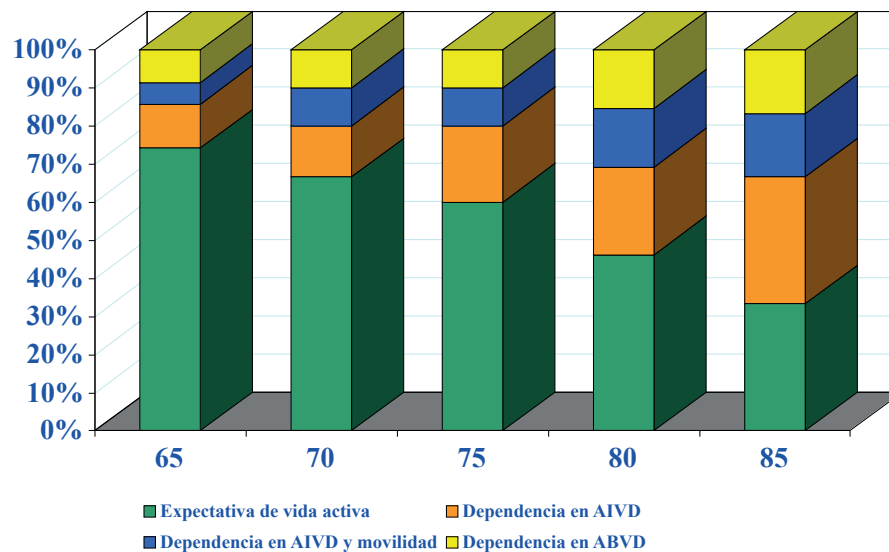
- Indemnización por pérdida sufrida y por la ganancia que ha dejado de obtener (***daño emergente y lucro cesante***)

Esperanza vida al nacer: 83,2
Exp. vida a 80: 8,9 años, 4,7 sin discapacidad
Exp. vida a 90: 4,7 años, 1,3 sin discapacidad



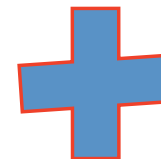


Duración de la expectativa de vida activa y de diferentes grados de incapacidad en mujeres japonesas



(Sauvaget, 1999)

PACIENTE GERIÁTRICO



Tipologías de ancianos: perfiles clínicos orientativos

	Anciano sano* (adulto viejo)	Anciano frágil (anciano de alto riesgo)	Paciente geriátrico
Concepto	Edad avanzada y ausencia de enfermedad objetivable.	Edad avanzada y alguna enfermedad u otra condición que se mantiene compensada (en equilibrio con el entorno) (alto riesgo de descompensarse) (alto riesgo de volverse dependiente).	Edad avanzada y algunas enfermedad/es crónica/s que provocan dependencia, suele acompañarse de alteración mental y/o de problema social.
Actividades instrumentales vida diaria **	Independiente (para todas).	Dependiente (para una o más).	Dependiente (para una o más).
Actividades básicas vida diaria ***	Independiente (para todas).	Independiente (para todas).	Dependiente (para una o más).
Comportamiento ante la enfermedad	Baja tendencia a la dependencia.	Alta tendencia a la dependencia.	Tendencia a mayor progresión de la dependencia.
Probabilidad de desarrollar síndromes geriátricos	Baja.	Alta.	Muy alta.

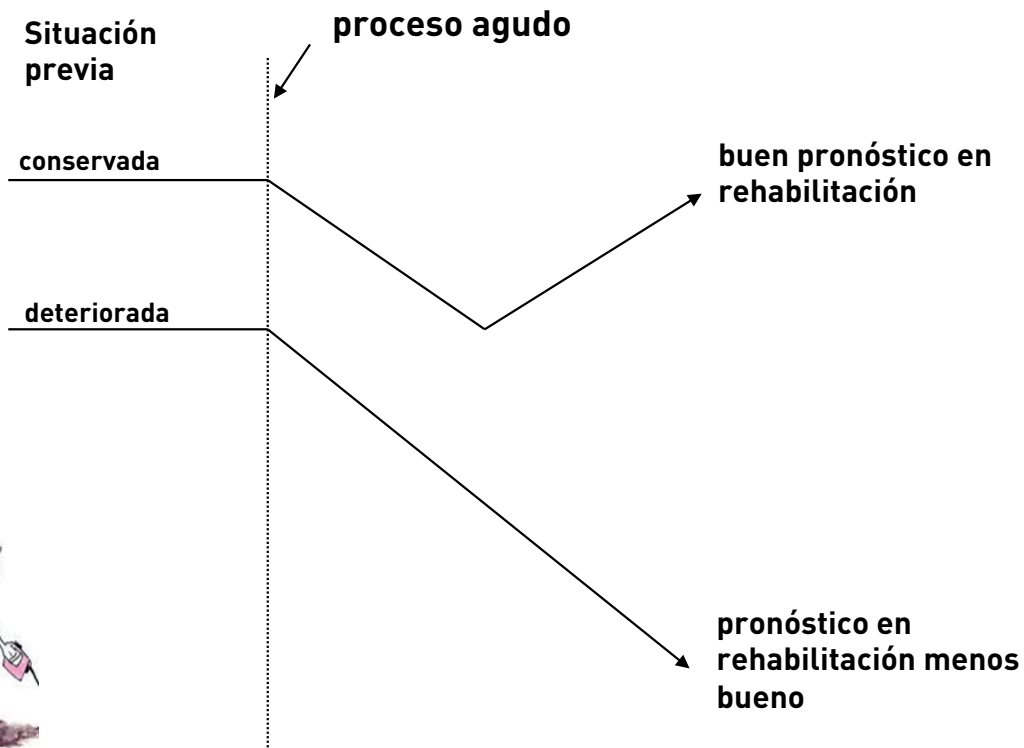
Tratado de Geriátria para Residentes

ENVEJECIMIENTO = HETEROGENICIDAD



Exp. vida a 80: 8,9 años, 4,7 sin discapacidad
Exp. vida a 90: 4,7 años, 1,3 sin discapacidad

Capacidad funcional Previa
(AVD básicas)
(barthel)



IMPACTO DE LA FRAGILIDAD

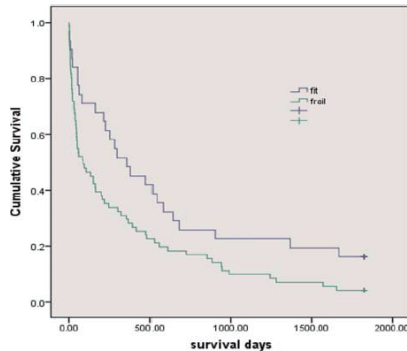


Figure 2. Patients with delirium: survival post index admission by frailty status—frail, bottom curve (frailty index ≥ 0.25), versus fit, top curve (frailty index < 0.25).

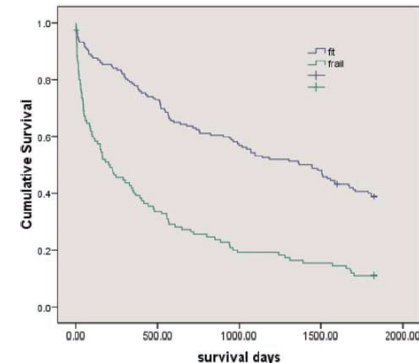


Figure 1. All patients: survival post index admission by frailty status—frail, bottom curve (frailty index ≥ 0.25), versus fit, top curve (frailty index < 0.25).

Cohorte prospectiva. 273 pacientes edad ≥ 75 años hospitalizados cualquier motivo:

- Mediana de supervivencia en pacientes *fit* con delirium 359 días
- Mediana de supervivencia en pacientes *frail* con delirium 88 días ($p < 0,05$)

En pacientes quirúrgicos **Fragilidad** predice:

- Incremento de la morbilidad
- Incremento de la mortalidad

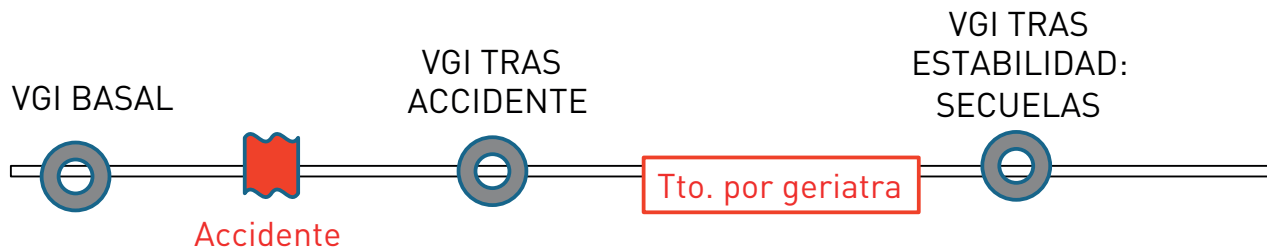
Eeles EM, White SV, O'Mahony SM, Bayer AJ, Hubbard RE. The impact of frailty and delirium on mortality in older inpatients. *Age Ageing*. 2012; 41(3): 412-416.

II. COMPONENTES DEL INFORME PERICIAL DEL DAÑO CORPORAL Y VALORACIÓN GERIÁTRICA

- Descripción lesiones físicas y psíquicas
- **Estado de salud previo**
- Nexo causal entre trauma y lesión:
 - Criterios etiológico, cuantitativo, topográfico, cronológico, continuidad sintomática, **integridad anterior**, exclusión.
- Evolución de lesiones
- Fecha curación/estabilización
- Descripción secuelas
- Repercusión de lesión o secuelas en el ámbito laboral, familiar, social, personal, etc.

Herramientas de la geriatría que pueden ayudar en VDC

- **Estado de salud previo:** VGI, fragilidad, dependencia y discapacidad previa al daño.
- **Evolución de las lesiones:** influencia de la situación funcional previa en la evolución de la enfermedad y de prognosis.
- **Repercusión de la lesión (secuelas):** VGI previa, tras la lesión y en la situación estable ayuda a describir secuelas.



Herramientas que ayudan a VDC en el anciano

1. Valoración geriátrica integral
2. Valoración de la fragilidad
3. Valoración de la discapacidad
4. Valoración de la dependencia

Herramientas que ayudan a VDC en el anciano

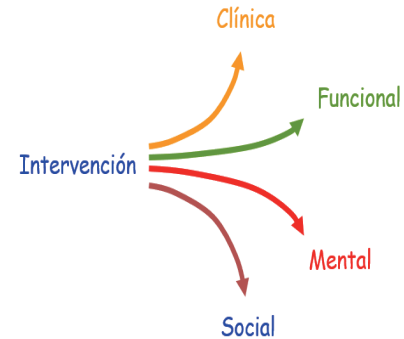
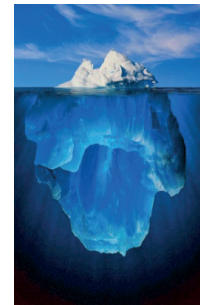
- 1. Valoración geriátrica integral**
2. Valoración de la fragilidad
3. Valoración de la discapacidad
4. Valoración de la dependencia

¿QUÉ HACE EL GERIATRA?

Valoración geriátrica integral



Niveles de intervención integral



Proceso diagnóstico **multidimensional** y **multidisciplinar** para cuantificar **capacidades** y **problemas** y planificar un tratamiento y un seguimiento continuado.

¿Cómo enferma el anciano?

1. Presentación atípica de las enfermedades.

2. Pérdida funcional como único signo precoz de gran número de enfermedades.

3. Enfermedades específicas ACVA, demencias **y síndromes geriátricos**.

4. Presencia de **pluripatología**.

5. Enfermedades que **repercuten en otras áreas** de la persona: esfera mental, social.

6. El deterioro más rápido en ausencia de tratamiento adecuado y la recuperación más lenta y difícil que un adulto.

7. El tratamiento de una enfermedad requiere un **abordaje integral**.

8. Heterogeneidad individual.

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

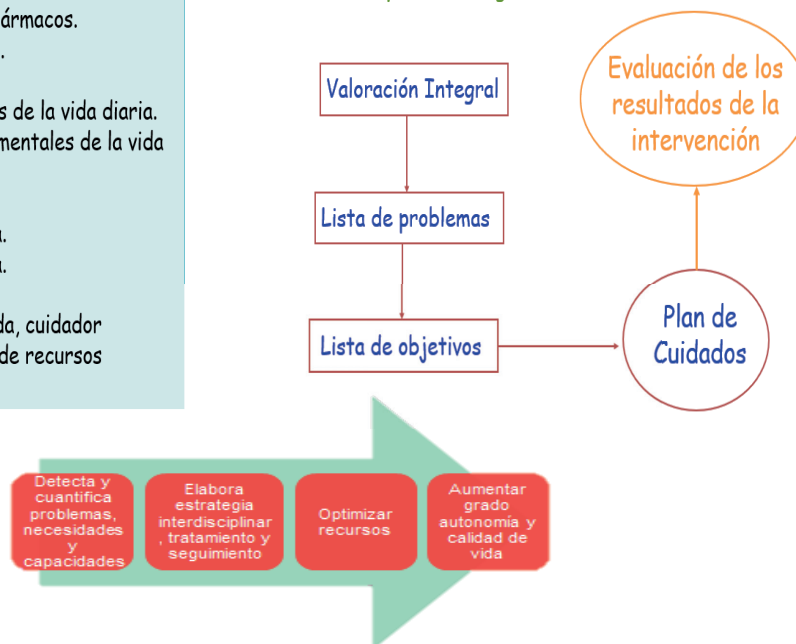


- ☑ Fragilidad
- ☑ Sarcopenia
- ☑ Deterioro cognitivo y delirium
- ☑ Inestabilidad y caídas
- ☑ Inmovilidad
- ☑ Alteraciones sensoriales
- ☑ Estreñimiento
- ☑ Depresión/insomnio
- ☑ Yatrogenia
- ☑ Polifarmacia
- ☑ Incontinencia urinaria y fecal
- ☑ Desnutrición
- ☑ Deterioro funcional

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Clínica:	<ul style="list-style-type: none">- Número y tipo de enfermedades.- Número y tipo de fármacos.- Enfermedad actual.
Funcional:	<ul style="list-style-type: none">- Actividades básicas de la vida diaria.- Actividades instrumentales de la vida diaria.
Mental:	<ul style="list-style-type: none">- Evaluación cognitiva.- Evaluación afectiva.
Social:	<ul style="list-style-type: none">- Convivencia, vivienda, cuidador principal, necesidad de recursos sociales.

Valoración y asistencia geriátrica



VALORACIÓN FUNCIONAL

- **ABVD:** nivel elemental, esencial para autocuidado y últimas en perderse.
- **AIVD:** complejidad de ejecución, esencial para adaptarse al medio ambiente y autonomía en sociedad.
 - Domésticas: limpieza, lavado, cocina y compra.
 - No domésticas: dinero, medicación, teléfono, transporte.
- **AAVD:** participación en comunidad (viajes, negocios, trabajo) y ocio (deportes, aficiones, participación en grupos).

Ventajas de la VGI



- Mayor precisión diagnóstica.
- Objetivar nuevos procesos no diagnosticados.
- Menor uso de fármacos.
- Menos ingresos hospitalarios y menos institucionalización.
- Disminuir tiempo de ingreso hospitalario.
- Mejora el estado funcional, cognitivo y afectivo del paciente.
- Aumenta las posibilidades de asistencia domiciliaria.
- Situar al anciano en su entorno. Definir ubicación.
- Evitar la dependencia.
- Mejorar la calidad de vida.
- *Establecer un PLAN DE CUIDADOS.*

Ellis G et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital Cochrane Database Syst Rev 2011.

Porcentaje de problemas geriátricos que pasan desapercibidos sin una valoración integral

	Williamson, 1964	Pinholt, 1987
Deterioro cognitivo	87%	72%
Incontinencia	79%	58%
Problemas nutrición	40%	56%
Déficit visual		73%



Herramientas que ayudan a VDC en el anciano

1. Valoración geriátrica integral
- 2. Valoración de la fragilidad**
3. Valoración de la discapacidad
4. Valoración de la dependencia

Definición de fragilidad

Síndrome biológico de **disminución de la reserva funcional y resistencia a los estresores**, debido al declive acumulado de múltiples sistemas fisiológicos que originan **pérdida de la capacidad homeostática y vulnerabilidad a eventos adversos**.

(Campbell AJ y Buchner DM, *Age and Ageing*, 1997)

FRAGILIDAD

“Síndrome biológico de **disminución de la reserva funcional y resistencia a los estresores**, debido al declive acumulado de múltiples sistemas fisiológicos que originan **pérdida de la capacidad homeostática y vulnerabilidad a eventos adversos**”.

Campbell AJ y Buchner DM, Age and Ageing, 1997.

- S multifactorial con
 - ↓ la reserva fisiológica,
 - ↓ la fuerza, y
 - ↓ la resistencia ante el estrés+ vulnerables al
**estrés,
hospitalización y la
cirugía.**



FRAGILIDAD

Síndrome clínico en el que tres o más de los siguientes criterios están presentes:

1. Pérdida de peso no intencional (4,5 kg en el año previo)
2. Cansancio
3. Debilidad (test de la fuerza)
4. Lentitud en la marcha
5. Baja actividad física

Prevalencia de fragilidad:

Mayores de 65 años: 21%- 27,5%

Mayores de 85 años: 46%

Criterios Fried de Fragilidad

1. Pérdida de peso involuntaria ¿Ha perdido más de 4 kilos y medio de peso de forma involuntaria en el último año?	NO	SÍ
2. Estado de ánimo decaído En la última semana ¿cuántos días ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo? En la última semana ¿cuántas veces no ha tenido ganas de hacer nada?	Raramente (< 2 días) <input type="checkbox"/>	Pocas veces (1-2 días) <input type="checkbox"/>
	Ocasionalmente (3-4 días) <input type="checkbox"/>	La mayor parte del tiempo (5-7 días) <input type="checkbox"/>
3. Velocidad de la marcha Según la altura y sexo ¿El paciente tarda igual o más de lo indicado en caminar 4,6 m?	NO	SÍ
Altura ≤ 173cm..... ≥ 7 s > 173cm..... ≥ 6 s ≤ 159cm..... ≥ 7 s > 159cm..... ≥ 6 s		

4. Actividad Física

El paciente realiza semanalmente menos o igual de la actividad física indicada?

♂ : < 383 kcal/semana (pasear ≤ 2:30 horas/semana)

♀ : < 270 kcal/semana (pasear ≤ 2 horas/semana)

NO

SÍ

5. Debilidad muscular

Según el índice de masa corporal y sexo ¿la fuerza de prensión de la mano es menor o igual a la indicada?

IMC	♂	DIM	IMC	♀	DIM
< 24:	.....	≤ 29 kg	< 23:	.....	≤ 17 kg
24.1-26:	.....	≤ 30 kg	23.1-26:	.....	≤ 17.3 kg
26.1-28:	.....	≤ 30 kg	26.1-29:	.....	≤ 18 kg
> 28:	.....	≤ 32 kg	> 29:	.....	≤ 21 kg

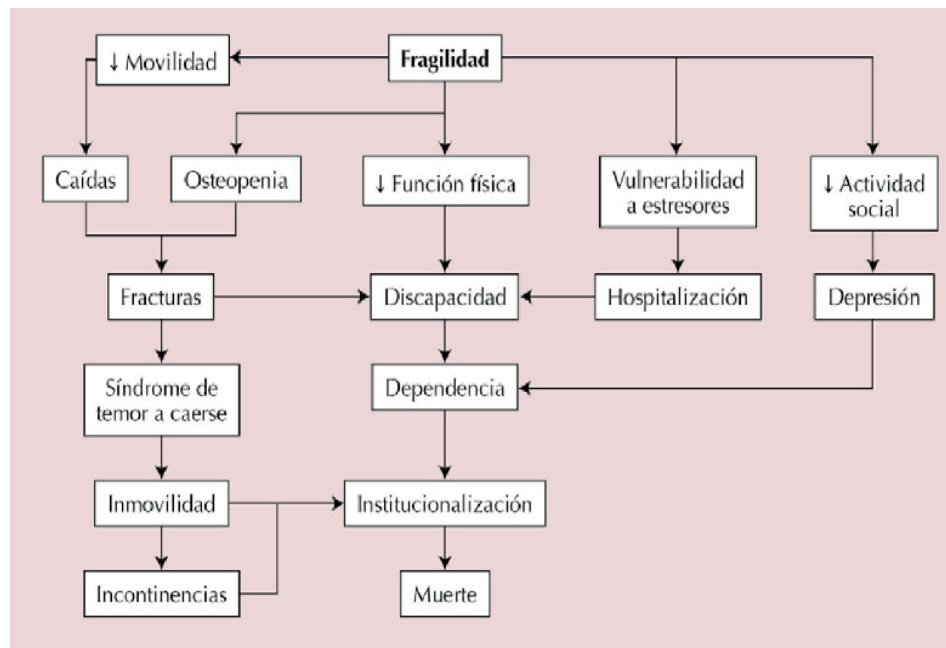
IMC: Índice de masa corporal
 DIM: Dinamometría manual

NO

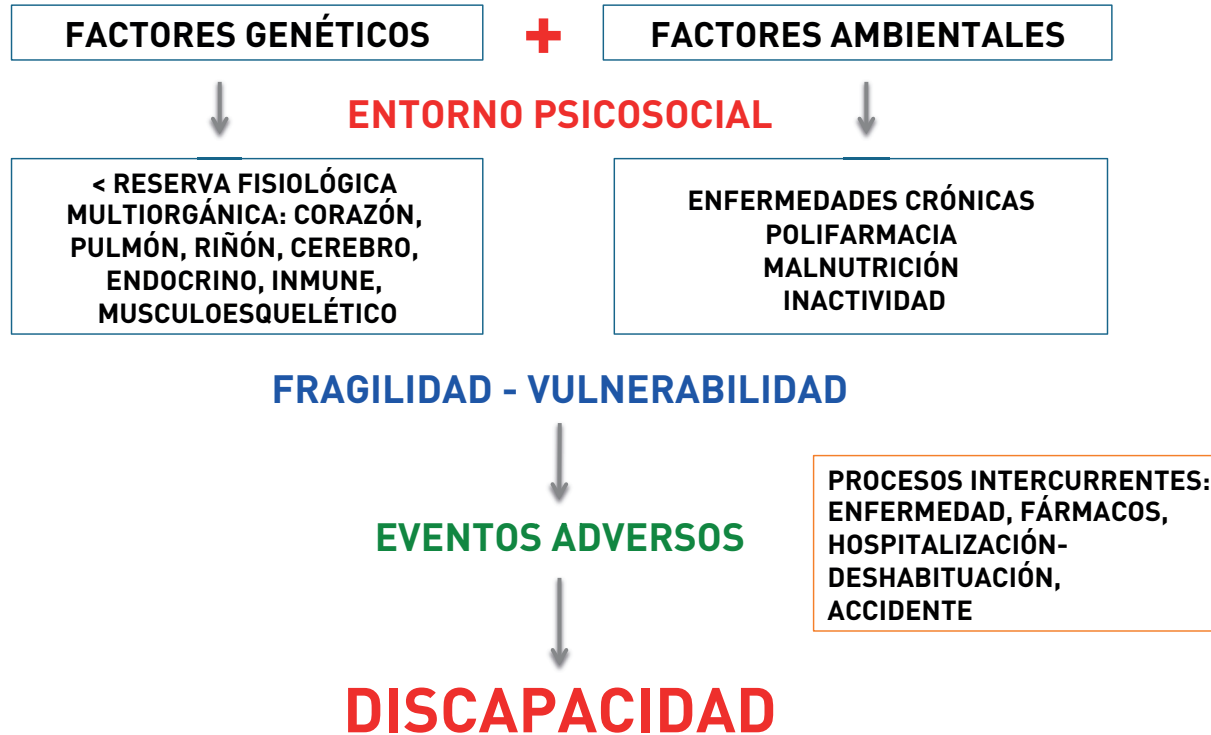
SÍ

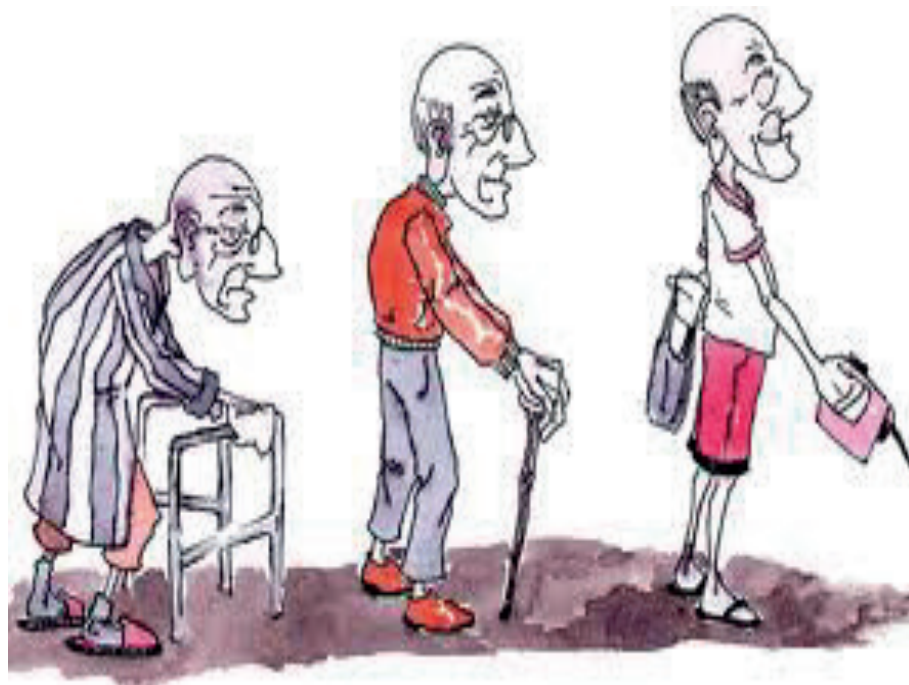
Diagnóstico de fragilidad: si el paciente cumple 3 o más criterios de la zona no sombreada.
 Aclaración criterio 2: es criterio positivo si y sólo si la respuesta a los dos ítems está en la zona no sombreada.

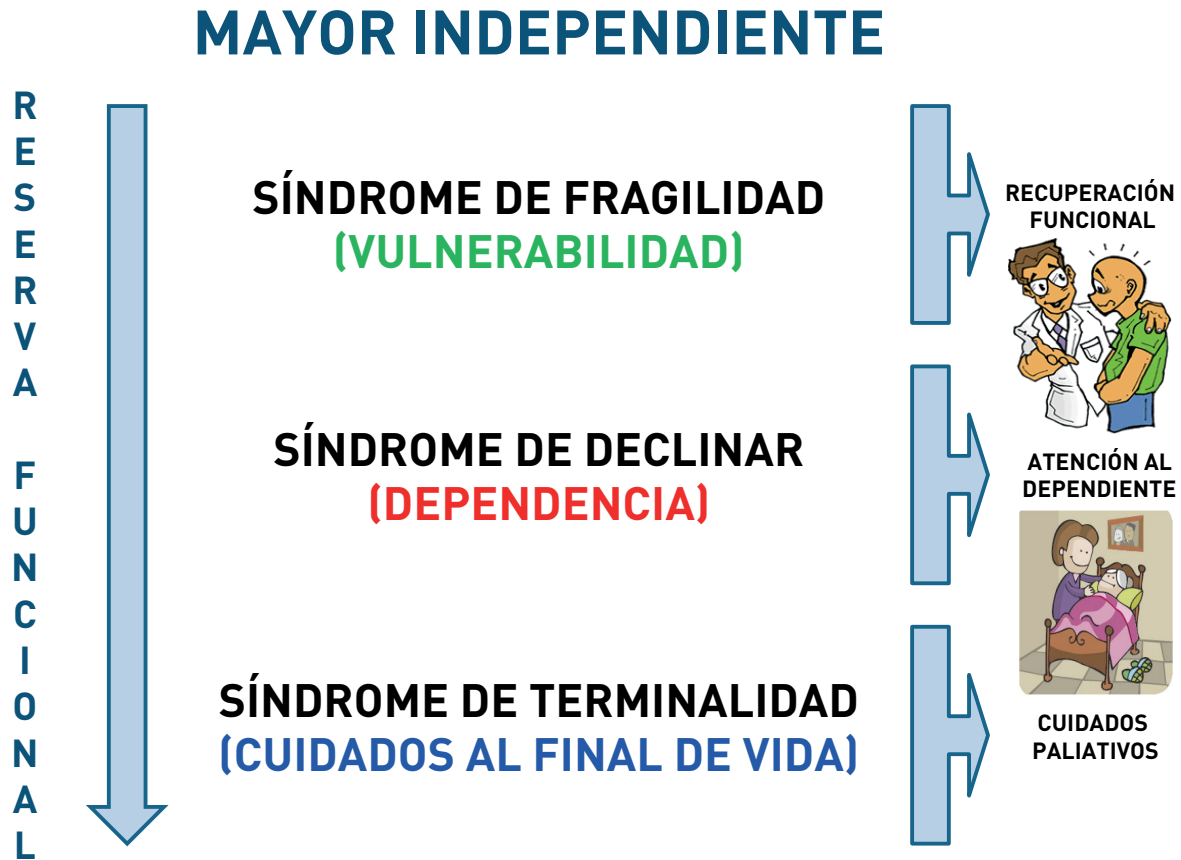
FRAGILIDAD



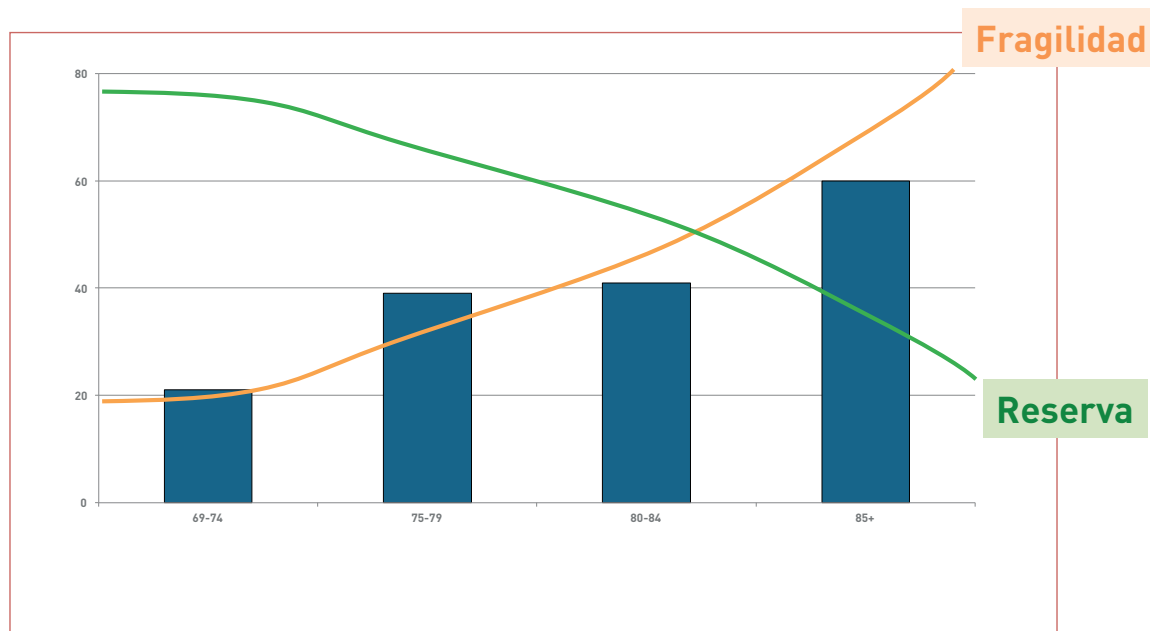
FRAGILIDAD – SD CLÍNICO







Relación de incidencia entre reserva fisiológica, fragilidad e incapacidad progresiva



Incapacidad progresiva

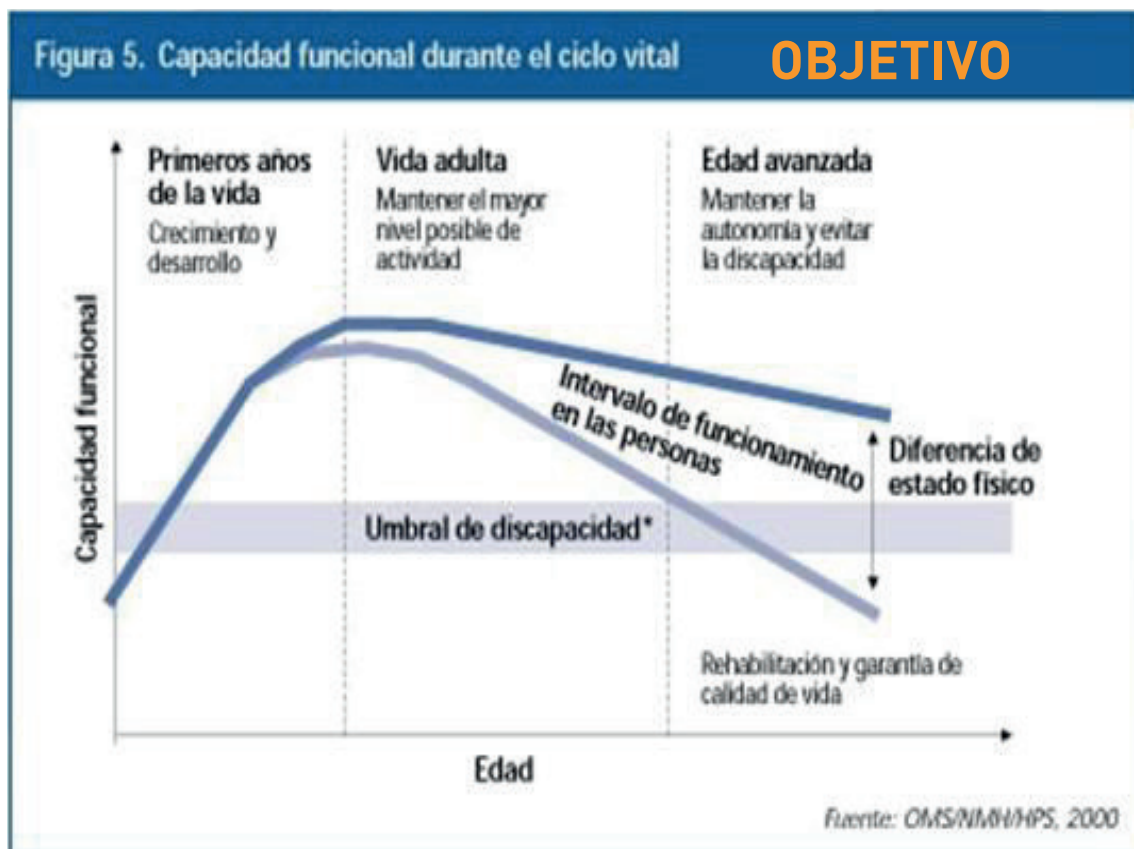
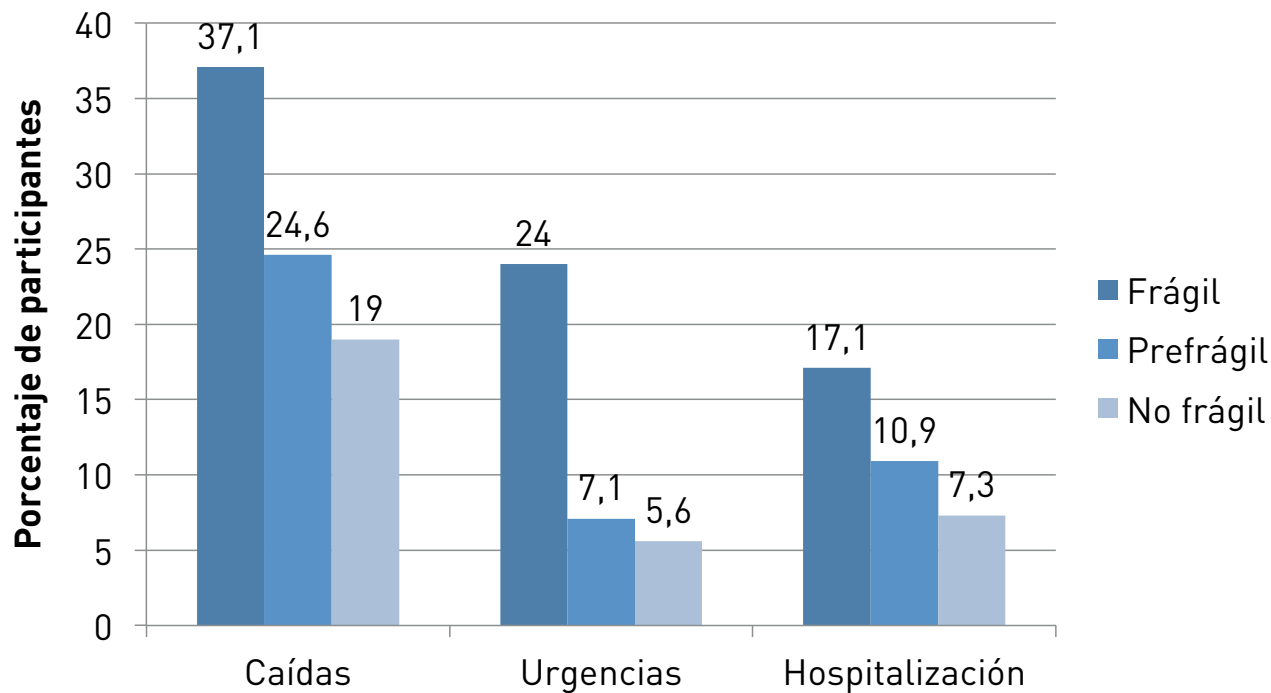


Figura 3: Eventos adversos en los 6 meses previos según estado de fragilidad



La fragilidad predice evolución clínica y funcional

LA FRAGILIDAD PREDICE MAL PRONÓSTICO EN PATOLOGÍAS DEL PACIENTE GERIÁTRICO			
FRAGILIDAD PREDICE:	En Oncogeriatría	En Estenosis Aórtica severa	En Cirugía
Sdres geriátricos (caídas, UPP, delirium, MN)	+		+
Toxicidad de QMT	+		
Deterioro funcional	+	+	+
Deterioro calidad de vida	+		+
Mortalidad hospitalaria	+	+	+
Estancia prolongada	+	+	+
Institucionalización	+	+	+
Reingresos	+		+
Eventos cardio-cerebro vasculares		+	
Complicaciones			+
Costes			+

Fragilidad predice:

- Institucionalización
- Mortalidad
- Discapacidad
- Hospitalización
- Caídas
- Deterioro funcional
- Enf. cardiovascular



VGI Y FRAGILIDAD

❑ Valoración fragilidad:

Cuestionario Frail.

Short Physical Performance Battery (SPPB).

❑ Estado funcional:

- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): Índice de Barthel.

- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): Índice de Lawton y Brody.

- Movilidad: Escala de *Functional Ambulation Classification* (FAC).

- Riesgo de caídas: Escala de Downton.

❑ Valoración mental:

- *Short Portable Mental Status Questionary* (SPMSQ) de Pfeifer.

- *Global Deterioration Scale* (GDS) de Reisberg.

- Escala de depresión abreviada de Yesavage.

❑ Nutrición:

- *Mini Nutritional Assessment* (MNA) versión reducida (cribaje).

- Índice de Masa Corporal (IMC).

- Tipo y severidad de la desnutrición.

❑ Comorbilidad:

- *Charlson Comorbidity Index* (CCI).

- Polifarmacia (+/- 5 Fármacos).

- *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS).

❑ **Evaluación de expectativa de vida:** Se realizará una evaluación sobre la expectativa de vida en relación con los antecedentes y la situación basal del paciente. (www.epronosis.com).

❑ Percepción de salud:

- EuroQol 5D.

Instrumentos para valorar la fragilidad

TABLA 2. INSTRUMENTOS PARA MEDIR FRAGILIDAD

<ul style="list-style-type: none"> • Fenotipo Fried: <ul style="list-style-type: none"> – Pérdida de peso. – Cansancio (CES-D). – Baja fuerza. – Lentitud. – Baja actividad física. • Índice de fragilidad de Mitnitski (20 déficits en la VGI). • Índice de fragilidad de Rockwood (70 ítems). • Escala de fragilidad clínica (7 niveles progresivos): <ul style="list-style-type: none"> – Robusto. – Bien, sin enfermedad. – Bien, con enfermedad controlada. – Vulnerable aparentemente. – Leve dependencia AIVD. – Ayuda en AIVD y ABVD. – Dependiente o terminal. 	<ul style="list-style-type: none"> • GCIC-PF (Studenski): <ul style="list-style-type: none"> – Movilidad. – Equilibrio. – Fuerza. – Resistencia. – Nutrición. – Función neuromotora. • Herramienta FRAIL (3 o más frágil, 1 o 2 prefrágil): <ul style="list-style-type: none"> – ¿Está usted cansado? – ¿Es incapaz de subir un piso de escaleras? – ¿Es incapaz de caminar una manzana? – ¿Tiene más de cinco enfermedades? – ¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses? • Indicador de fragilidad de Tilburg: <ul style="list-style-type: none"> – Actividad física (LAPAQ).
---	---

TABLA 2. INSTRUMENTOS PARA MEDIR FRAGILIDAD (CONTINUACIÓN)

<ul style="list-style-type: none"> • Índice de fragilidad de Groningen: <ul style="list-style-type: none"> – Movilidad. – Visión. – Audición. – Nutrición. – Comorbilidad. – Cognición. – Psicosocial. – Estado físico (<i>fitness</i>). • VES-13. • Instrumento SOF: <ul style="list-style-type: none"> – Pérdida de peso. – Incapacidad para levantarse cinco veces de una silla. – Baja energía (CES-D). • Cuestionario FiND: <ul style="list-style-type: none"> – Dificultad caminar 400 m. – Dificultad para subir un piso de escaleras. – Pérdida de peso. – Cansancio. – Actividad física. 	<ul style="list-style-type: none"> – Índice de masa corporal. – <i>Timed Up & Go</i>. – Equilibrio. – Fuerza prensora. – Escala de cansancio abreviada. – <i>Mini-Mental State Examination</i>. – Escala de depresión CES-D. – Escala de ansiedad. – Escala de habilidades. – Escala de soledad. – Soporte social. • Escala del Rasgo de Fragilidad (ETES): <ul style="list-style-type: none"> – Balance energético/nutrición. – Actividad física. – Sistema nervioso. – Sistema vascular. – Fuerza. – Resistencia. – Velocidad de la marcha. • Escala de Puts. • Escala Chin A Paw. • Escala Ravaglia.
--	--



La velocidad de la marcha como indicador de salud

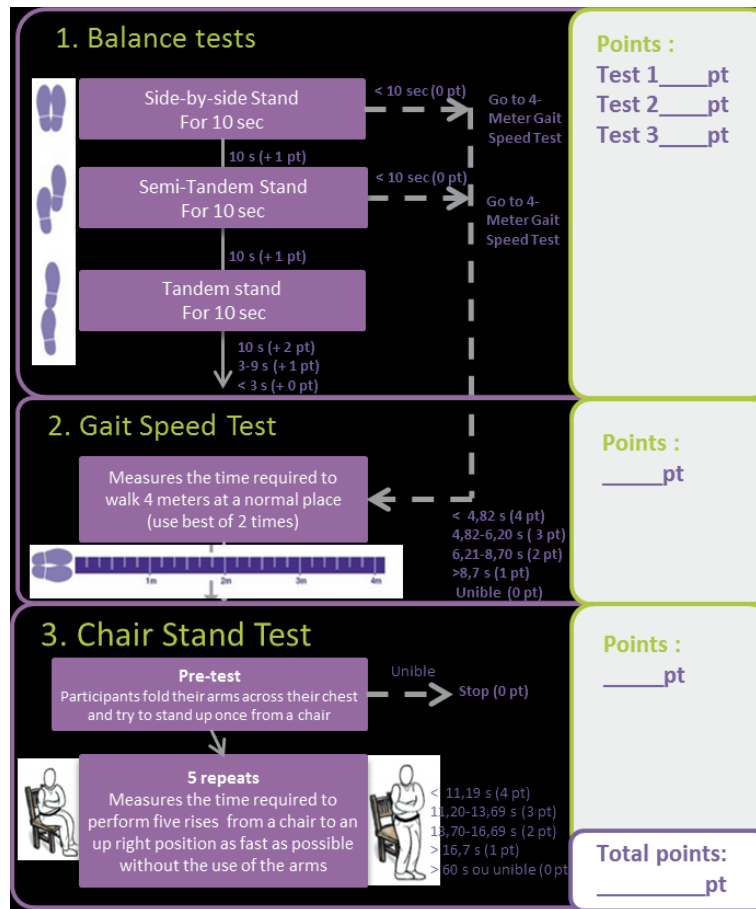


Gait speed was associated with survival in all studies (pooled hazard ratio per 0.1 m/s, 0.88; 95% CI, 0.87-0.90; $P < .001$). Survival increased across the full range of gait speeds, with significant increments per 0.1 m/s.

Studenski S. JAMA, Editorial Matteo Cesari, 2011; 305: 50-58.

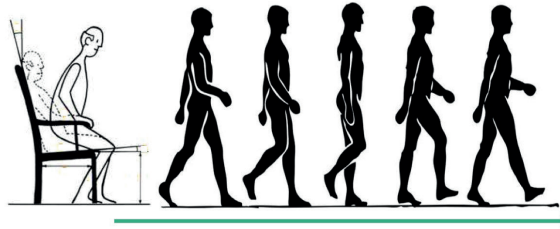
SPPB

“Short Physical Performance Battery”

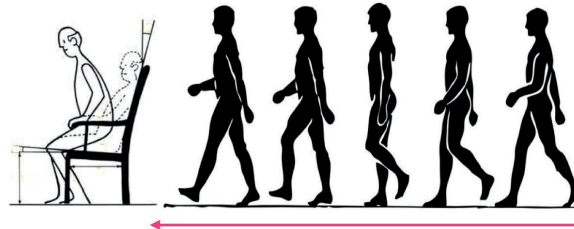


Anciano frágil: ACTIVIDAD FÍSICA


Test “Up & go” // Levántate y anda



3 metros



3 metros



<10 segundos =	Sin problemas de movilidad
<20 segundos =	Mayoritariamente independiente
20-29 segundos =	Movilidad variable
> 20 segundos =	Discapacidad funcional

Capacidad de predicción de escalas funcionales

Mortalidad
Institucionalización
Estancia hospitalaria
Ayuda social
Discapacidad
Calidad de vida

ESCALA	ACTIVIDAD EVALUADA	PREDICCIÓN
KATZ	Baño, vestido, retrete, continencia y comida	Mortalidad, institucionalización y EM hos
BARTHEL	Alimentación, transferencias, aseo, retrete, baño, deambulación, escaleras, vestido, continencia ur y fec	Función, mortalidad, EM hosp, ayuda social e institucionalización
CRF	AVD, deambulación, continencia	
LAWTON	Compra, cocina, limpieza, lavado, finanzas, medicación, transporte y teléfono	
SF-LLFDI	Actividades sociales, personales, instrumentales, autocuidado, movilidad y funciones de MMSS y MMII	
VELOCIDAD DE LA MARCHA	< 0,6M/S riesgo de caída y muerte	Hospitalización, EM hosp, institucionalización, calidad de vida, caídas, discapacidad y mortalidad
GET UP AND GO Y TIMED UP AND GO	>20SEG: > riesgo de caídas	Discapacidad, caídas, mala salud, institucionalización
Short Physical Performance Battery	Puntuación 4-9 sugiere fragilidad	Discapacidad en movilidad y AVD, hospitalización, EM hosp, Institucionalización y muerte
Clasificación funcional de la deambulación de Holden (FAC)	0 marcha nula a 5 marcha independiente	

TABLA 3. EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A FRAGILIDAD EN ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Estudio (años de seguimiento)	Mortalidad	Discapacidad ABVD	Discapacidad AIVD	Otros hallazgos
CHS (3 años)	2,2 (1,5-3,3)	2,0 (1,5-2,6)		Pérdida movilidad 1,5 (1,2-1,8) Caídas 1,3 (1,0-1,7) Hospitalización 1,3 (1,1-1,5)
CHS (7 años)	1,6 (1,3-2,1)	1,8 (1,5-2,7)		Pérdida movilidad 1,4 (1,2-1,6) Caídas 1,2 (1,0-1,5) Hospitalización 1,3 (1,1-1,5)
Three-City (4 años)	1,2 (0,8-1,9)	3,2 (1,6-6,5)	2,1 (1,4-3,1)	Pérdida movilidad 1,6 (0,9-2,9) Hospitalización 1,4 (1,0-1,8)
RMAP (2,9 años)	1,9 (1,3-2,8)	1,7 (1,3-2,3)	1,4 (1,1-1,8)	
H-EPESE (10 años)	Mujeres 1,9 () Hombres 3 ()	2,0 ()		Caídas 3,2 ()
SOF (9,6 años)	Mujeres 2,8 (2,5-3,1) Hombres 3,5 (2,2-5,6)		Mujeres 2,8 (2,3-3,4) Hombres 7,5 (5,1-11,0)	Fractura cadera mujeres 1,7 (1,4-2,2) Fractura no espinal hombres 2,3 (1,4-3,7) Caídas mujeres 2,4 (2,0-3,0) Hombres 3,6 (2,6-5,0)
WHAS I-II (3 años)	6,0 (3,0-12,1)	15,8 (5,8-42,8)	10,4 (3,5-31,0)	Caídas 1,2 (0,6-2,2) Hospitalización 0,7 (0,3-1,4) Institucionalización 23,0 (4,5-129,2)
WHI-OS (5,9 años)	1,7 (1,5-2,0)	3,2 (2,5-4,0)		Hospitalización 2,0 (1,7-2,2) Fractura cadera 1,6 (1,1-2,2)
CNPHS (10 años)	1,6 (1,4-1,7)			
CSHA (5 años)	7,3 (4,7-11,4)			Institucionalización 8,6 (4,9-15,2)
FRADEA (2 años)	5,5 (1,5-20,2)	2,5 (1,3-4,8)	1,9 (1,1-3,3)	Pérdida movilidad 2,7 (1,5-5,0)

Todos los valores son *hazard ratios* y entre paréntesis el intervalo de confianza del 95%. CHS: *Cardiovascular Health Study*. Three-City: estudio de las tres ciudades. RMAP: *Rush Memory and Aging Project*. H-EPESE: *Hispanic Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly*. SOF: *Study of Osteoporotic Fractures*. WHAS: *Women's Health and Aging Study*. WHI-OS: *Women's Health Initiative Observational Study*. CNPHS: *Canadian National Population and Health Survey*.

ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD

Tto. pluripatología

Reponer vitaminas

Tto. osteoporosis

Ejercicio

Soporte nutricional

Tto. depresión y deterioro cognitivo

Déficit sensorial

Apoyo social


Problema	Valoración	Intervención
Enfermedad crónica y multimorbilidad	Valoración médica por geriatra	Revisión de enfermedades y fármacos por geriatra. Mejoría del cumplimiento terapéutico.
Déficit vitamina D	Medición niveles	Suplementación.
Osteoporosis	DXA	Vitamina D y calcio, bifosfonatos, ranelato de estroncio, denosumab, teriparatida (según tipo y causa).
Sarcopenia	DXA, BIA	Ejercicio, suplementos nutricionales.
Dolor	Escala EVA	Tratamiento no farmacológico y farmacológico adecuado.
Malnutrición	MNA-SF	Valoración por nutricionista. Recomendaciones dietéticas. Suplementos nutricionales.
Depresión	GDS Yesavage	Actividad física y TO para promover el bienestar mental. Antidepresivos si necesarios.
Deterioro cognitivo	MMSE/TIN	Diagnóstico, tratamiento y cuidados del paciente con demencia.
Déficit visual o auditivo	Valoración breve	Valoración por especialista. Ayudas a la visión y audición.
Movilidad reducida	Velocidad de marcha, TUG, SPPB, levantarse y sentarse cronometrado	Programas individualizados de ejercicio. Rehabilitación y TO para recuperar funciones perdidas. Intervenciones multicomponente para prevenir caídas.
Falta de participación social	Valoración social	Modificaciones del entorno e interacciones sociales.
Falta de apoyo social	Valoración social	Información y formación a familiares y cuidadores. Facilitación de servicios sociales y ayuda en domicilio. Cuidados residenciales solo en último caso.

DXA: densitometría. BIA: bioimpedanciometría. EVA: escala analógica visual. TO: terapia ocupacional.
TUG: Timed Up & Go. SPPB: Short Physical Performance Battery. MNA-SF: Mini Nutritional Assessment Short Form.
GDS: Geriatric Depression Scale. MMSE: Mini Mental State Examination. TIN: test del informador.

Herramientas que ayudan a VDC en el anciano

1. Valoración geriátrica integral
2. Valoración de la fragilidad
- 3. Valoración de la discapacidad**
4. Valoración de la dependencia

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF) DE LA OMS: CONCEPTOS BÁSICOS



- **Déficit en el funcionamiento → Deficiencia**
 - Pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental
- **Limitación de la actividad → Discapacidad**
 - Dificultades que tiene un individuo en la ejecución de las actividades
- **Restricción en la participación → Minusvalía**
 - Determinada por la comparación de la participación de un determinado individuo con la de otro sin discapacidad en una determinada sociedad
- **Barrera**
 - Factores ambientales del entorno de una persona que condicionan su funcionamiento y crean discapacidad
- **Discapacidad**
 - Término genérico que se refiere a los déficits, las limitaciones y las restricciones.

WHO-DAS II mide limitación de actividad y restricción social

1. Comprensión y comunicación
2. Capacidad para moverse en su entorno
3. Cuidado personal
4. Relaciones con otras personas
5. Actividades de la vida diaria (instrumentales)
6. Participación en la sociedad

Herramientas que ayudan a VDC en el anciano

1. Valoración geriátrica integral
2. Valoración de la fragilidad
3. Valoración de la discapacidad
- 4. Valoración de la dependencia**

GRADOS DE DEPENDENCIA: Baremo de valoración

Ley 39/2006, RD 504/2007

GRADOS DEPENDENCIA	AYUDA ABVD	NECESIDAD DE APOYO / AUTONOMÍA PERSONAL
Grado I D. moderada	1 vez al día	Apoyo intermitente de cuidador / Necesidad limitada de apoyo para la autonomía
Grado II. D. severa	dos o tres veces al día	No requiere el apoyo permanente de cuidador/ Necesidad de apoyo extenso
Grado III. Gran dependencia	varías veces al día	Apoyo indispensable y continuo de otra persona/ necesidades de apoyo generalizado



Cada
Grado

Nivel 1

Nivel 2

Crterios Nivel 1 y 2

- Intensidad de la Autonomía
- Grado de cuidado que requiere

ACTIVIDADES BAREMO VALORACIÓN DEPENDENCIA

COMER Y BEBER

Emplear nutrición y/o hidratación artificial
Abrir botellas y latas
Cortar o partir la comida en trozos
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca
Sujetar el recipiente de bebida
Acercarse el recipiente de bebida a la boca
Sorber las bebidas

REGULACIÓN DE LA MICCIÓN DEFECACIÓN

Acudir a un lugar adecuado
Manipular la ropa
Adoptar o abandonar la postura adecuada
Limpiarse
Continencia micción
Continencia defecación

LAVARSE

Lavarse las manos
Lavarse la cara
Lavarse la parte inferior del cuerpo
Lavarse la parte superior del cuerpo

OTROS CUIDADOS CORPORALES

Peinarse
Cortarse las uñas
Lavarse el pelo
Lavarse los dientes

TRANSFERENCIAS CORPORALES

Sentarse
Tumbarse
Ponerse de pie
Transferirse mientras sentado
Transferirse mientras tumbado

MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas
Evitar riesgos dentro del domicilio
Evitar riesgos fuera del domicilio
Pedir ayuda ante una urgencia

VESTIRSE

Calzarse
Abrocharse botones
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo

DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR

Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado
Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda en que reside

DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR

Acceder al exterior del edificio
Desplazarse alrededor del edificio
Realizar desplazamiento cercano
Desplazamiento lejano
Utilización de medios de transporte

REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS

Preparar comidas
Hacer la compra
Limpiar y cuidar la vivienda
Lavar y cuidar la ropa

CAPACIDAD DE TOMAR DECISIONES

Actividades de autocuidado
Actividades de movilidad
Tareas domésticas
Interacciones interpersonales básicas y complejas
Usar y gestionar el dinero
Uso de servicios a disposición del público

ACTIVIDADES BAREMO VALORACIÓN DEPENDENCIA

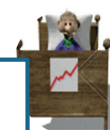
TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL		
				F	C	I			
Emplear nutrición y/o hidratación artificial	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Abrir botellas y latas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Cortar o partir la comida en trozos	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Sujetar el recipiente de bebida	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Sorber las bebidas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES

Ley 35/2015 Perjuicio personal particular por pérdida de calidad de vida comparativa con VGI y clasificación en 4 grados

MEDICIÓN DEL PERJUICIO POR PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA	
VALORACIÓN DE PÉRDIDA DE AUTONOMÍA (5 grados: muy ligera, ligera, mod, grave o impedimento total o casi total): ABVD Y AIVD	
Comer	
Beber	
Vestirse	
Sentarse	
Levantarse y acostarse	
Control de esfínteres	
Desplazarse	
Tareas domésticas	
Manejar dispositivos	
Tomar decisiones	
Otras actividades sobre autosuficiencia física	
Otras actividades sobre autosuficiencia psíquica	
VALORACIÓN DE ALTERACIÓN DEL DESARROLLO PERSONAL LABORAL AAVD	
Limitación del desempeño de la profesión o trabajo habitual	
Limitación del desempeño de otras profesiones o trabajos	
VALORACIÓN DE LA ALTERACIÓN DEL DESARROLLO PERSONAL NO LABORAL AAVD	
Relativas al disfrute o placer	
La vida de relación	
Actividad sexual	
Ocio y práctica de deportes	

PARÁMETROS PARA DETERMINAR EL PERJUICIO:

- **Importancia y n.º** actividades afectadas
- **Edad** para medir la duración del perjuicio



Muy grave



Grave



Moderado



Leve

EQUIVALENCIA ENTRE ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL Y DISCAPACIDAD

TABLA 46.3 Asociación entre puntuaciones de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y diferentes escalas de evaluación funcional

CIF	RUG III para AVD	Índice de Barthel	Escala Funcional de la Cruz Roja	Escala FIM	Escala de Norton	Índice de Katz
Puntuación total y/o de grupos	4-18	100-0	0-5	126-18	0-27	A-G
NO HAY problema (0-4%)	4	100-96	0	125-121	0-1	A (0)
Problema LIGERO (5-24%)	5-7	95-76	1	120-100	2-6	B (1)
Problema MODERADO (25-49%)	8-10	75-51	2	99-73	7-13	C (2)
Problema GRAVE (50-95%)	11-17	50-5	3-4	72-23	14-16	D-F (3-5)
Problema TOTAL (96-100%)	18	4-0	5	22-18	27	G (6)

AVD, actividades de la vida diaria; FIM, *Functional Impairment Measurement*, escala de referencia utilizada en servicios de rehabilitación; RUG III, *Resources Use Group III*, escala de evaluación de referencia en residencias.

Escala de Norton: escala de riesgo de úlceras por presión.

Índices de Barthel, Katz y Cruz Roja: evalúan actividades básicas de la vida diaria.

COMPARACIÓN ENTRE VGI, VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

	VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL	VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD	VALORACIÓN DE DEPENDENCIA
CONCEPTO	Instrumento para valoración integral del anciano	Limitación para realizar tareas dentro de entorno físico-cultural	Necesidad de ayuda para las actividades cotidianas (básicas o autocuidado)
OBJETIVO	Diagnóstico, pronóstico y toma decisiones	Determinar minusvalía	Determinar dependencia
COMPONENTES	Valoración clínica, funcional, cognitiva y social	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración estructuras corporales • Pérdida de función • Limitación social 	<ul style="list-style-type: none"> • ABVD • AIVD • AAVD
NORMATIVA	Formación e investigación constante	WHO-DAS II (Instrumento de OMS a partir de CIF)	Ley 39/2006 de Autonomía y Atención a la Dependencia, RD 504/2007
MÉTODO	Valoración por clínico y numerosas escalas	Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)	Baremo de la Dependencia
DOMINIOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clínica: enfermedad 2. Funcional: ABVD, AIVD, AAVD y Fragilidad 3. Cognitivo 4. Social 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprensión y comunicación 2. Moverse en su entorno 3. Cuidado personal 4. Relación con otros 5. AVD 6. Participación social 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ABVD 2. Desplazamiento fuera del hogar 3. Tareas domésticas 4. Toma de decisiones

¿Dónde encontrar la información de ayuda al perito?

1. Informes de geriatría o especialistas.
2. Informes de atención primaria.
3. Información de médicos de residencia, centros de día.
4. Grado de minusvalía.
5. Grado de dependencia.

Evaluación de atención primaria

EVOLUCION - ACTIVIDADES PREVENTIVAS

VALORACION INTEGRAL (NI: MEDIO)

Percepción... Nutrición... Eliminación... Actividad... Sueño Des... Cognitivo... Autoperce... Rel Relac... Sexualida... Adaptació... Valores C...

ACTIVIDAD FÍSICA

Ejercicio Físico: ☐ Si ☐ No Veces/Semana: Horas/Semana: Sedentarismo: ☐ Si ☐ No

Paseo: ☐ Si ☐ No

Deporte: ☐ Si ☐ No

Actividades de ocio: ☐ Si ☐ No Actividad:

MOVILIDAD

Probl. salud limitante: ☐ Si ☐ No

Inmovilizaciones: ☐ Si ☐ No Dependiente: ☐ Si ☐ No Encamamiento: ☐ Si ☐ No

Sistemas de ayuda: ☐ Si ☐ No

Bastón / Muletas: ☐ Si ☐ No Andador: ☐ Si ☐ No Silla de ruedas: ☐ Si ☐ No

Caídas (últ. año): ☐ Si ☐ No J. H. Downton: Riesgo año de caída: ☐ Si ☐ No

Lawton - Brody: Índice de Barthel: 100 (15/11/2018)

VALORACION DE LA FRAGILIDAD

Batería SPPB: Escala Frail:

Comentario al patrón:

Resultado del Patrón:

VALORACION INTEGRAL (NI: MEDIO)

Percepción... Nutrición... Eliminación... Actividad... Sueño Des... Cognitivo... Autoperce... Rel Relac... Sexualida... Adaptació... Valores C...

Nivel estudios:

Afectaciones Perceptivas ☐ Si ☐ No (28/11/2012)

Problema de visión: ☐ Si ☐ No (28/11/2012)

Problema de audición: ☐ Si ☐ No

Problema olfato: ☐ Si ☐ No

Presencia de Dolor: ☐ Si ☐ No

Tipo de dolor:

Intensidad del Dolor:

Afectaciones Cognitivas ☐ Si ☐ No (28/11/2012)

Probl. expresión ideas: ☐ Si ☐ No

MEC de LOBO 30:

Probl. conductuales: ☐ Si ☐ No

Intestabilidad: ☐ Si ☐ No

Sistema de ayuda:

Sistema de ayuda:

Problema gusto: ☐ Si ☐ No

Localización:

Escala Visual Numérica:

Control de dolor:

Tapón cerumen: ☐ Si ☐ No

Problema sensibilidad táctil: ☐ Si ☐ No

Probl. del lenguaje: ☐ Si ☐ No (28/11/2012)

Pfeifer:

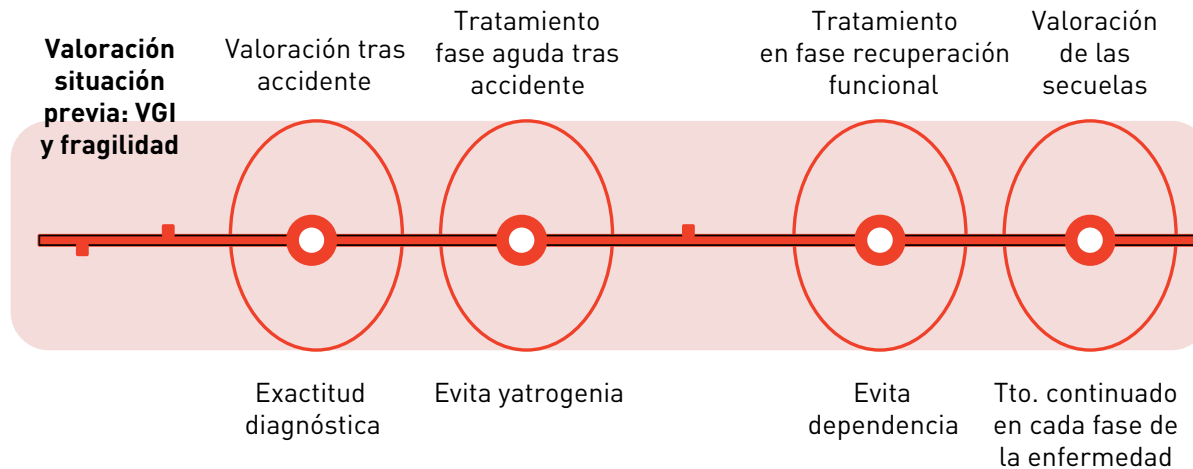
Probl. comprensión: ☐ Si ☐ No (28/11/2012)

Test de las Fotos:

Agitación: ☐ Si ☐ No

Anosmia: ☐ Si ☐ No

Aportación del geriatra



¡Es más barato recuperar que pagar dependencia crónica!

Mensajes importantes

- **Diferente expectativa de vida** según la edad y también diferente tiempo libre de discapacidad.
- Una **mínima lesión/traumatismo** puede provocar una gran dependencia en el anciano.
- La lesión puede ser **más difícil de recuperar** en ancianos.
- La situación **funcional y de fragilidad previa** determina el pronóstico y el riesgo de dependencia independiente del traumatismo.
- El **deterioro funcional como secuela** va a determinar el pronóstico (complicaciones y supervivencia).
- Es **preciso una valoración exhaustiva** en el anciano para conocer la relación entre patología/situación basal y el traumatismo.

DETERIORO COGNITIVO, SÍNDROME CONFUSIONAL, DEMENCIAS. CONCEPTO, TIPOS, ESCALAS DE VALORACIÓN Y DETERIORO. PRONÓSTICO

DR. JESÚS MARÍA LÓPEZ ARRIETA

Fundación
MAPFRE

Deterioro cognoscitivo (DC)

- Disminución de una o más funciones cognoscitivas
 - aprendizaje y memoria
 - lenguaje
 - función ejecutiva
 - atención
 - compleja
 - perceptual y motriz
 - cognición social

Table 1. Necessary Components of Systems Classifying Cognitive Impairment in Elderly People

System	Criteria
Age-associated cognitive decline ⁴	Impairments (below age- and education-matched norms) in memory, learning, attention, thinking, language, or visuospatial functioning. Onset of decline is described as gradual and has been present for at least 6 months, which is confirmed by an informant
Age-associated memory impairment ⁵	Gradual decline in memory (below young healthy norms), with other cognitive functions unimpaired. Adequate intellectual functioning
Age-consistent memory impairment ⁶	Decline in memory is observed as expected for age. Performance \pm 1 SD of the mean established for age on 75% or more of memory tests administered
Age-related cognitive decline ⁷	Objective decline from premorbid level (within normal limits for the person's age) in cognitive function on a comprehensive neuropsychological assessment, not otherwise specified
Benign senescent forgetfulness ⁸	Inability to recall relatively unimportant data and parts of experience belonging to remote rather than the recent past; use of compensatory strategies
Cognitive impairment no dementia ⁹	Cognitively impaired but no evidence of dementia as diagnosed according to the <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition</i> ; cognitive impairment can be in one or multiple domains and have a variety of aetiologies. This category is therefore more inclusive than age-associated memory impairment and age-related cognitive decline
Limited cognitive disturbance ¹⁰	Referred to in the Comprehensive Assessment and Referral Evaluation and contrasts with pervasive cognitive disturbance and dementia
Mild cognitive decline ¹¹	Stage 3 of the Global Deterioration Scale, the earliest stage of clinical decline. Objective evidence of a memory deficit resulting in decreased performance in demanding employment and social situations
Moderate cognitive decline ¹¹	Stage 4 of the Global Deterioration Scale, a late confusional phase in which a clearcut deficit is apparent. Patients almost always make three or more errors on the Mental Status Questionnaire
Mild cognitive disorder ¹²	Decline in cognitive performance, including memory impairment and learning or concentration difficulties. Cognitive tests must corroborate complaint. The disorder may precede, accompany, or follow a wide variety of infections
Mild cognitive impairment (amnesic) ^{13,14}	Subjective complaint of memory impairment with objective memory impairment adjusted for age. Normal general cognitive function. Intact activities of daily living/instrumental activities of daily living
Mild cognitive impairment (multiple) ^{13,14}	Deterioration in at least one non-memory cognitive domain in addition to memory impairment without sufficiently severe functional impairment or loss of instrumental activities of daily living to constitute dementia. Normal general cognitive function
Mild cognitive impairment (nonamnesic)	Objective impairment in one or more non-memory domains. Memory performance is not impaired. No functional impairment or loss of instrumental activities of daily living. Normal general cognitive function
Minimal dementia ¹⁵	Corresponds closely to "questionable dementia" (CDR score of 0.5). ¹⁶ Deficits in memory and minor and variable errors in orientation. No evident impairment in occupational functioning
Mild neurocognitive disorder ¹⁷	Impairment arising as a consequence of a general medical condition
Self-reported memory complaint	Complaints of memory loss in the absence of formal testing. When formal testing indicates no impairment, an individual would be classified as "worried well"
Questionable dementia ^{16,18}	The worst end of the mild cognitive impairment spectrum; associated with a CDR score of 0.5, indicative of cognitive impairment 2 SDs below the mean in one cognitive domain. Objective evidence of cognitive impairment not satisfying criteria for dementia

Deterioro cognoscitivo leve (DCL): criterios de Petersen

- Deterioro cognitivo con un deterioro mínimo de las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL).
- Diagnóstico:
 - Queja de memoria
 - Objetivación mediante prueba NPS (1,5 DE)
- Puede ser la primera expresión cognitiva de la enfermedad de Alzheimer (EA), también puede ser secundario a otros procesos neurológicos, neurodegenerativos, sistémicos o psiquiátricos.
- DCL amnésico (aMCI) describe un síndrome en el que predomina la disfunción de la memoria.
- DCL no amnésico, el deterioro de otras características cognitivas (p. ej., lenguaje, visoespacial, ejecutivo) es más prominente.
- La prevalencia mundial: 7 % para las personas de 60 a 64 años aumenta a aproximadamente el 38 % en las personas ≥85.

Petersen R, *Arch Neurol* 1999; Foster NL, *Neurology* 2019

Prevalencia de deterioro cognoscitivo leve

Journal of the
American Geriatrics Society



Full Access

Early Cognitive Change in the General Population: How Do Different Definitions Work?

Blossom C. M. Stephan PhD, Fiona E. Matthews PhD, Ian G. McKeith MD, John Bond BA

... See all authors ▾

First published: 28 September 2007 | <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01386.x> | Cited by: 72

population estimates range from 0.1% to 42% in patients > 65 years old

- based on cohort study
- 2,640 persons > 65 years old in United Kingdom evaluated
- little concordance between definitions of MCI

Prevalencia de deterioro cognoscitivo leve

J Fam Pract. 2008 Jan;57(1):41-4.

If you don't ask (about memory), they probably won't tell.

Waldorff FB¹, Rishoj S, Waldemar G.

23.4% prevalence of self-reported memory impairment in general practice patients > 65 years old in Denmark

- based on cohort study
- 758 patients ≥ 65 years old evaluated
- 177 patients (23.4%) reported impaired memory
- 33 had consulted physician for memory problems

	SELF-RATED MEMORY (N=758)*	
	EXCELLENT OR GOOD (N=581)	LESS GOOD, POOR, OR MISERABLE (N=177)
Age, years (95% CI)	74.5 (73.9–75.1)	75.7 (74.6–76.8)
Female, n (%)	348/581 (59.9%)	116/177 (65.5%)
8 years or less schooling, n (%)	203/558 (36.4%)	60/168 (35.7%)
Living without partner, n (%)	340/580 (58.6%)	115/175 (65.7%)
Receiving home care, n (%)	106/579 (18.3%)	49/175 (28.0%)
Cognition		
Participant had previously complained about memory (per GP survey), n (%)	16/567 (2.8%)	33/175 (18.9%)
MMSE score (95% CI)	28.3 (28.2–28.5)	27.8 (27.3–28.0)
Quality of life: EuroQoL-5D-VAS score (95% CI)	73.8 (72.3–75.4)	61.4 (58.5–64.2)

*We did not obtain self-rated memory status from 17 participants. Of the 758 subjects who took the survey, not everyone answered every question.

Prevalencia de deterioro cognoscitivo leve

Ann Intern Med. 2008 March 18; 148(6): 427–434.

Prevalence of Cognitive Impairment without Dementia in the United States

Brenda L. Plassman, PhD, Kenneth M. Langa, MD, PhD, Gwenith G. Fisher, PhD, Steven G.

22% prevalence of cognitive impairment without dementia in persons > 71 years old in United States

11.7% of persons with cognitive impairment without dementia progressed to dementia annually

- subtype of prodromal Alzheimer disease progressed at annual rate of 17%
- subtype of cerebrovascular disease progressed at annual rate of 20%

Demencia

- Se caracteriza por una disminución en la cognición que involucra a una o más áreas cognitivas.
- Los déficits deben representar una disminución del nivel de función anterior y ser lo suficientemente graves como para interferir con la función diaria y la independencia.
- Suele acompañarse de síntomas neuropsiquiátricos.
- La forma más común de demencia en adultos mayores es la enfermedad de Alzheimer (EA), que representa del 60 al 80 por ciento de los casos.

Prevalencia de demencia en España

	Población Total	Mayores de 65 años	Pacientes con Demencia
2001	41.116.842	6.796.936	407.816
2004	43.197.684	7.184.921	431.000
2030*	50.878.142	9.900.000	594.460
2050*	53.159.991	16.387.874	983.272

Tabla 4. Datos de población, mayores de 65 años y pacientes con demencia. Fuente INE.

* Estimados para los años 2030 y 2050



NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia

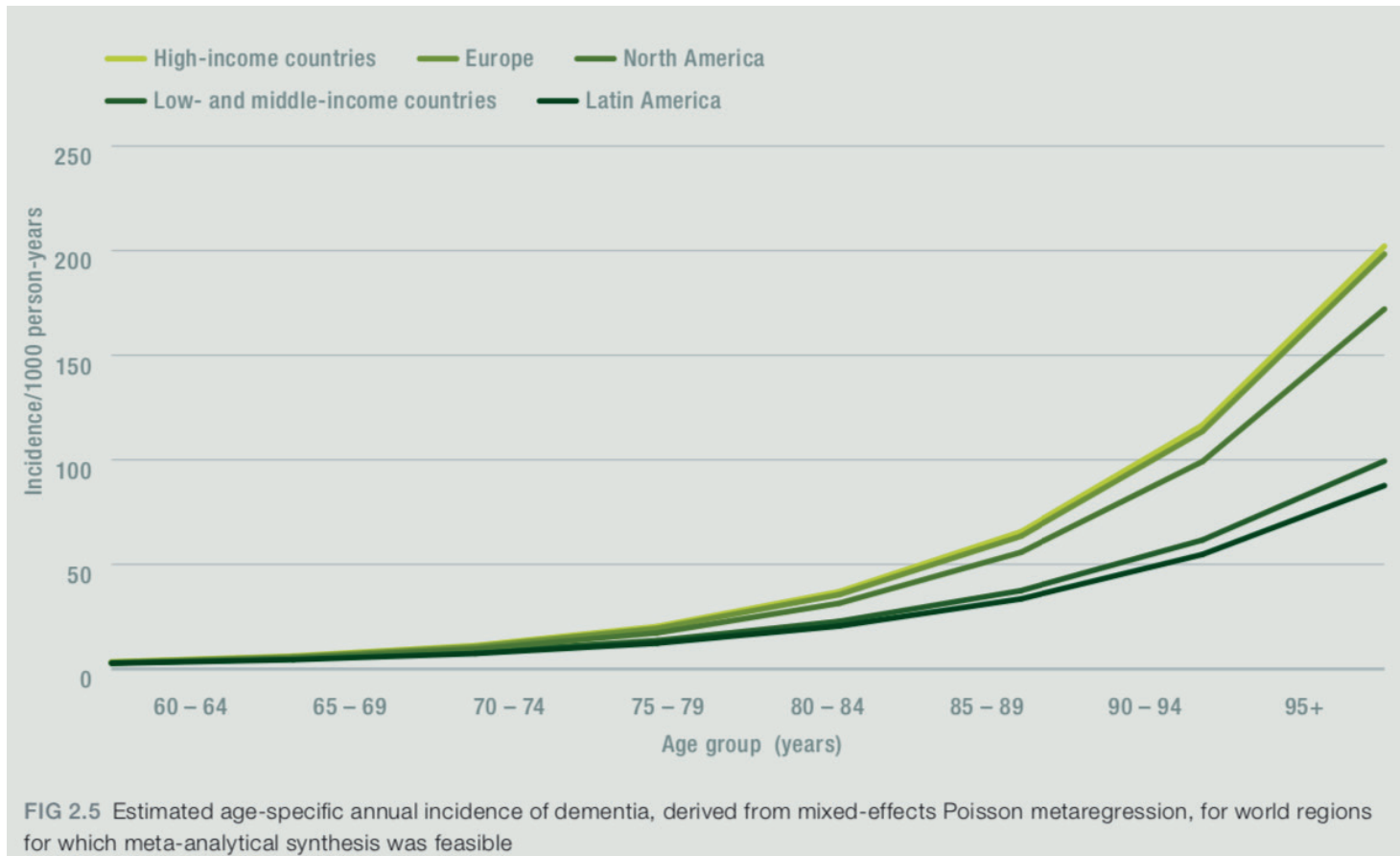
ORIGINAL

Estimación de la prevalencia de demencia a partir del análisis de bases de datos sobre uso de fármacos. La situación en la Comunidad de Madrid (España)☆

M.C. de Hoyos-Alonso^{a,*}, J. Bonis^b, E. Tapias-Merino^c, M.V. Castell^{d,e} y A.

La prevalencia estimada de demencia en >65 años en la CAM es del **5,91 %** mayor en mujeres (7,16 %) que en hombres (4,00 %).

La prevalencia se estimó a partir de la dosis por 100 habitantes/día, ajustando el resultado con los datos obtenidos en la BIFAP sobre tratamiento combinado en población general (0,37 %) y proporción de pacientes con demencia en tratamiento (**41,13 %**).



Demencias degenerativas

- Caracterizadas por pérdida neuronal y sináptica y por el depósito cerebral de agregados proteicos insolubles intra o extracelulares.
- Cada tipo de depósito proteico tiende a seguir un patrón topográfico que se correlaciona con las características clínicas que definen a cada tipo de demencia.
- La demencia puede ser la manifestación clínica predominante, como en la EA, o formar parte del cuadro clínico sin ser la manifestación predominante, como en la enfermedad de Parkinson.

Tabla 1. Códigos CIE de las enfermedades consideradas

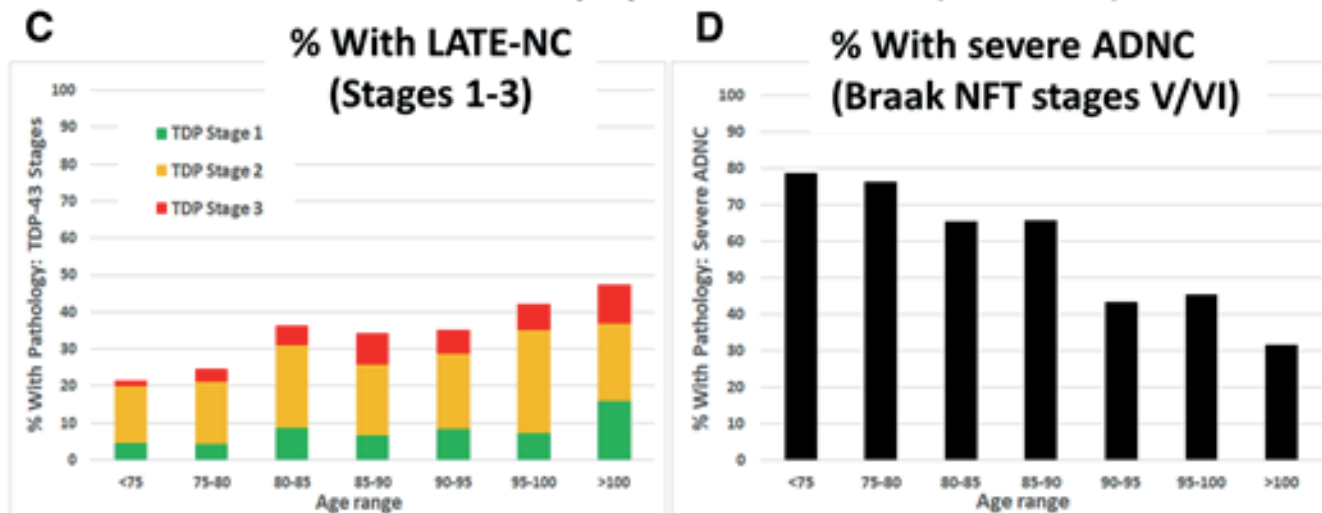
Enfermedades	CIE-9	CIE-10
Demencia Tipo Alzheimer (EA)	331.0	G30
Demencia por Cuerpos de Levy (DCL)	331.82	G31.83
Demencia FrontoTemporal (DFT)	331.1	G31.0
Demencia Vascular (DV)	290.4	F01
Enfermedad de Parkinson (EP)	332.0	G20

Demencia LATE

- La encefalopatía TDP-43 relacionada con la edad y predominantemente límbica (LATE, por sus siglas en inglés) es un tipo específico de demencia que imita a la enfermedad de Alzheimer.
- Es causada por los depósitos de proteína TDP-43 en el cerebro en lugar de por la acumulación de beta amiloide.
- Afecta principalmente a las personas mayores de 80 años.
- Los datos de la autopsia, 1 de cada 4 personas mayores de 85 años mostró un cambio neuropatológico tardío (LATE-NC) en un grado suficiente para ser asociado con un deterioro cognitivo discernible.

Demencia LATE o Alzheimer

NACC multicentre autopsy cohort data ($n = 806$)



Vulnerabilidad cognoscitiva



- Un 30 % de los octogenarios sin demencia tienen marcadores biológicos de Alzheimer.
- La presencia de daño vascular cerebral aumenta hasta 30 veces la conversión a demencia (Estudio de las Monjas).

Conversión de DCL a demencia

- La tasa de conversión (CR) depende de criterios de selección, período de seguimiento, pérdidas y el ámbito de estudio:
 - Entorno clínico (alta prevalencia): 21 a 60,9 %.
 - Estudios poblacionales: 5,2 a 51,5 %.

Gabryelewicz T, *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; Yaffe K, *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006. Di Carlo A, *Neurology* 2007; López OL, *Arch Neurol* 2007

Acta Psychiatrica Scandinavica

Acta Psychiatr Scand 2016; 133: 378–385
All rights reserved
DOI: 10.1111/acps.12543

© 2015 John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd
ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA

Conversion to dementia in mild cognitive impairment diagnosed with DSM-5 criteria and with Petersen's criteria

Marcos G, Santabárbara J, Lopez-Anton R, De-la-Cámara C, Gracia-García P, Lobo E, Pérez G, Menchón JM, Palomo T, Stephan BCM, Brayne C, Lobo A. Conversion to dementia in mild cognitive impairment diagnosed with DSM-5 criteria and with Petersen's criteria.

- En los últimos cinco años, los criterios de DCL se han modificado y en la última revisión del DSM 5, se le denomina trastorno neurocognitivo leve. En comparación con los criterios de Petersen, incluye compromiso en la independencia funcional. Este concepto se parece mucho a la 'demencia mínima' del CAMDEX y puede predecir mejor el inicio de la demencia.

Tasa de conversión

Table 3. Conversion rate (CR) to overall dementia and AD in individuals aged 65+ years with MCI diagnosed according to both Petersen's criteria (P-MCI) (2) and DSM-5 criteria (DSM5-MCI) (5) and in non-cases

65+ years	n	Z-II (2.5-years follow-up)						Z-III (4.5-year follow-up)					
		Incident dementia cases	CR to dementia*	ACR to dementia†	Incident AD cases	CR to AD*	ACR to AD†	Incident dementia cases	CR to dementia*	ACR to dementia†	Incident AD cases	CR to AD*	ACR to AD†
Non-cases	2686	52	1.9 (1.4–2.4)	0.8	33	1.2 (0.8–1.6)	0.5	93	3.4 (2.7–4.1)	0.8	60	2.2 (1.6–2.8)	0.5
P-MCI cases	251	13	5.2 (2.4–7.9)	2.1	7	2.8 (0.7–4.8)	1.1	24	8.7 (5.3–12.3)	1.9	14	5.6 (2.7–8.4)	1.2
DSM-5-MCI cases	132	14	10.6 (5.3–15.8)	4.2	8	6.1 (2.0–10.1)	2.4	20	15.1 (9.0–21.3)	3.4	13	9.8 (4.7–14.9)	2.2

ACR, annual conversion rate; AD, Alzheimer's disease.

*Expressed as % (95% CI).

†Expressed as %.

Conclusion: Conversion rate to dementia and AD was higher using DSM-5-MCI criteria than using Petersen's criteria. However, prediction of the construct still has some way to go, as most MCI individuals did not convert at 4.5-year follow-up.

¿Cómo se hace el diagnóstico de DC, demencia y SCA?

- Historia clínica
- Evaluación NPS
- Pruebas de laboratorio
- Pruebas de imagen

¿Dónde se hace el diagnóstico?

- Ámbito clínico
 - Consulta
 - Ingreso hospitalario
- Epidemiología:
 - Entrevista semiestructurada
 - Evaluación NPS
- Evaluación forense

Escalas de valoración

- Cognoscitivas
 - MMSE
 - CAMCOG
 - TCM Rivermead
 - Pruebas frontales
- SCPD: NPI
- Estado de ánimo
 - Yesavage
 - Goldberg de depresión y ansiedad

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE: _____
Nivel de estudios: _____
Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____
FECHA: _____

VISUOSPACIAL / EJECUTIVA		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos		
		<input type="checkbox"/> Copiar el cubo	<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas	<input type="text"/> /5		
IDENTIFICACIÓN						
			<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> /3		
MEMORIA						
Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuerde las 5 minutos más tarde.	ROSTRO 1er intento 2º intento	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
ATENCIÓN						
Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2	<input type="text"/> /2					
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.	<input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B					
Rastar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65	<input type="text"/> /3					
LENGUAJE						
Repita: El gato se acuerda mejor de sí mismo cuando los perros entran en la sala. <input type="checkbox"/> Espere que él le entregue el mensaje una vez que él se lo pida. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> /2					
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. <input type="text"/> (N ≥ 11 palabras)	<input type="text"/> /1					
ABSTRACCIÓN						
Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla	<input type="text"/> /2					
RECUERDO DIFERIDO						
Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
Optativo	Pista de categoría	Pista elección múltiple	<input type="text"/> /5			
ORIENTACIÓN						
<input type="checkbox"/> Día del mes (fecha)	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Día de la semana	<input type="checkbox"/> Lugar	<input type="checkbox"/> Localidad	<input type="text"/> /6
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org					Normal ≥ 26 / 30	TOTAL Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios

**MINI EXAMEN
COGNOSCITIVO (MEC)**

Paciente.....	Edad.....	
Ocupación.....	Escolaridad.....	
Examinado por.....	Fecha.....	
ORIENTACIÓN		
• Dígame el día..... fecha..... Mes..... Estación..... Año.....		___5
• Dígame el hospital (o lugar).....		
planta..... ciudad..... Provincia..... Nación.....		___5
FIJACIÓN		
• Repita estas tres palabras : peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)		___3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO		
• Si tiene 30 plas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando ?		___5
• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás		___3
MEMORIA		
• ¿ Recuerda las tres palabras de antes ?		___3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN		
• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj		___2
• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros		___1
• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? ¿qué son el rojo y el verde ?		___2
• ¿Que son un perro y un gato ?		___3
• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa		___1
• Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS		___1
• Escriba una frase		___1
• Copie este dibujo ___1		

Puntuación máxima 35.
Punto de corte Adulto no geriátricos 24
Adulto geriátrico 20

RIVERMEAD: PRUEBAS Y CORRECCIÓN

PRUEBA	VALORACIÓN	Rango de puntuaciones			PERFIL	GLOBAL
		0	1	2		
1. NOMBRE Y APELLIDOS	Nombre espontáneo: 2 Nombre guiado: 1 Apellido espontáneo: 2 Apellido guiado: 1	0-2	3	4		
2. OBJETO PERSONAL	Recuerda pedir el objeto: 2 Se le hace la pregunta ¿tenía algo que recordar?: 1 Recuerda dónde se escondió: 2 Se le hace la pregunta ¿dónde está?: 1	0-2	3	4		
3. CITA	El sujeto pregunta por la cita: 2 El sujeto recuerda que debía decir algo pero no lo recuerda: 1 Si hay que preguntarle si había algo que recordar y contesta: ... correcta y rápidamente: 1 ... y no lo recuerda o contesta incorrectamente: 0	0	1	2		
4. RECONOCIMIENTO DE DIBUJOS	Cada dibujo reconocido correctamente: 1 Cada falso positivo: -1	0-8	9	10		
5. RECORRIDO INMEDIATO	Cada tramo recorrido correctamente: 1	0-3	4	5		
6. RECORRIDO DIFERIDO	Cada tramo recorrido correctamente: 1	0-3	4	5		
7. MENSAJE	INMEDIATO: - Espontáneamente: ... coge el mensaje: 2 ... deja el mensaje: 1 - Guiado: ... coge el mensaje: 1 ... deja el mensaje: 1 DIFERIDO: - Espontáneamente: ... coge el mensaje: 2 ... deja el mensaje: 1 - Guiado: ... coge el mensaje: 1 ... deja el mensaje: 1	0-4	5	6		
8. ORIENTACIÓN	Cada respuesta correcta: 1 (nota: no puntuar el ítem 4, se puntúa independientemente)	0-7	8	9		

VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL TEST CONDUCTUAL DE MEMORIA DE RIVERMEAD (RBMT) PARA POBLACIÓN MAYOR DE 70 AÑOS 327

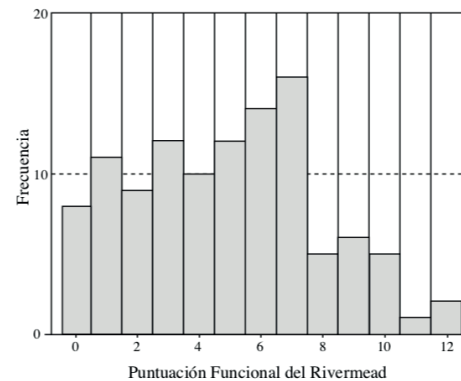
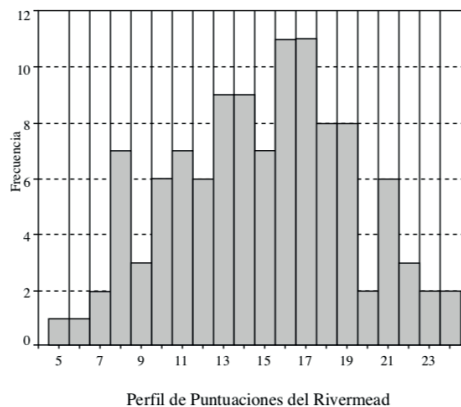


Figura 1. Distribución de las puntuaciones funcionales del RBMT en personas mayores de 70 años



Discusión general

Para las personas mayores los problemas de memoria se convierten en algo preocupante por su temor a que sea un síntoma de

Tabla 1
Medias y desviaciones típicas en cada uno de los ítems del RBMT en el perfil de puntuaciones distribuidas por grupos de edad

Ítems	Grupo de Edad							
	70-75		76-80		81-85		> 85	
	Media	Dt	Media	Dt	Media	Dt	Media	Dt
Nombre	1,07	0,9	0,73	0,98	0,75	0,79	0,6	0,82
Objeto personal	1,36	0,49	1,45	0,51	1,15	0,67	1,24	0,66
Cita	1,18	0,78	1,00	0,75	1,00	0,65	0,92	0,7
Dibujos	1,55	0,55	1,82	0,39	1,45	0,51	1,68	0,48
Historia inmediata	1,27	0,45	1,27	0,45	1,05	0,51	0,88	0,6
Historia demorada	1,14	0,73	1,00	0,62	0,95	0,82	0,8	0,58
Reconoc. caras	1,41	0,54	1,45	0,59	1,00	0,32	1,12	0,6
Recorrido inm.	1,52	0,55	1,55	0,59	1,45	0,69	1,6	0,5
Recorrido dem.	1,5	0,66	1,41	0,59	1,45	0,6	1,52	0,58
Mensaje	1,5	0,55	1,32	0,57	1,20	0,62	1,16	0,69
Orientación	1,41	0,5	1,18	0,39	1,15	0,37	1,36	0,49
Fecha	1,16	0,8	0,86	0,71	0,75	0,64	0,92	0,86
Total	16,07	4,19	15,05	4,56	13,35	4,52	13,8	3,85

Tabla 2
Intercorrelaciones entre las variables estudiadas

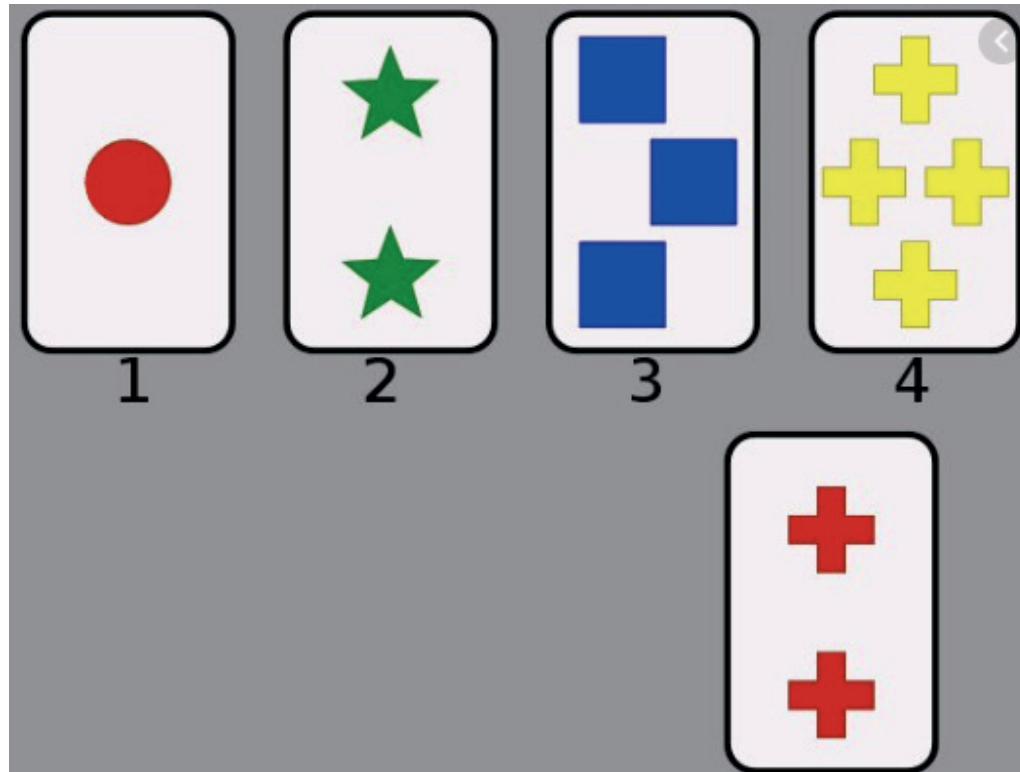
	RBMT	Raven	STAI	Ampl. directa	Ampl. inversa	Nivel educ.	Edad
RBMT							
Raven	.46*						
STAI	-.054	.009					
Ampl. directa	.32*	.56*	.005				
Ampl. inversa	.40*	.52*	-.061	.62*			
Nivel educativo	.31*	.47*	-.037	.51*	.38*		
Edad	-.24*	-.33*	-.03	-.29*	-.28*	-.27*	

* p<.05

Test de Stroop

VERDE	VERDE	ROJO	AZUL	VERDE
AZUL	ROJO	AZUL	VERDE	ROJO
VERDE	AZUL	ROJO	ROJO	AZUL
ROJO	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	ROJO
ROJO	AZUL	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	AZUL

Cartas de Wisconsin



October 09, 2019 **ARTICLE**

Sex-specific norms for verbal memory tests may improve diagnostic accuracy of amnestic MCI

Erin E. Sundermann, Pauline Maki, Anat Biegon, Richard B. Lipton, Michelle M. Mielke, Mary Machulda, Mark W. Bondi, for the Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative

Table 1 Comparison of sex differences in the frequency of aMCI diagnosis when using sex-specific aMCI diagnostic criteria vs conventional aMCI diagnostic criteria

	Women with aMCI, n (%)	Men with aMCI, n (%)	χ^2 Test, <i>p</i> value
aMCI classified via conventional diagnostic criteria	120 (26)	239 (45)	38.5, <0.001
aMCI classified via sex-specific diagnostic criteria	165 (36)	184 (35)	0.25, 0.66

Table 2 Comparison of clinical diagnosis, by sex, when using the typical vs sex-specific aMCI diagnostic criteria

	Typical diagnostic criteria, n (%)	Sex-specific diagnostic criteria, n (%)	FN, n (%)	FP, n (%)
Men (n = 532)				
NC	293 (55)	348 (65)	—	—
aMCI	239 (45)	184 (35)	0 (0)	55 (10)
Women (n = 453)				
NC	333 (73)	288 (64)	—	—
aMCI	120 (26)	165 (36)	(10)	0 (0)

Los criterios de diagnóstico no específicos de sexo DCL conllevan una tasa de error diagnóstico del 20 %.

Hay que tener en cuenta las diferencias de sexo en el rendimiento de la memoria verbal para mejorar la clasificación de DCL.

Presentación temporal del DC

- Sobre un estado cognoscitivo normal
 - Aguda: síndrome confusional agudo (SCA).
 - Crónica: Demencia.

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

REVIEW ARTICLE

CURRENT CONCEPTS

Delirium in Older Persons

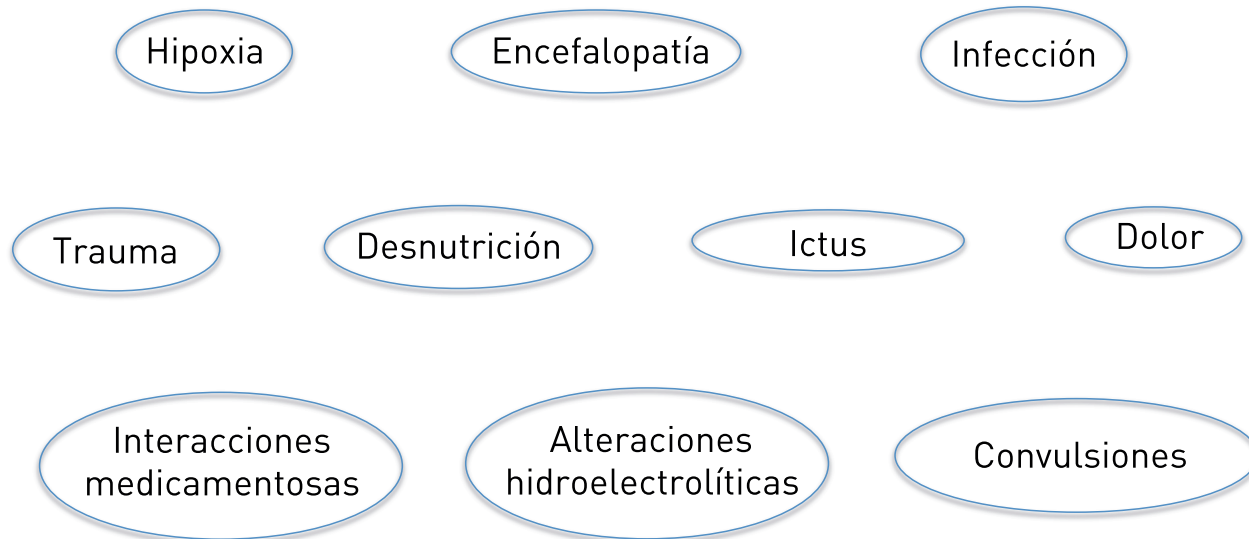
Sharon K. Inouye, M.D., M.P.H.

Síndrome confusional agudo

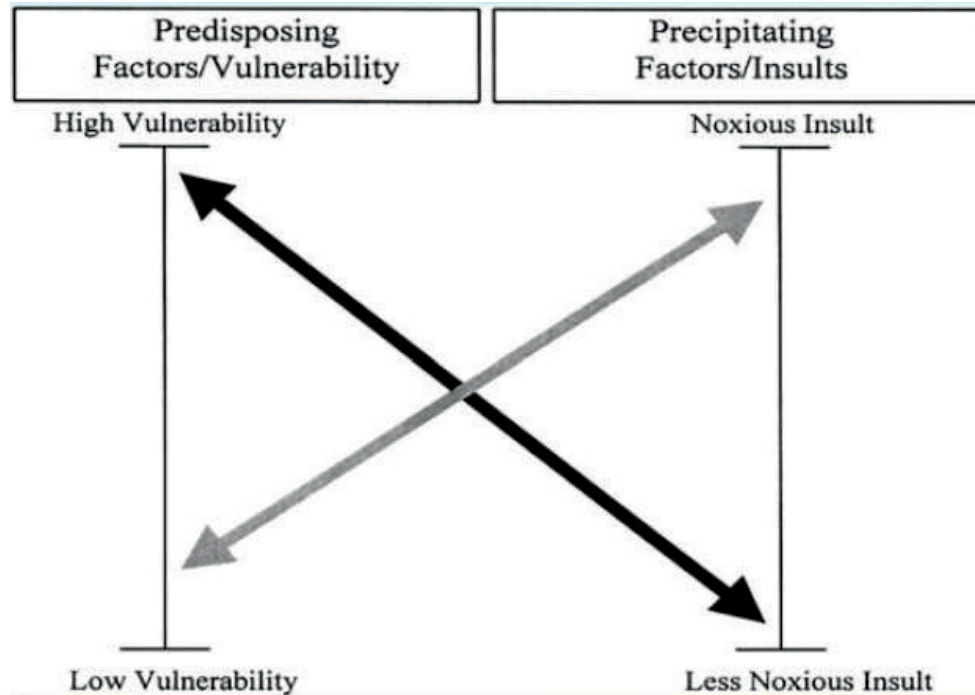
Delirium

- Comienzo agudo
- Curso fluctuante
- Inatención
- Pensamiento desorganizado
- Nivel de conciencia alterado
- Trastornos perceptivos
- Alterado el ritmo vigilia-sueño
- Trastornos emocionales
- Variedades
 - Hiperactivo
 - Hipoactivo

Etiología del DC



Factores predisponentes y precipitantes en el delirium



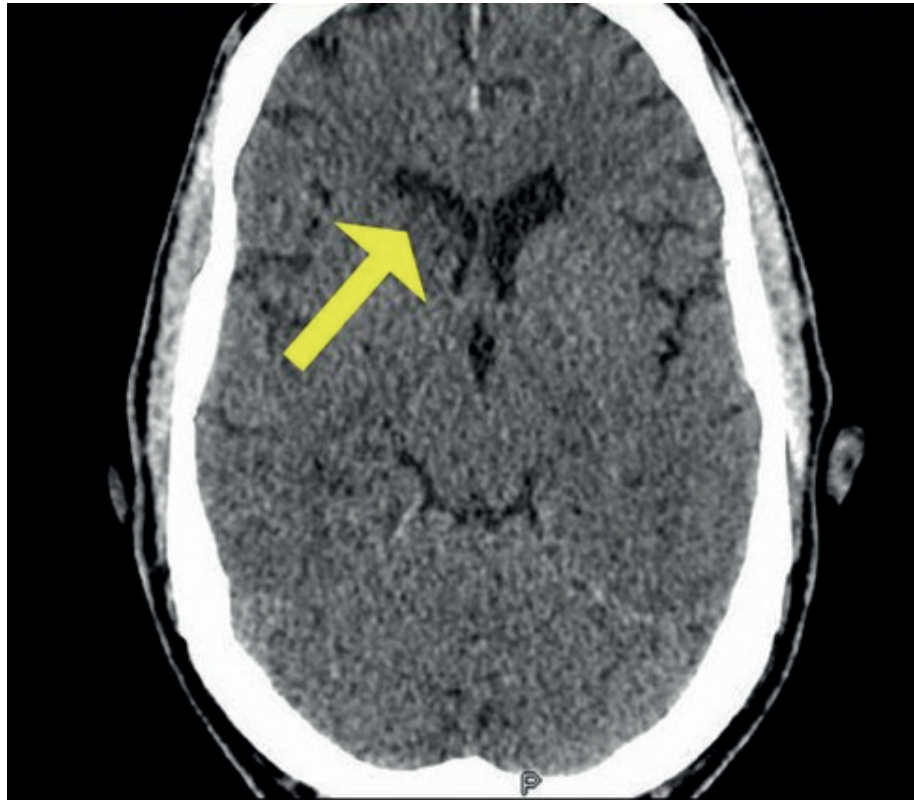
Predisposing and precipitating factors for delirium*

Predisposing Factors	Precipitating Factors
Dementia or pre-existing cognitive impairment	Medications: <ul style="list-style-type: none"> • Polypharmacy • Psychoactive medication use • Sedative-hypnotic use
History of delirium	Use of physical restraints
Functional impairment	Use of bladder catheter
Sensory impairment: <ul style="list-style-type: none"> • Vision impairment • Hearing impairment 	Physiologic and metabolic abnormalities: <ul style="list-style-type: none"> • Elevated BUN/creatinine ratio • Abnormal sodium, glucose, or potassium • Metabolic acidosis
Comorbidity/severity of illness	Infection
Depression	Any iatrogenic event
History of transient ischaemia/stroke	Major surgery
Alcohol abuse	Trauma or urgent admission
Older age	Coma

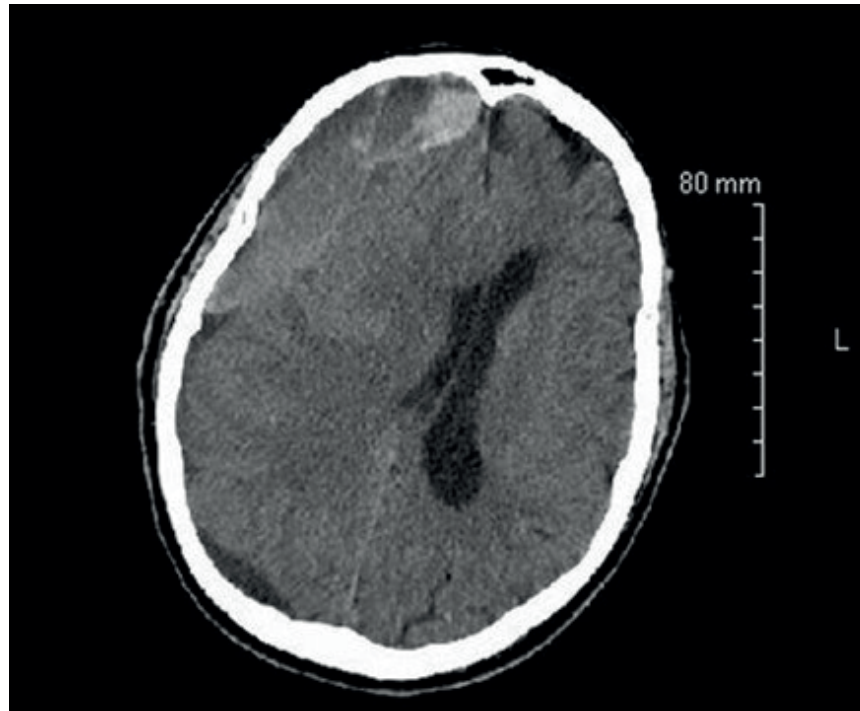
Detección del SCA

Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit (CAM-ICU)	
Component	Assessment
Mental Status	Sudden change or waxing and waning?
Inattention	Read a series of letters - The patient signals each time he or she hears the letter A
Level of Consciousness	RASS scale
Thought Process	Four simple questions and a command
<p>RASS = Richmond Agitation-Sedation.</p> <p>Source: Khan BA, Perkins AJ, Gao S, et al. The Confusion Assessment Method for the ICU-7 delirium severity scale: a novel delirium severity instrument for use in the ICU. <i>Crit Care Med</i>. 2017 May;45(5):851-7.</p>	

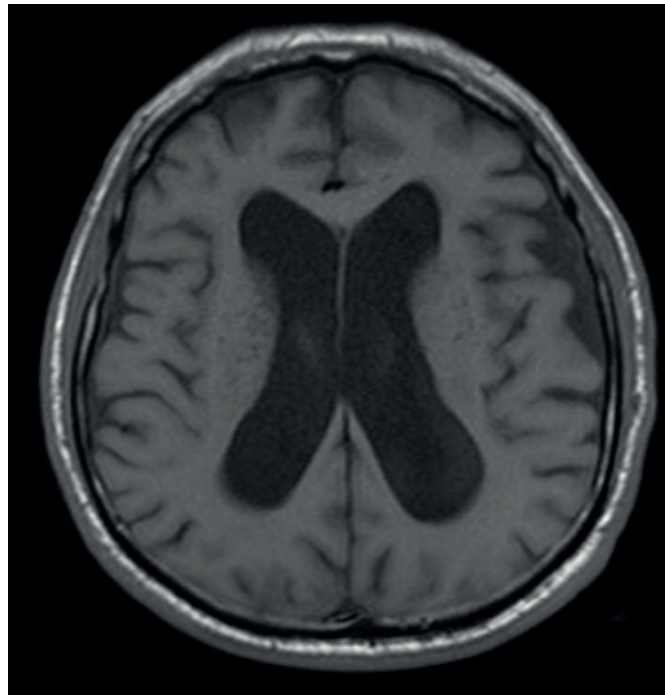
DC por ictus



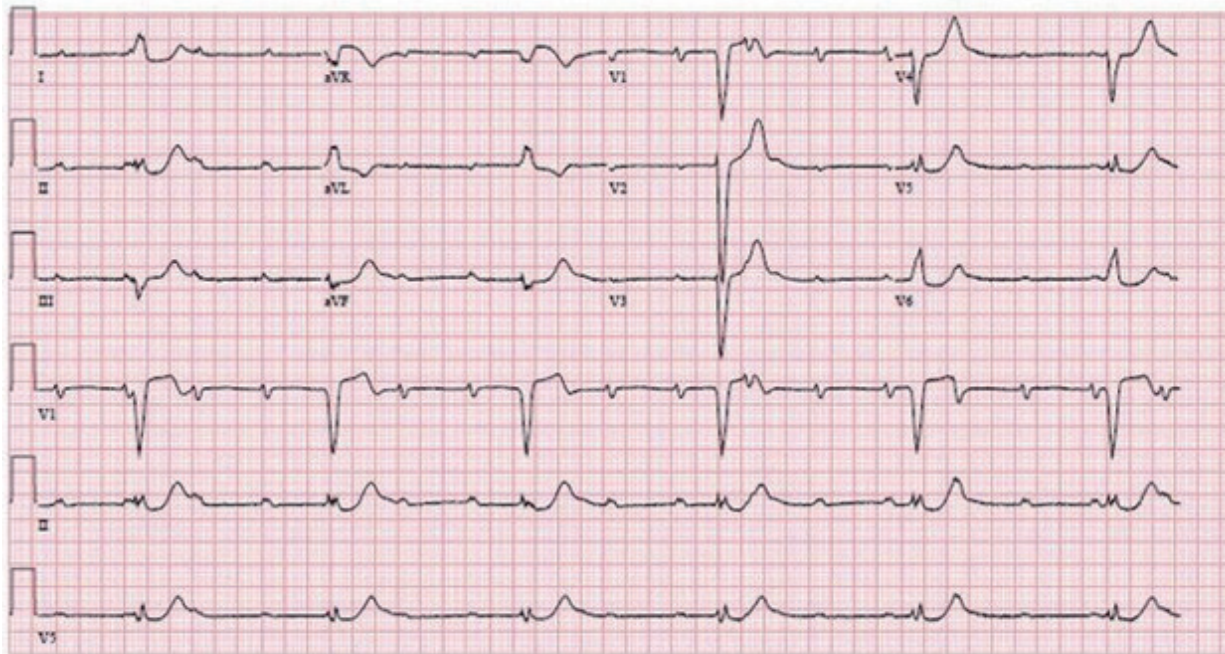
DC por hematoma subdural



DC por hidrocefalia con presión normal

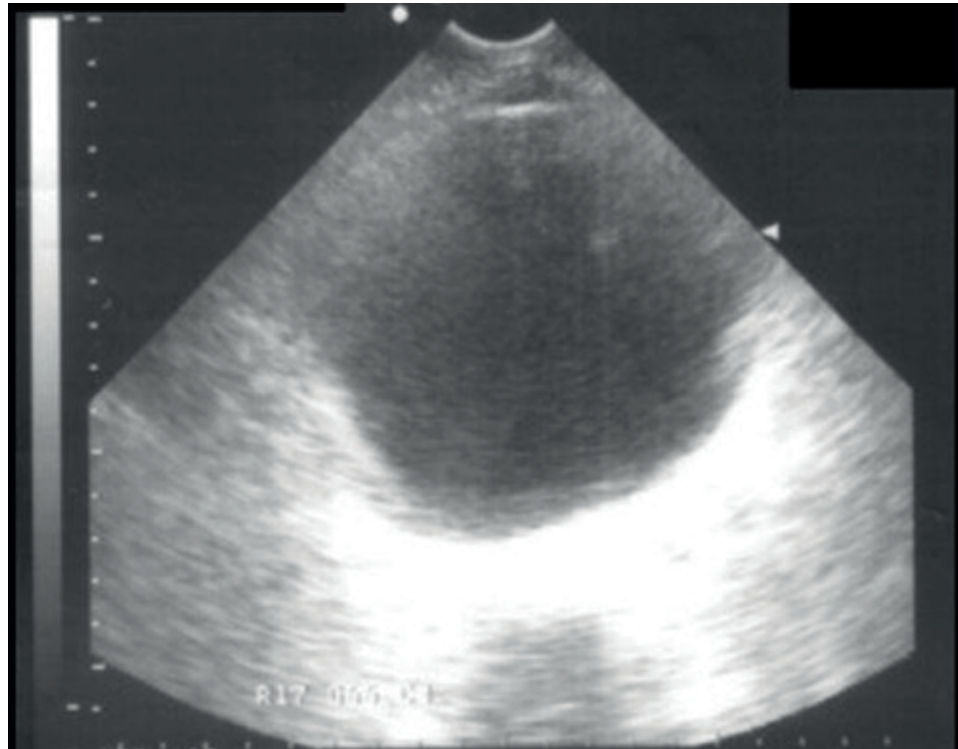


DC iatrogénica



Intoxicación digitálica

DC iatrogénica



Demencia y delirium

- El delirium y la demencia son dos de las causas más comunes de deterioro cognitivo en las poblaciones mayores, aunque su interrelación sigue siendo poco conocida.
- Estudios previos han documentado que la demencia es el principal factor de riesgo para el delirium.
- El delirio es un factor de riesgo independiente para la demencia posterior.
- Controversia:
 - El delirium es simplemente un marcador de vulnerabilidad a la demencia.
 - El impacto del delirio se relaciona únicamente con sus factores precipitantes.
 - El delirio en sí mismo puede causar daño neuronal permanente y conducir a la demencia.
- Las nuevas pruebas epidemiológicas, clínico-patológica, neuroimagen, biomarcadores, y los estudios experimentales proporcionar apoyo para una interrelación fuerte con mecanismos patológicos comunes y distintos.
- Nuevos enfoques preventivos y terapéuticos puede ofrecer la oportunidad buscada para la intervención temprana, la preservación de la reserva cognitiva, y la prevención del deterioro cognitivo en el envejecimiento.

Delirium o demencia

Delirium	Dementia
Sudden onset	Gradual onset
Reversible	Chronically progressive
Disoriented at onset	Disorientation occurs later
Waxing and waning	Persistent
Altered mental status early	No alteration in consciousness until later disease

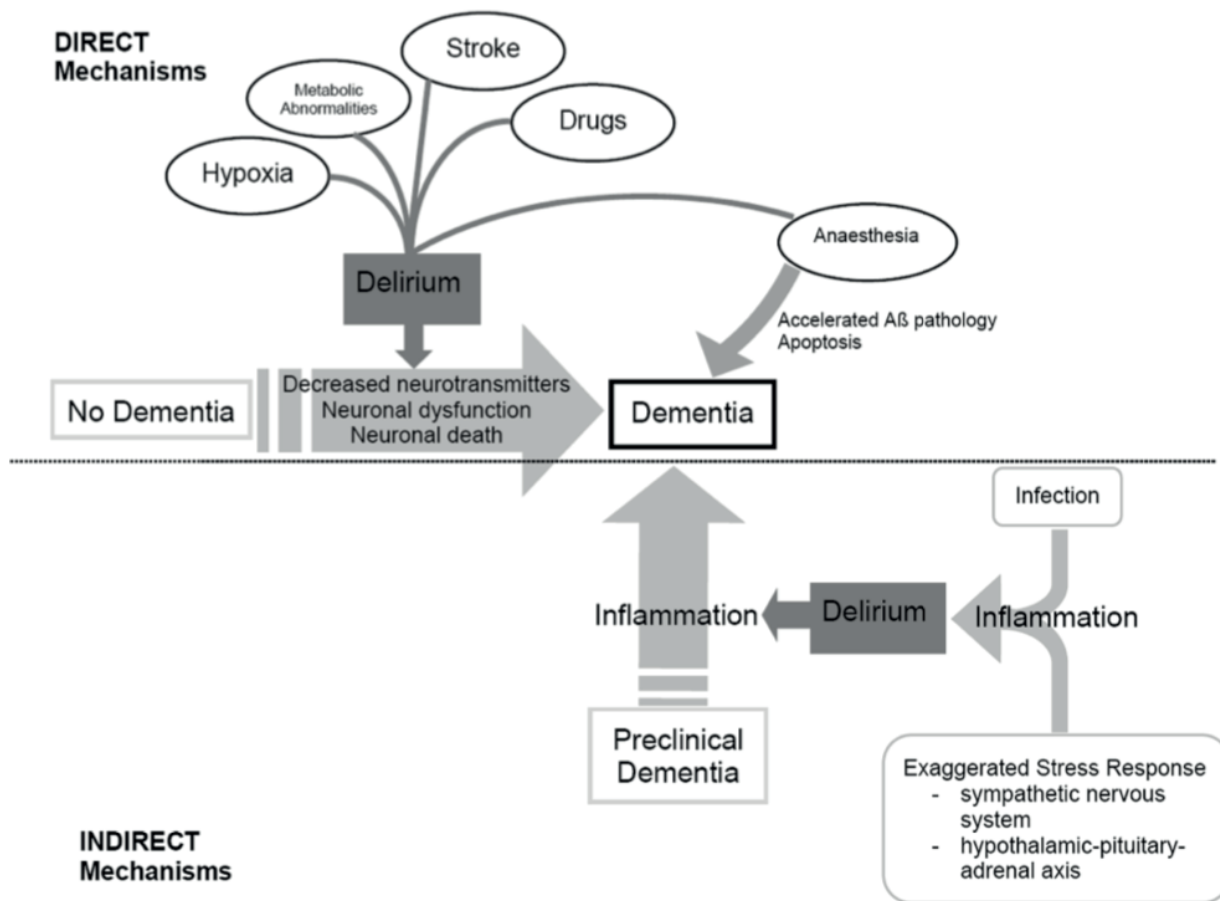
Límites borrosos

- Delirium persistente
- Demencia reversible

The Interface of Delirium and Dementia in Older Persons

Tamara G. Fong, PhD^{1,3,*}, Daniel Davis, PhD^{4,*}, Matthew E. Growdon⁵, Asha Albuquerque³, and Sharon K. Inouye, M.D.^{2,3}

Lancet Neurol. 2015 August ; 14(8): 823–832. doi:10.1016/S1474-4422(15)00101-5.



Comparative features of delirium and dementia

Feature	Delirium	Dementia
Onset	Abrupt, though initial loss of mental clarity may be subtle	Insidious and progressive
Duration	Hours to days (though can be prolonged)	Months to years
Attention	Reduced ability to focus, sustain, or shift attention is a hallmark feature, occurring early in presentation	Normal unless severe dementia
Consciousness (awareness of the environment)	Fluctuating (making assessment at multiple timepoints necessary), reduced level of consciousness and impaired orientation	Generally intact
Speech	Incoherent, disorganised; distractible in conversation	Ordered, may develop anomia or aphasia
Other features	Caused by underlying medical condition, substance intoxication, or medication side effect; Hyperactive, hypoactive, and mixed forms of psychomotor disturbance are possible; disruption in sleep duration and architecture; perceptual disturbances	Caused by underlying neurological process (e.g. beta-amyloid plaque accumulation in Alzheimer's disease), with symptoms varying depending on underlying pathologies (e.g. fluctuations in cognition are a feature of Lewy body dementia)

Note that there is substantial overlap between these syndromes; they may coexist in an individual patient.

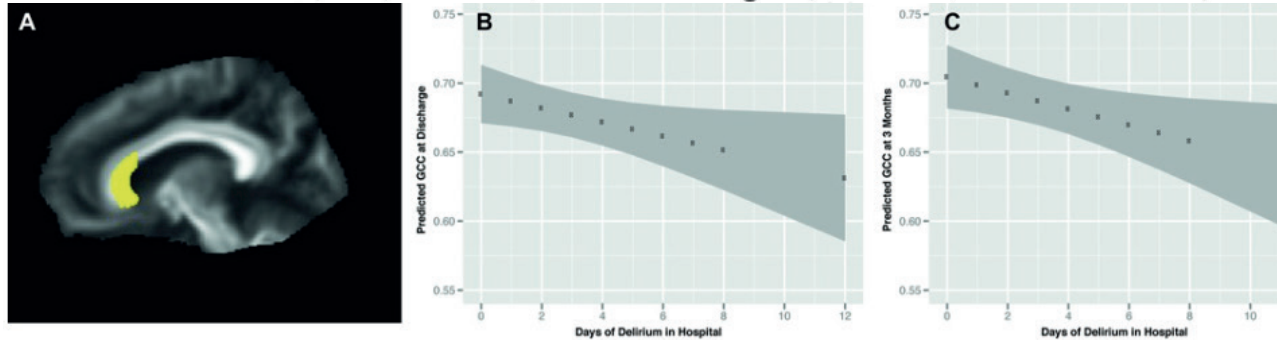
Baseline cognitive impairment/dementia as independent risk factor for delirium from predictive models

Study (year)	Population	Cognitive baseline	Delirium measure	Mean age (years)	% delirium	Effect size (adjusted) (95% CI)
Kennedy (2014) ²¹	Emergency department, age ≥ 65 years (n=700)	Documented dementia by chart	Prevalent delirium by CAM	77	9%	OR 4.3 (2.2 to 8.5)
Koster (2013) ²²	Elective cardiac surgery, age ≥ 70 years (n=300)	MMSE < 23	DOSS	74	17%	OR 4.5 (1.9 to 13)
Moerman (2012) ²³	Acute hip fracture, age ≥ 65 years (n=378)	Clinical diagnosis of dementia	Prevalent delirium by DSM-IV	84	27%	OR 2.8 (1.7 to 4.6)
Bo (2009) ²⁴	Patients age ≥ 70 years admitted to medical or geriatric ward (n=252)	SPMSQ for presence and severity of cognitive impairment	Incident delirium by CAM	82	11%	RR 2.1 (1.6 to 2.6)
Rudolph (2009) ²⁵	Planned cardiac surgery, age ≥ 60 years (development n=122; validation n=109).	Pre-operative MMSE ≤ 23	Incident delirium by CAM	75	44%	RR 1.3 (1.0 to 1.7)
Kalisvaart (2006) ²⁶	Elective hip surgery, age ≥ 70 years (n=603)	Pre-operative MMSE <24	Postoperative delirium by DSM-IV and CAM	78	12%	RR 5.5 (3.6 to 8.6)
Wilson (2005) ²⁷	Patients aged ≥ 75 years admitted to an acute medical ward (n=100)	IQCODE to establish presence of cognitive change over time	Incident delirium by DSM-III	85	12%	OR 3.2 (1.2 to 9.0)
O'Keeffe (1996) ²⁸	Acute medical admissions to geriatric medicine unit (n=225)	Clinical diagnosis of dementia or BDRS ≥ 4	Incident delirium by DSM-III	82	28%	OR 4.8 (2.0 to 11.6)
Marcantonio (1994) ²⁹	Elective surgical admissions, age ≥ 50 years (n=1341)	TICS <30	Post-operative delirium by CAM	68	9%	OR 4.2 (2.4 to 7.3)
Pompei (1994) ³⁰	Acute hospital medical and surgical admissions, age ≥ 65 years with no delirium (development n=432; validation n=323)	MMSE < 24 (education adjusted)	Incident delirium by DSM-III-R	74	15%	OR 3.6 (2.1 to 6.2)
Inouye (1993) ³¹	Acute hospital medical admissions, age ≥ 70 years with no dementia or delirium (development n=107; validation n=174)	MMSE < 24 on admission	Incident delirium by CAM	79	25%	RR 2.8 (1.2 to 6.7)

Crit Care Med. 2012 July ; 40(7): 2182–2189. doi:10.1097/CCM.0b013e318250acdc.

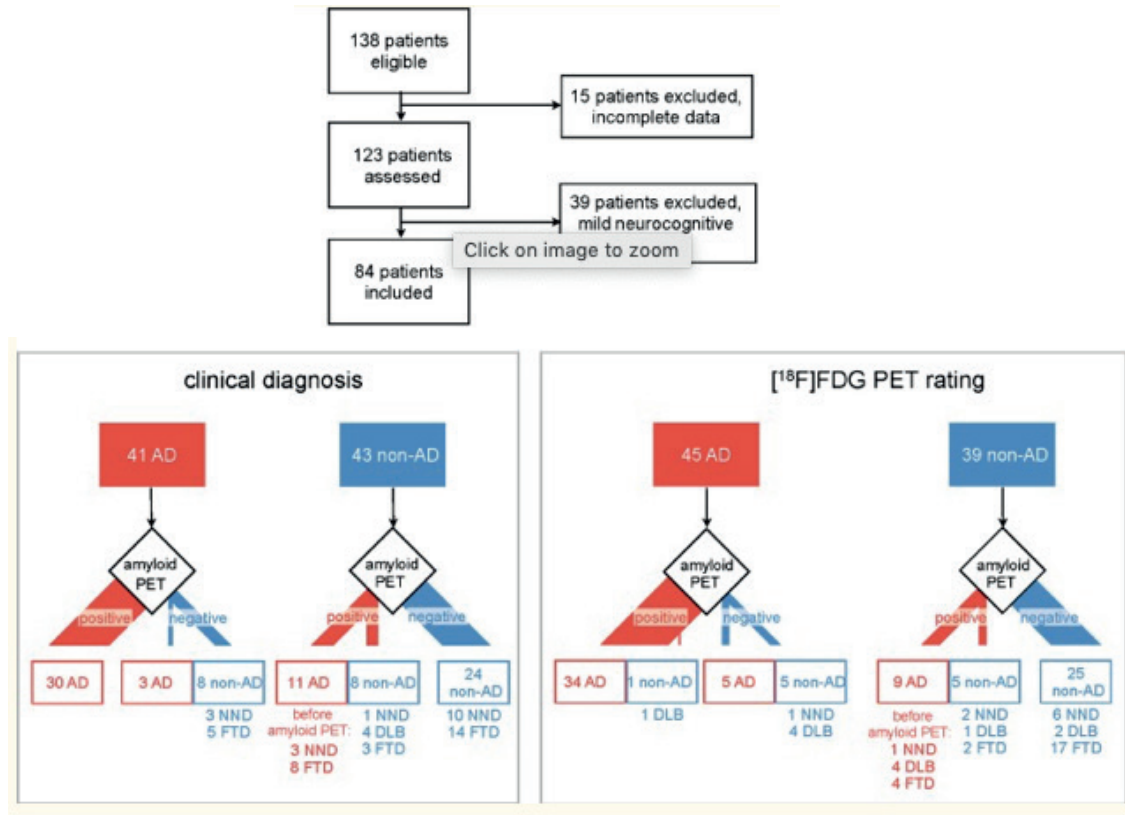
The Relationship between Delirium Duration, White Matter Integrity, and Cognitive Impairment in Intensive Care Unit Survivors as Determined by Diffusion Tensor Imaging

Alessandro Morandi, MD, MPH^{1,2,3}, Baxter P. Rogers, PhD^{4,5,6}, Max L. Gunther, PhD



Delirium Duration and Fractional Anisotropy in the Genu of the Corpus Callosum

La duración del delirio se asoció con alteración de la sustancia blanca tanto al alta como a los 3 meses y peor función cognoscitiva al año.



Amyloid imaging for differential diagnosis of dementia: incremental value compared to clinical diagnosis and [¹⁸F]FDG PET

Conclusiones 1

- El DC y la demencia son frecuentes en la población anciana, pero tanto su prevalencia como su incidencia dependen del ámbito del estudio y de las escalas de cribado.
- La etiología más común es mixta, generalmente patología neurodegenerativa y vascular (efecto sinérgico).
- El diagnóstico se basa en la historia clínica, la exploración general y el examen neuropsicológico y menos de los biomarcadores (dx por exclusión).

Conclusiones 2

- El delirium y la demencia son dos de las causas más comunes de deterioro cognitivo en las poblaciones mayores.
- Comparten mecanismos fisiopatológicos comunes.
- La demencia y el delirium son factores de riesgo entre sí.
- La demencia puede debutar como delirium persistente.
- La neuroimagen convencional no suele aclarar la etiología del deterioro cognoscitivo.

BAREMO DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA

Recursos asociados al grado
de dependencia

MARÍA ASUNCIÓN AMILLANO ORTIZ

Fundación
MAPFRE

DEFINICIÓN DE DEPENDENCIA

La dependencia se define como el estado de **CARÁCTER PERMANENTE** en el que se encuentran las personas que por razones derivadas de:

- La edad
- La enfermedad
- La discapacidad

Y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía:

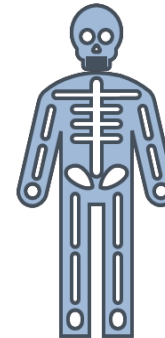
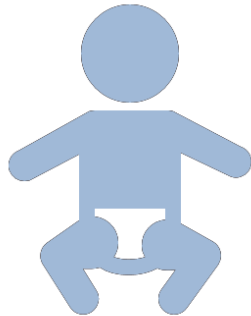
- Física
- Mental
- Intelectual o sensorial

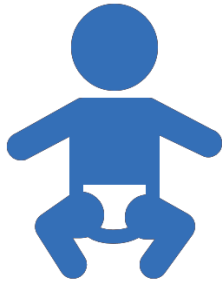


Precisando de la atención de otra u otras personas, o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

- ESCALA ESPECÍFICA DE VALORACIÓN (EVE)
- BAREMO DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA (BVD)





ESCALA ESPECÍFICA DE VALORACIÓN

- Valora la situación de dependencia, de 0 a 3 años, remitiéndose a la comparación con el funcionamiento esperado en otras personas de la misma edad, sin la condición de salud por la que se solicita la valoración.



BAREMO DE VALORACIÓN DEPENDENCIA (BVD)

*Aplicable a partir de los 3 años.

*Determina el grado de dependencia en función de:

- a) Autonomía personal.
- b) Intensidad de atención/cuidado que requiere la persona a la hora de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Tablas de aplicación según grupos de edad

De 3 a 6 años



De 7 a 10 años



De 11 a 17 años



A partir de 18

QUÉ DEFINE EL BVD

Permite determinar las situaciones de dependencia (grado):

Dependencia moderada

- G I necesita ayuda para algunas ABVD al menos una vez al día y apoyo intermitente o limitado.

Dependencia grave

- G II necesita ayuda para varias ABVD dos o tres veces al día. No necesita apoyo indispensable o continuo.

Gran dependencia

- G III necesita ayuda para varias ABVD varias veces al día. Necesita apoyo indispensable o continuo.

En función de:



Autonomía
personal



Intensidad del cuidado
(apoyos personales)
que precisa para
realizar las ABVD

Qué actividades valora el BVD

- COMER, BEBER
- REGULACIÓN DE LA MICCIÓN, DEFECACIÓN
- LAVARSE
- OTROS CUIDADOS CORPORALES
- VESTIRSE
- MANTENIMIENTO DE LA SALUD
- TRANSFERENCIAS CORPORALES
- DESPLAZAMIENTOS DENTRO DEL HOGAR
- DESPLAZAMIENTOS FUERA DEL HOGAR
- TAREAS DOMÉSTICAS
- TOMA DE DECISIONES

TOMA DE DECISIONES

SOLO SE VALORA CON:

- ENFERMEDAD MENTAL
- DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y/O
- FALTA DE CAPACIDAD PERCEPTIVO-COGNITIVA

Criterios de aplicación BVD



Se valora en el domicilio o entorno habitual.



Se valora con el apoyo de informes de salud e informes del entorno.



Con observación y comprobación directa.



Aplicando pruebas en un contexto estructurado.

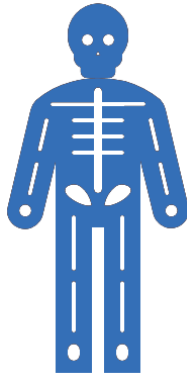


Mediante entrevista personal de evaluación.

QUÉ SE
VALORA



CUÁNDO SE VALORA



- Siempre en situación basal.
- La dependencia se define como el estado de **CARÁCTER PERMANENTE** en el que se encuentran las personas.

CATÁLOGO DE SERVICIOS

- **ATENCIÓN RESIDENCIAL**
GII GIII a partir de 60 años o 55 con EA o senilidad prematura
- **ATENCIÓN DIURNA/NOCTURNA**
GI no intensivo(2-3 días semana), GII Y GIII Intensivo(L a V)
- **SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO**
GI hasta 20 h. GII entre 45. GIII entre 46-70
- **SERVICIO DE TELEASISTENCIA**
todos los grados
- **SERVICIO DE PREVENCIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA:**
Rehabilitación, atención temprana

CATÁLOGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

- PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES NO PROFESIONALES.
- PRESTACIÓN VINCULADA AL SERVICIO"
- PRESTACIÓN DE ASISTENTE PERSONAL"

CASO PRÁCTICO: VDC EN GERIATRÍA

DR. JULIO JOSÉ
CABALLERO SALGADO

Fundación
MAPFRE

CASO PRÁCTICO VDC EN GERIATRÍA



DATOS PERSONALES

MUJER

75 AÑOS

F. Ocurrencia

13/12/18

FORMA DE OCURRENCIA

Ocupante en asiento delantero derecho, viaja con cinturón de seguridad.

Choque frontal con otro vehículo, impacto de alta intensidad con salida de *airbags*.

Su marido conducía, sufre lesiones graves y fallece días después en el hospital.

ESTADO PREVIO - ANTECEDENTES PERSONALES

HTA. Poliartrosis. Rotura bíceps derecho.

IQ: Varices, histerectomía.

Trastorno ansioso-depresivo, en tratamiento médico.

Vivía con su marido antes del accidente. Actualmente vive con los hijos.

Previo al accidente independiente ABVD (Barthel 100).

HISTORIA CLÍNICA PRIMER INGRESO

EXPLORACIÓN

No TCE. No pérdida de conocimiento. Consciente y orientada. Palidez cutánea. Moviliza las 4 extremidades. Refiere dolor cervical y en hombro derecho. Deformidad a nivel zona clavícula derecha y a la palpación esternal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS OBJETIVAS

No se realiza TAC craneal.

TC raquis cervical: NLO. Marcados cambios degenerativos

TC Torácico-abdomino-pélvico:

Tórax:

- Contusión pulmonar izquierda. Múltiples fracturas costales (4,5,6,7,8,9,10).
- Fractura manubrio esternal.
- Rotura del diafragma izquierdo con herniación del contenido abdominal en tórax.

Abdomen:

- Trauma esplénico con hematoma parenquimatosos, sin signos de sangrado activo.



RADIOLOGÍA

- Luxación anterosuperior de la cabeza humeral derecha con lesión glenoidea asociada.
- Fractura tercio medio clavícula derecha.

TRATAMIENTO DURANTE EL INGRESO

- Intervenido de urgencia el día 13/12/18 por rotura diafragmática, realizándose drenaje pleural, rafia diafragmática y hemostasia esplénica y hepática, tras lo que pasa a **UCI** para control postoperatorio donde permanece hasta el **18/12/18**, pasando a planta de Cirugía General y Digestiva.
- Inmovilización con cabestrillo durante 6 semanas del MSD.

DIAGNÓSTICO

• TÓRAX:

- Fracturas costales izquierdas (4 a10).
- Contusión pulmonar izquierda.
- Rotura diafragmática con herniación gástrica.
- Fractura vertiente derecha manubrio esternal.
- Fractura tercio medio clavícula derecha.

• ABDOMEN:

- Hematomas esplénicos.

• MSD

- Luxación anterosuperior cabeza humeral con lesión glenoidea asociada.
- Herida en mano.



TRATAMIENTO

- Medicación antiálgica.
- Clexane subcutáneo durante 30 días.
- Rehabilitación y seguimiento en su hospital por fractura clavícula.
- Inmovilización cabestrillo 2 semanas, ejercicios pasivos codo y muñeca y control consulta externas traumatología (unidad de hombro).
- Revisión consultas externas cirugía general el 25/01/19.

ALTA HOSPITALARIA a domicilio EL 10/01/19 (1 mes hospitalizada), ***orientada en T, E y P, con exploración neurológica dentro de la normalidad.***

Buena evolución en domicilio, inicia la deambulaci3n por su propio pie y sin ayuda de andador durante 10 d3as.

NUEVO INGRESO HOSPITALARIO

Fecha de nuevo ingreso: 20/01/19

Fecha de alta hospitalaria: 4/02/19

10 días después del alta (y 5 semanas tras el accidente) acude a urgencias por cuadro de agitación y empeoramiento de su estado general de 24-48 horas de evolución. Febrícula asociada. Tos con expectoración, disnea, tiritona y fiebre termometrada.

Auscultación normal, salvo roce pleural bilateral con roncus y crepitantes basales.

Consciente, orientada. No focalidad neurológica. Barthel 65.

Situación de su marido, ingresado de extrema gravedad con posible desenlace fatal. De forma inicial no se explica a la paciente para evitar el *break down* emocional que dificulte o impida el proceso de tratamiento y, por ende, su recuperación.

EVOLUCIÓN

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. DIAGNÓSTICO

- **Consciente. Orientada. No focalidad neurológica.** Signos de insuficiencia cardiaca leve en contexto de insuficiencia respiratoria por mal manejo de secreciones. Anemización de perfil inflamatorio y deterioro paulatino de la función renal.
- **TAC Cráneo: No alteraciones significativas en cerebro, cerebelo ni tronco del encéfalo. No desviación línea media. No signos de sangrado. Prominencia de sistema ventricular y espacios subaracnoideos acorde con la edad de la paciente.**
- Analíticas sangre y orina normales. Creatinina de 2,70.
- Punción lumbar normal.
- Ecocardiograma: IM ligera. Resto normal.

EVOLUCIÓN

- RX Tórax al ingreso: signos de insuficiencia cardiaca derecha leve en el contexto de infección respiratoria por mal manejo de secreciones secundario a fracturas costales y probable sobreinfección de contusiones pulmonares.
- Impresión diagnóstica:
 - **Infección respiratoria.**
 - **Insuficiencia respiratoria.**
 - **Insuficiencia cardiaca.**
 - **Deterioro función renal en el contexto clínico de la paciente.**

Una vez estabilizada, se gestiona traslado a centro de rehabilitación funcional en régimen de ingreso.

TRASLADO A CENTRO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL

FECHA DE INGRESO EN HOSPITAL TRATAMIENTO LARGA ESTANCIA 4/02/19

EXPLORACIÓN AL INGRESO:

Aceptable estado general.

Neurológico: sin focalidad, **parcialmente orientada**.

Refiere el hijo que **previo al accidente no presentaba sintomatología cognitiva y era independiente para básicas e instrumentales**.

Notan leve desorientación que **empeora progresivamente** durante el ingreso y persiste hasta su traslado a este centro para rehabilitación.

CENTRO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL

EVOLUTIVO:

Consciente, **desorientada en las tres esferas** (no tiene conciencia del fallecimiento de su esposo y confunde a sus hijos con frecuencia).

Bradipsiquia, lenguaje incoherente y comprensión de órdenes conservada.

Exploración reflejos, fuerza y sensibilidad conservados en MMSS y MMII.

RNM cerebral: alteración señal sustancia blanca y yuxtaventricular, de distribución bilateral y simétrica. Resto del parénquima cerebral, cerebeloso y tronco encefálico normal. No se observa desplazamiento de la línea media. CONCLUSIÓN: **Moderados cambios involutivos en parénquima encefálico con atrofia global y signos de isquemia crónica de la sustancia blanca.**

EEG: sin alteraciones.

CENTRO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL

IC NEUROLOGÍA

Consciente, desorientada en tres esferas, confunde a sus hijos con frecuencia. Bradipsiquia. **Lenguaje incoherente** con nominación y comprensión de órdenes conservada. MOEs normal. BM 5/5 en MMSS, 4+/5 en MMII. No dismetrías en maniobra dedo-nariz (realiza la prueba con dificultad por **no comprender bien lo que se pide**). No defecto campimétrico por confrontación.

IC PSIQUIATRÍA

Dice estar en “Sildavia” y no conocer si tiene hijos. Discurso poco fluido, incoherente, con **pararespuestas**, como **único tema de conversación** alusión a dolores en rodillas y pies.

Elevada labilidad afectiva.

Semblante serio, depresivo, **impresiona de clínica afectiva asociada a clínica confusional**. No impresiona de clínica de rango psicótico.

Orientación diagnóstica: síndrome confusional subagudo/crónico. Síndrome ansioso depresivo. Delirio subagudo.

EVOLUCIÓN

- Persiste cuadro de **desorientación frecuente con periodos de agitación bien controlados.**
- Valorada por neurología se inicia tratamiento con rivastigmina a dosis bajas por si existiera un deterioro cognitivo previo larvado (indicaciones terapéuticas de rivastigmina: tratamiento sintomático de la Enf. Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave con Enf. de Parkinson idiopática) con escasa respuesta, por lo que se procede a su retirada.
- En el momento actual se encuentra estable, no precisa de cuidados hospitalarios, motivo por el que se emite alta hospitalaria con fecha 9-04-19.
- Diagnóstico principal: infección respiratoria no condensante de vías bajas.

EVOLUCIÓN

- Otros diagnósticos: contusión pulmonar. Politraumatismo.
- Tratamiento: control por parte de psiquiatría y neurología. Alprazolam 0,5 mg, Paroxetina 20 mg, Quetiapina liberación gradual 50 mg, Quetiapina 25 mg. 1 / 24 h. En caso de agitación, Trazodona 100 mg, Amlodipino 5 mg.
- **En la actualidad vive en casa de uno de sus hijos. Mantiene el cuadro clínico informado al alta hospitalaria de fecha 9-04-19.**
- Se realiza **BVD del R.D. 174/2011 de 11 de febrero**, obteniendo una puntuación de **76 puntos**, lo que se corresponde con **Grado III, Gran dependencia**: *cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.* Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos.

BAREMO PARA LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

Ley: Real Decreto 174/2011 de 11 de febrero

Tabla de coeficientes del tipo de apoyo de otra u otras personas

AUTÓNOMO (Sí, puede hacerlo por si solo)	0%
SUPERVISIÓN / FÍSICA PARCIAL (No, necesita supervisión/ayuda parcial)	90%
SUPERVISIÓN MÁXIMA (No puede hacerlo por si solo en absoluto)	95%
APOYO ESPECIAL (Entorpece la ejecución de la tarea)	100%

Baremo: Escala Específica (Lesiones Físicas y Psíquicas)

Lesionado: xxx

Médico: xxx

Grupo de Edad: 18 años y más

Expediente: xxx

Fecha de Valoración: xxx

COMER Y BEBER

Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos

Sí, puede hacerlo por si solo 0 puntos (0% de 2,5 puntos)

Cortar o partir la comida en trozos

Sí, puede hacerlo por si solo 0 puntos (0% de 2 puntos)

Usar cubiertos para llevar la comida a la boca

Sí, puede hacerlo por si solo 0 puntos (0% de 3 puntos)

Acercarse el recipiente de bebida a la boca

Sí, puede hacerlo por si solo 0 puntos (0% de 2,5 puntos)

HIGIENE PERSONAL RECLACIONADA CON LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN

Acudir a un lugar adecuado

No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente 1,3 puntos (90% de 1,4 puntos)

Manipular la ropa

No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente 0,9 puntos (90% de 1 puntos)

Adoptar o abandonar la postura adecuada

No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente 1,9 puntos (90% de 2,1 puntos)

Limpiarse

No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente 2,2 puntos (90% de 2,4 puntos)

LAVARSE		
Abrir y cerrar grifos		
Sí, puede hacerlo por si solo	0 puntos	(0% de 1,2 puntos)
Lavarse las manos		
Sí, puede hacerlo por si solo	0 puntos	(0% de 1,6 puntos)
Acceder a la bañera, ducha o similar		
No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente	1,1 puntos	(90% de 1,2 puntos)
Lavarse la parte inferior del cuerpo		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	1,9 puntos	(95% de 2 puntos)
Lavarse la parte superior del cuerpo		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	1,9 puntos	(95% de 2 puntos)

REALIZAR OTROS CUIDADOS CORPORALES		
Peinarse		
Sí, puede hacerlo por si solo	0 puntos	(0% de 0,6 puntos)
Cortarse las uñas		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	0,3 puntos	(95% de 0,3 puntos)
Lavarse el pelo		
No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente	0,4 puntos	(90% de 0,5 puntos)
Lavarse los dientes		
No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente	0,5 puntos	(90% de 0,6 puntos)

VESTIRSE		
Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado		
Sí, puede hacerlo por si solo	0 puntos	(0% de 1,7 puntos)
Calzarse		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	1,1 puntos	(95% de 1,2 puntos)
Abrocharse botones o similar		
Sí, puede hacerlo por si solo	0 puntos	(0% de 1,7 puntos)
Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo		
No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente	3,1 puntos	(90% de 3,5 puntos)
Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	3,3 puntos	(95% de 3,5 puntos)
MANTENIMIENTO DE LA SALUD		
Solicitar asistencia terapéutica		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	1,6 puntos	(95% de 1,6 puntos)
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	1 puntos	(95% de 1,1 puntos)
Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	2,6 puntos	(95% de 2,8 puntos)
Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	2,6 puntos	(95% de 2,8 puntos)
Pedir ayuda ante una urgencia		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	2,6 puntos	(95% de 2,8 puntos)

CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN DEL CUERPO

Cambiar de tumbado a sentado en la cama

No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente 0,2 puntos (90% de 0,2 puntos)

Permanecer sentado

Sí, puede hacerlo por si solo 0 puntos (0% de 0,3 puntos)

Cambiar de sentado en una silla a estar de pie

No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente 0,2 puntos (90% de 0,2 puntos)

Permanecer de pie

Sí, puede hacerlo por si solo 0 puntos (0% de 0,3 puntos)

Cambiar de estar de pie a sentado en una silla

No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente 0,2 puntos (90% de 0,2 puntos)

Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado

No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente 0,2 puntos (90% de 0,2 puntos)

Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado

No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente 0,2 puntos (90% de 0,2 puntos)

Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado

Sí, puede hacerlo por si solo 0 puntos (0% de 0,4 puntos)

DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR

Realizar desplazamientos para vestirse

No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente 2,7 puntos (90% de 3 puntos)

Realizar desplazamientos para comer

No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente 1,6 puntos (90% de 1,8 puntos)

Realizar desplazamientos para lavarse

No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente 1,1 puntos (90% de 1,2 puntos)

Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado

No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente 2,7 puntos (90% de 3 puntos)

Realizar desplazamientos entre estancias no comunes

No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente 1,1 puntos (90% de 1,2 puntos)

Acceder a todas las estancias comunes del hogar

No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente 1,6 puntos (90% de 1,8 puntos)

DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR		
Acceder al exterior		
No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente	2,9 puntos	(90% de 3,2 puntos)
Realizar desplazamientos alrededor del edificio		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	3,1 puntos	(95% de 3,2 puntos)
Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	2,5 puntos	(95% de 2,6 puntos)
Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	1,8 puntos	(95% de 1,9 puntos)
Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	1,2 puntos	(95% de 1,3 puntos)
Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	0,6 puntos	(95% de 0,6 puntos)

REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS		
Preparar comidas		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	3,4 puntos	(95% de 3,6 puntos)
Hacer la compra		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	1,9 puntos	(95% de 2 puntos)
Limpiar y cuidar de la vivienda		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	1,5 puntos	(95% de 1,6 puntos)
Lavar y cuidar la ropa		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	0,8 puntos	(95% de 0,8 puntos)

TOMAR DECISIONES		
Decidir sobre la alimentación cotidiana		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	2,9 puntos	(95% de 3,1 puntos)
Dirigir los hábitos de higiene personal		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	1,5 puntos	(95% de 1,5 puntos)
Planificar los desplazamientos fuera del hogar		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	1,5 puntos	(95% de 1,5 puntos)
Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas		
No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente	2,8 puntos	(90% de 3,1 puntos)
Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas		
No, necesita que le supervisen o que le ayuden parcialmente	1,4 puntos	(90% de 1,5 puntos)
Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	1,5 puntos	(95% de 1,5 puntos)
Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	2,2 puntos	(95% de 2,3 puntos)
Resolver el uso de servicios a disposición del público		
No puede hacerlo por si solo en absoluto	0,7 puntos	(95% de 0,8 puntos)

PUNTUACIÓN TOTAL: 76,3 puntos

1. TRASTORNO ANSIOSO DEPRESIVO/ ¿PSEUDODEMENCIA?

01166

Agravación o desestabilización de demencia
no traumática (incluye demencia senil)

2. VALORACIÓN INTENSIDAD DEL NEXO DE CAUSALIDAD

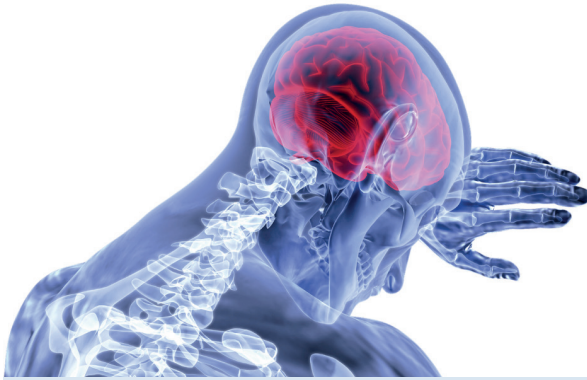
RELACIÓN CLÍNICA CAUSAL CONCAUSAL O COMPARTIDA:

- % Carga casualidad clínica 25-75 %
- % Reducción sobre valoración realizada 25-75 %

**¿CÓMO VALORARÍAS EL
PERJUICIO PERSONAL BÁSICO,
PERJUICIO PERSONAL
PARTICULAR
Y EL PERJUICIO
PATRIMONIAL?**







RESPECTO AL PERJUICIO PERSONAL BÁSICO

- a. No presenta secuela neurocognitiva secundaria al accidente de tráfico, al no objetivarse lesiones cerebrales postraumáticas.
- b. Debe valorarse como un 01137 trastorno cognitivo y daño neuropsicológico grave.
- c. Debe valorarse, por analogía, como la 01166 agravación o desestabilización de demencia no traumática (incluye demencia senil).
- d. Debe valorarse la intensidad del nexo de causalidad (concausalidad) y aplicar un porcentaje reductor sobre la puntuación secuelar otorgada al TC grave.



RESPECTO AL PERJUICIO PERSONAL PARTICULAR

- a. No presenta daño moral complementario por secuelas ni por perjuicio estético.
- b. Pérdida de calidad de vida moderada por sus secuelas traumatológicas [costales, hombro, esternón, clavícula]. No corresponde pérdida de calidad de vida de familiares.
- c. Pérdida de calidad de vida muy grave y pérdida de calidad de vida de familiares al estar impedida para realizar la casi totalidad de actividades esenciales de la vida ordinaria.
- d. Son correctas a. y c.



RESPECTO AL PERJUICIO PATRIMONIAL

- a. No le corresponde ni *rehabilitación domiciliaria y ambulatoria* ni *ayuda de tercera persona*.
- b. Tabla 2.C.2, 01137 trastorno cognitivo grave, entre 6-8 horas.
- c. Tabla 2.C.2, 01166 agravación o desestabilización de demencia no traumática (incluye demencia senil), entre 1-3 horas.
- d. Debe valorarse la intensidad del nexo de causalidad (concausalidad) y aplicar un porcentaje reductor sobre las horas valoradas del TC grave.

RESPONSABILIDAD CIVIL SANITARIA Y PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD

ALBERTO J. TAPIA HERMIDA

Fundación
MAPFRE

TIPOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL SANITARIA

➤ Derivada de ilícitos civiles o de ilícitos penales

Derivada del mal funcionamiento de los servicios sanitarios

REQUISITOS PARA RECLAMAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL SANITARIA

➤ El acto médico no ajustado a la diligencia profesional

La obligación de medios y la «lex artis ad hoc»

- El consentimiento informado del paciente.
- La distinción entre la medicina curativa y la medicina satisfactiva.
- La distinción entre el momento del diagnóstico y el momento del tratamiento, la prescripción de medicamentos o la intervención quirúrgica.

➤ El daño evaluable patrimonialmente.

➤ La relación de causalidad eficiente entre el acto doloso o negligente del médico implicado y el daño reclamado.

➤ El problema de la carga de la prueba.

LA DOCTRINA DE LA “PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD”

Ámbito, finalidad y estructura lógica

Aplicación por la jurisprudencia civil

- El caso de la mano amputada. Sentencia de 10 de octubre de 1998.
- El caso del atragantamiento por papilla. Sentencia de 19 de febrero de 2019.

Aplicación por la jurisprudencia contencioso-administrativa

- El caso del retraso en el estudio neumológico del paciente que fallece por un carcinoma. La sentencia de 27 de septiembre de 2011.
- El caso del diagnóstico tardío de un aneurisma. La sentencia de 2 de enero de 2012.
- El caso de la falta de pruebas de la tensión arterial. La sentencia de 13 de enero de 2015.

LA PERITACIÓN DE LOS DAÑOS DERIVADOS DE LA MALA PRAXIS SANITARIA

DR. BERNARDO PEREA PÉREZ

Fundación
MAPFRE

FRECUENTE COINCIDENCIA/ CONFUSIÓN ENTRE LA VALORACIÓN DE LA PRAXIS Y LA VALORACIÓN DE LOS DAÑOS

Frecuente coincidencia/confusión entre la valoración de la praxis y la valoración de los daños:

- Falta frecuente de especialidad de los médicos valoradores.
- Problemas con los protocolos (lex artis): diversidad, inadecuación, rigidez.
- Complejidad de la asistencia sanitaria y de la delimitación de la responsabilidad.
- Determinar los casos en los que el tratamiento origen del problema no era estrictamente necesario (medicina satisfactiva).

VDC DERIVADO DE LA MALA PRAXIS MÉDICA (SANITARIA):

- Se nos pide como valoradores que determinemos el daño **innecesario** sufrido por el paciente a consecuencia de una deficiente praxis sanitaria.

Valoración del daño corporal ocasionado por la mala praxis médica:

- Delimitar el estado anterior del paciente (si el nuevo daño está en relación directa con el estado previo). ¿Es siempre patológico?
- Determinación del estado actual (fabricación de diagnósticos y acceso a informes actualizados).
- Determinar las posibilidades de mejoría (estabilización lesional).

Valoración del daño corporal ocasionado por la mala praxis médica:

- Determinar la posibilidad de mejoría perdida (pérdida de oportunidad). Subjetividad.
- Valorar los casos en los que la posibilidad de mejoría es rechazada por el paciente (daño funcional/daño estético).
- Diferenciar el daño derivado de la mala praxis del daño inherente al tratamiento y del derivado del proceso de base.

HERRAMIENTAS: SISTEMA DE VALORACIÓN DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS SUFRIDOS POR LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN INCLUIDO EN LA LEY 35/2015

Baremo 35/2015

- ¿Es una herramienta útil en la valoración del daño sanitario?
- Problemas importantes:
 - Problemas intrínsecos del baremo:
Subjetividad en la valoración de algunos conceptos.
 - Valoración del estado anterior.

Artículo 100 (Ley 41/2002)

Artículo 100. *Secuelas agravatorias de estado previo.*

1. La secuela que agrava un estado previo y que ya está prevista en el baremo médico se mide con la puntuación asignada específicamente para ella.
2. En defecto de tal previsión, la puntuación es la resultante de aplicar la fórmula:

$$(M - m) / [1 - (m/100)]$$

Donde “M” es la puntuación de la secuela en el estado actual y “m” es la puntuación de la secuela preexistente. Si el resultado ofrece fracciones decimales, se redondea a la unidad más alta.

Artículo 100 (Ley 41/2002)

- $M - m / 1 - (m/100)$.
- Con una $M=75$ y una $m=50$, el resultado es de 50 puntos.
- Con una $M=95$ y una $m=90$, el resultado también es de 50 puntos.

Baremo 35/2015

- ¿Es una herramienta útil en la valoración del daño sanitario?
- Problemas importantes:
 - Problemas intrínsecos del baremo:
Subjetividad en la valoración de algunos conceptos.
 - Valoración del estado anterior.
 - Inclusión de otros asuntos de naturaleza jurídica: consentimiento informado y pérdida de oportunidad.

¿SOLUCIONES?: EL NUEVO BAREMO DE DAÑOS SANITARIOS

Nuevo baremo de daños sanitarios

- ¿Va a solucionar algo?
- SEGURIDAD JURÍDICA respecto a su aplicación estricta y sobre la versión a utilizar.
- ¿Va a facilitar los acuerdos extrajudiciales?
- Si arrastra los problemas del baremo de tráfico, considero que no.

Nuevo baremo de daños sanitarios

- ¿Será determinante en la valoración del daño sanitario en el futuro?
- Cuestiones fundamentales:
 - Incremento de las cuantías.
 - Uso y abuso de la vía penal.

VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL EN RESPONSABILIDAD CIVIL SANITARIA

DR. CARLOS REPRESAS VÁZQUEZ

Fundación
MAPFRE

PRÁCTICA PERICIAL: OBSTÁCULOS

1. Método pericial
2. Criterios de causalidad
3. Cualificación del perito
4. Sistema de RC determinista
5. Conceptos jurídicos
 - a. Defecto de información
 - b. Pérdida de oportunidad
 - c. Daño desproporcionado

PRÁCTICA PERICIAL: RECOMENDACIONES

1. Método pericial de la ACADEMIA INTERNACIONAL DE MEDICINA LEGAL (2013)

Int J Legal Med (2013) 127:545–557
DOI 10.1007/s00414-013-0836-5

GUIDELINES

The EALM Working Group on Medical Malpractice

**Malpractice and medical liability. European Guidelines
on Methods of Ascertainment and Criteria of Evaluation**

PRÁCTICA PERICIAL: RECOMENDACIONES

2. Recomendaciones de la ENFSI (European Network of Forensic Science Institutes (2015)

- 2.3** Evaluation of forensic science findings in court uses probability as a measure of uncertainty. This is based upon the findings, associated data and expert knowledge, case specific propositions and conditioning information.

PRÁCTICA PERICIAL: RECOMENDACIONES

3. Utilización del artículo 100 de la Ley 35/2015
(Estado Anterior)
4. Valoración de la probabilidad
 - a. Riesgo Relativo / Odds ratio
 - b. Probabilidad BAYESIANA
5. COCIENTE COMPARATIVO DE RIESGOS
 - c. Específico EPIDEMIOLOGÍA FORENSE
 - d. Michael Freeman

CASO PRÁCTICO

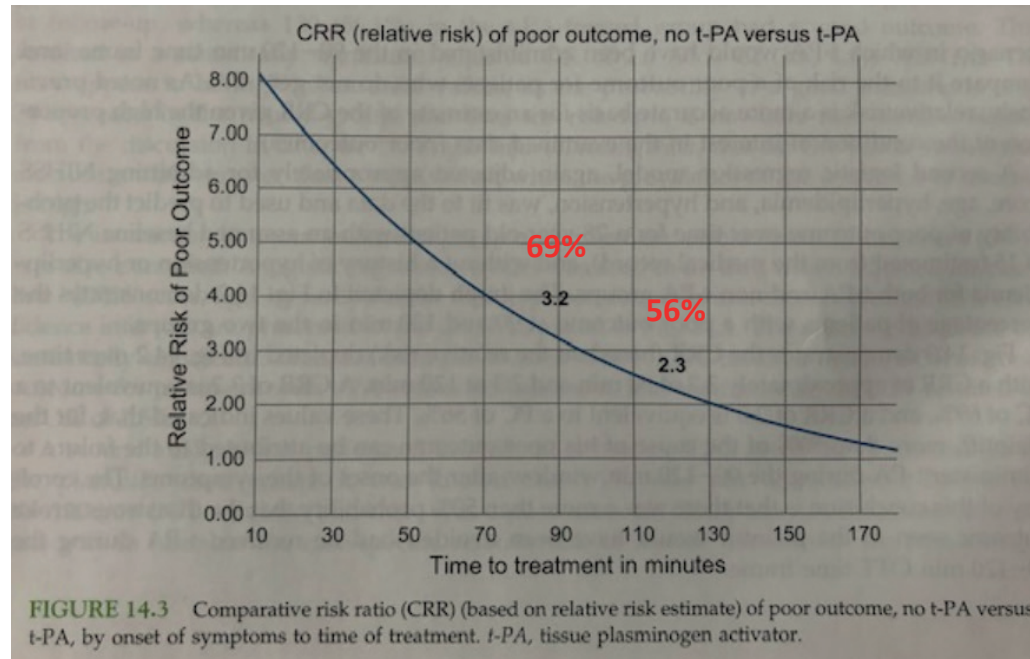
(Forensic Epidemiology: Principles and practice. Freeman M. Elsevier 2016)

- Varón de 28 años sin antecedentes.
- Cuadro súbito de mareos, náuseas y debilidad facial.
- Primera asistencia a las 9:00. TC a las 10:00 (normal).
- 13 horas. Inconsciente. Ictus isquémico en circulación cerebral posterior. Resultado síndrome Locked-In.
- Acusación: mala praxis, error diagnóstico que condiciona un inadecuado tratamiento fibrinolítico.
- Defensa: el resultado hubiese sido el mismo.

CASO PRÁCTICO

(Forensic Epidemiology: Principles and practice. Freeman M. Elsevier 2016)

- Riesgo sin tratamiento: 40 %
- Riesgo con tratamiento: 10 %
- Diferencia de riesgos: 30 %
- Cociente comparativo de riesgos: 4.0 (0,4/0,1)
- Probabilidad causal $[(4.0-1)/4.0] \times 100 = 75 \%$
- Resultado dependiente de ventana temporal



CASO PRÁCTICO

- Varón de 47 años.
- Hernia discal L4-L5 de 3 años de evolución. Dolor crónico.
- Desde hace 15 horas, incremento de dolor ciático, pérdida de sensibilidad en silla de montar y afectación esfinteriana (urinario). No afectación motora.
- Ingresa. RMN. Tratamiento conservador de choque. No mejora. IQ a las 72 horas del ingreso. A los 18 meses persiste alteración sensitiva, incontinencia de orina (de esfuerzo) y dolor.
- Reclamación: Sde incompleto de cola de caballo, medio (35 puntos). Cuadro clínico derivado de HD (10 puntos). Material de osteosíntesis (10 puntos). Perjuicio estético (10 puntos).
- Defensa: El resultado hubiese sido el mismo. La demora no está relacionada con el resultado (HD, Material de osteosíntesis, incontinencia).

CASO PRÁCTICO

SPINE Volume 25, Number 12, pp 1515-1522
©2000, Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Cauda Equina Syndrome Secondary to Lumbar Disc Herniation

A Meta-Analysis of Surgical Outcomes

Uri Michael Ahn, MD,* Nicholas U. Ahn, MD,* Jacob M. Buchowski, MS,*
Elizabeth S. Garrett, PhD,† Ann N. Sieber, RN, MSN,* and John P. Kostuik, MD*

Meta-Analysis of Cauda Equina Syndrome Ahn et al 1517

Table 3. Logistic Regression of Postoperative Outcomes on Preoperative Variables. Part 1

	Previous Surgery	Sudden Onset	Chronic Low Back Pain	Duration of Chronic rad	Presence of Sciatica	History of Trauma	Age§	Gender||	Work as Laborer
Resolution of pain	OR = 0.73 P = 0.36 (0.09-5.6) N = 21	OR = 0.0 P = .054 (0.0-3.4) N = 33	OR = 4.3 P = 0.32 (0.24-79.6) N = 34	OR = 0.99 P = .028 (0.98-1.0) N = 40	OR = 0.0 P = 1.0 (0.0-4.66) N = 63	OR = 0.0 P = 0.40 (0.0-2.4) N = 27	OR = 0.77 P = 0.30 (0.47-1.26) N = 70	OR = 0.29 P = 0.13 (0.06-1.5) N = 66	N = 11
Resolution of sensory deficit	OR = 0.9 P = 0.92 (0.11-7.0) N = 21	OR = 0.0 P = 0.55 (0.11-3.3) N = 36	OR = 0.79 P = 0.81 (0.11-5.5) N = 34	OR = 0.98 P = 0.08 (0.96-1.0) N = 41	OR = 0.0 P = 0.55 (0.0-3.2) N = 73	OR = 0.29 P = 0.26 (0.70-1.45) N = 34	OR = 1.0 P = 0.97 (0.60-3.04) N = 100	OR = 1.4 P = 0.47 (0.22-→) N = 98	OR = → P = 1.0 (0.22-→) N = 16
Resolution of motor deficit	OR = 0.75 P = 0.63 (0.06-10.0) N = 19	OR = 0.67 P = 0.70 (0.05-8.5) N = 24	OR = 0.23 P = 0.24 (0.02-2.6) N = 28	OR = 0.99 P = 0.79 (0.96-1.0) N = 32	OR = 0.0 P = 0.46 (0.0-4.2) N = 50	OR = 0.8 P = 0.81 (0.13-4.7) N = 22	OR = 1.27 P = 0.36 (0.75-2.17) N = 53	OR = 1.5 P = 0.52 (0.47-4.5) N = 53	OR = 2.5 P = 0.58 (0.89-62.6) N = 9
Resolution of urinary deficit	OR = 0.39 P = 0.26 (0.08-1.96) N = 34	OR = 0.74 P = 0.14 (0.13-4.3) N = 47	OR = 0.09 P = 0.02 (0.01-0.68) N = 98	OR = 0.99 P = 0.07 (0.96-1.0) N = 49	OR = 0.0 P = 0.07 (0.0-1.02) N = 126	OR = 0.14 P = 0.08 (0.02-1.3) N = 43	OR = 0.93 P = 0.63 (0.67-1.27) N = 140	OR = 0.85 P = 0.28 (0.39-1.4) N = 139	OR = 0.66 P = 0.79 (0.63-12.9) N = 17
Resolution of sexual dysfunction	N = 67	N = 67	OR = 2.1 P = 0.01 (0.12-37.7) N = 30	OR = 0.99 P = 0.60 (0.96-1.02) N = 6	N = 67	N = 71	OR = 0.39 P = 0.03 (0.17-0.92) N = 29	OR = 0.32 P = 0.34 (0.03-3.3) N = 30	N = 31
Resolution of rectal dysfunction	OR = 0.33 P = 0.55 (0.01-11.9) N = 6	OR = 1.0 P = 1.0 (0.07-13.9) N = 18	OR = 0.04 P = 0.01 (0.002-0.5) N = 21	OR = 1.01 P = 0.21 (0.98-1.04) N = 8	OR = 0.0 P = 0.18 (0.0-1.16) N = 11	OR = → P = 0.54 (0.23-→) N = 19	OR = 0.50 P = 0.1 (0.22-1.14) N = 39	OR = 0.54 P = 0.36 (0.14-2.1) N = 39	OR = 0.0 P = 0.19 (0.0-1.5) N = 15

Table 8. Decompression After 48 Hours Vs. Before 48 Hours

	Surgery Performed <48 Hrs (as compared to >48 hrs)
Resolution of pain	OR = 0.51 P = 0.338 (0.13-2.00) N = 66
Resolution of sensory deficit	OR = 3.45 P = 0.005 (1.45-8.33) N = 98
Resolution of motor deficit	OR = 9.09 P = 0.001 (2.56-33.33) N = 73
Resolution of urinary deficit	OR = 2.5 P = 0.01 (1.19-5.26) N = 189
Resolution of sexual dysfunction	OR = 3.85 P = 0.09 (0.79-2.06) N = 51
Resolution of rectal dysfunction	OR = 9.09 P = 0.003 (2.13-33.3) N = 47

CASO PRÁCTICO

Table 8. Decompression After 48 Hours Vs. Before 48 Hours

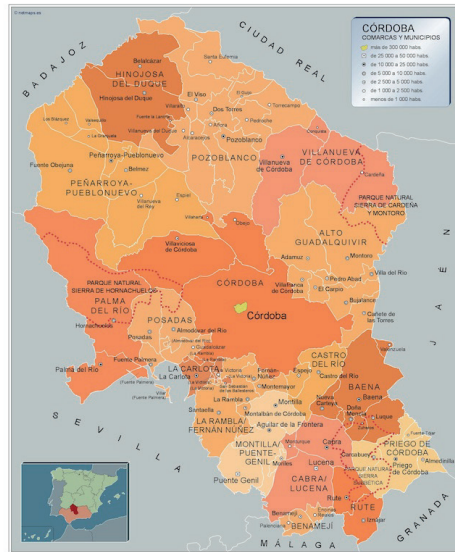
	Surgery Performed <48 Hrs (as compared to >48 hrs)	
Resolution of pain	OR = 0.51 P = 0.338 (0.13-2.00) N = 66	-
Resolution of sensory deficit	OR = 3.45 P = 0.005 (1.45-8.33) N = 98	71 %
Resolution of motor deficit	OR = 9.09 P = 0.001 (2.56-33.33) N = 73	
Resolution of urinary deficit	OR = 2.5 P = 0.01 (1.19-5.26) N = 189	60 %
Resolution of sexual dysfunction	OR = 3.85 P = 0.09 (0.79-2.06) N = 51	
Resolution of rectal dysfunction	OR = 9.09 P = 0.003 (2.13-33.3) N = 47	

**EXPERIENCIA DE LOS INSTITUTOS
DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS
FORENSES CON EL TRAUMATISMO
MENOR DE COLUMNA VERTEBRAL
EN EL DEVENIR DE LA LEY 35/2015**

DR. JOSÉ SÁEZ RODRÍGUEZ

Fundación
MAPFRE

EXPERIENCIA DEL IMLCF - CO



- Superficie: 13.771 km².
- Población: 782.516 habitantes (1-1-2019)



VÍA JUDICIAL

VÍA EXTRAJUDICIAL



EXTRAJUDICIAL INTERVENCIÓN DE LOS IMLCF

L.O. 7/2015 de 21 de julio que modifica la L.O. 6/1985, de 1 de julio,
del Poder Judicial

○ Art. 479.5. Son funciones de los médicos forenses:

[...]

d) La emisión de informes y dictámenes, a solicitud de particulares
en las condiciones que se determinen reglamentariamente.



I. DISPOSICIONES GENERALES

JEFATURA DEL ESTADO

- 10197** *Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.*

EXTRAJUDICIAL INTERVENCIÓN DE LOS IMLCF



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 228

Miércoles 23 de septiembre de 2015

Sec. I. Pág. 84473

I. DISPOSICIONES GENERALES

JEFATURA DEL ESTADO

10197 Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

5. En caso de disconformidad del perjudicado con la oferta motivada, las partes, de común acuerdo y a costa del asegurador, podrán pedir informes periciales complementarios, incluso al Instituto de Medicina Legal siempre que no hubiese intervenido previamente.

Esta misma solicitud al Instituto de Medicina Legal podrá realizarse por el lesionado aunque no tenga el acuerdo de la aseguradora, y con cargo a la misma. El Instituto de Medicina Legal que deba realizar el informe solicitará a la aseguradora que aporte los medios de prueba de los que disponga, entregando copia del informe pericial que emita a las partes.

Asimismo, el perjudicado también podrá solicitar informes periciales complementarios, sin necesidad de acuerdo del asegurador, siendo los mismos, en este caso, a su costa.

Esta solicitud de intervención pericial complementaria obligará al asegurador a efectuar una nueva oferta motivada en el plazo de un mes desde la entrega del informe pericial complementario, continuando interrumpido el plazo de prescripción para el ejercicio de las acciones judiciales. En todo caso, se reanudará desde que el perjudicado conociese el rechazo de solicitud por parte del asegurador de recabar nuevos informes.

Art. 7.5. Texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

EXTRAJUDICIAL INTERVENCIÓN DE LOS IMLCF



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 303

Sábado 19 de diciembre de 2015

Sec. I. Pág. 119702

I. DISPOSICIONES GENERALES

MINISTERIO DE JUSTICIA

13872 *Real Decreto 1148/2015, de 18 de diciembre, por el que se regula la realización de pericias a solicitud de particulares por los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en las reclamaciones extrajudiciales por hechos relativos a la circulación de vehículos a motor.*

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto.

Este real decreto tiene por objeto:

a) Regular el procedimiento para solicitar informes periciales a los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (en adelante IMLCF) en los términos previstos en el artículo 7 del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre.

PRINCIPAL NOVEDAD

- Apertura de los IMLCF a las pericias extrajudiciales (prejudiciales).
- Ojo: No son pericias privadas, es un informe emitido por el IMLCF.



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 228

Miércoles 23 de septiembre de 2015

Sec. I. Pág. 84473

I. DISPOSICIONES GENERALES

JEFATURA DEL ESTADO

10197 Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

■ Traumatismo menor de columna vertebral

- **Título IV. Capítulo II. Sección 3.^a Lesiones temporales**
 - **Arts. 135. Indemnización por traumatismo menor de columna vertebral.**

Artículo 135. *Indemnización por traumatismos menores de la columna vertebral.*

1. Los traumatismos cervicales menores que se diagnostican con base en la manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor, y que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias, se indemnizan como lesiones temporales, siempre que la naturaleza del hecho lesivo pueda producir el daño de acuerdo con los criterios de causalidad genérica siguientes:

a) De exclusión, que consiste en que no medie otra causa que justifique totalmente la patología.

b) Cronológico, que consiste en que la sintomatología aparezca en tiempo médicamente explicable. En particular, tiene especial relevancia a efectos de este criterio que se hayan manifestado los síntomas dentro de las setenta y dos horas posteriores al accidente o que el lesionado haya sido objeto de atención médica en este plazo.

c) Topográfico, que consiste en que haya una relación entre la zona corporal afectada por el accidente y la lesión sufrida, salvo que una explicación patogénica justifique lo contrario.

d) De intensidad, que consiste en la adecuación entre la lesión sufrida y el mecanismo de su producción, teniendo en cuenta la intensidad del accidente y las demás variables que afectan a la probabilidad de su existencia.

2. La secuela que derive de un traumatismo cervical menor se indemniza sólo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el período de lesión temporal.

3. Los criterios previstos en los apartados anteriores se aplicarán a los demás traumatismos menores de la columna vertebral referidos en el baremo médico de secuelas.



I. DISPOSICIONES GENERALES

JEFATURA DEL ESTADO

10197 Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

■ Traumatismo menor de columna vertebral

- Título IV. Capítulo II. Sección 3.^a Lesiones temporales
- Tabla 2.A.1. Baremo médico. Clasificación y valoración de secuelas

- Capítulo 3. Sistema musculoesquelético.

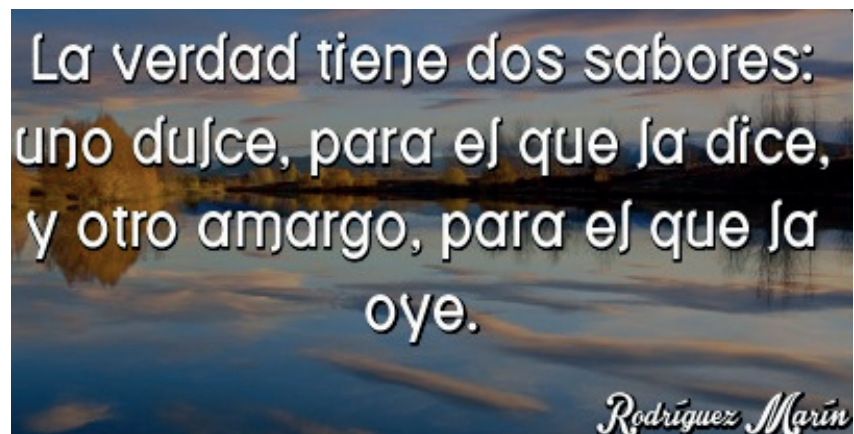
- B. Columna vertebral

1. Traumatismos menores de la columna vertebral		
03005	Algias postraumáticas cronificadas y permanentes y/o síndrome cervical asociado y/o agravación de artrosis previa	1-5

¿QUÉ SUPONE PARA LOS IMLCF?

«No a lo políticamente correcto»





¿QUÉ SUPONE?

- Desde el punto de vista administrativo.
- Desde el punto de vista pericial.

DESDE EL PUNTO DE VISTA ADMINISTRATIVO



DESDE EL PUNTO DE VISTA ADMINISTRATIVO

- Sobrecarga de trabajo administrativo.
- Toma de decisiones en otro ámbito.
- Confusión del IMLCF con un juzgado.
- Confusión del IMLCF con un mediador.
- Tomar al IMLCF como asesor jurídico.

Mi nombre es [REDACTED], soy Abogada y tengo un caso de accidente de tráfico con tres lesionados. Dado el estado en el que me he encontrado el asunto, creo que lo más conveniente es solicitar la pericial médica complementaria. Nunca he recurrido al Instituto de Medicina Legal, por lo que desconozco el procedimiento para llevarlo a cabo. Agradecería pudieran facilitarme la información al respecto.

Reciban un cordial saludo.

Buenas tardes, en relación al accidente de tráfico sufrido por mi cliente y toda vez que se ha agotado la vía extrajudicial ya que la oferta enviada por la compañía no valora, desde nuestro de punto de vista, todas las lesiones sufridas, SOLICITO me indique la manera de proceder para poder acceder a la revisión de Médico Forense adscrito a la Junta de Andalucía, a costa de la aseguradora, según establece la Ley, así como la documentación necesaria que debemos aportar.

Un saludo. Quedamos a la espera de su información.

Que esta parte APORTÓ TODOS Y CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS MÉDICOS QUE TIENE A SU DISPOSICIÓN, sin tener conocimiento del que el Informe Médico Definitivo a que se refiere el Oferta Motivada y que ustedes nos requieren.

De hecho éste y no otro fue el motivo de queja, respecto a la primera oferta recibida (ver correo de fecha 29 de noviembre de 2.016 señalado con un 1) que esta parte no consideró Oferta Motivada como le hizo saber, (ver correo de fecha 29 de noviembre de 2.016 señalado con un 2,) al que como respuesta hemos recibido el correo de 1 de Diciembre (ver correo de fecha 1 de diciembre de 2.016 señalado con un 3), con la Oferta Motivada y Carta que les hemos acompañado con nuestra solicitud.

Por lo que entiende esta parte, a fin de no sufrir la indefensión que una falta de Oferta Motivada podría causarnos, que si necesitan los Documentos Médicos a los que se refiera la Oferta Motivada habrán de requerirlos a la Compañía Aseguradora, que es quien los tiene en su poder, sin perjuicio de que creemos que se trata del Documento Médico aportado por esta parte, Informe San Juan de Dios, pues éstos son los únicos Servicios Médicos que han visto al lesionado a instancia y a costa de la Compañía Aseguradora, (que se acompaña nuevamente como documento señalado con el número 4).

En su virtud,

SOLICITO al IMLyCf de Cordoba, tenga por presentado este escrito, lo admita, le de la tramitación legal pertinente y en aras de lo que en el mismo se expresa tenga pro subsanado el defecto por el que se nos requiere inicie los trámites necesarios para la realización de la Pericia interesada por esta parte, por ser de Justicia que pido. En Córdoba, a 30 de enero de 2.017

Único.- Que habiendo sido requerida por el Director del IML y CF de Córdoba, para que se aporte oferta motivada de la lesionada, por medio del presente escrito comunico al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Córdoba que la Compañía de Seguros PELAYO se niega a emitir la oferta motivada requerida, incumpliendo la respuesta motivada efectuada por esa Compañía los requisitos del artículo 7 de la Ley de responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos, lo que comunico a los efectos oportunos.

Por lo expuesto,

SOLICITO AL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES DE CÓRDOBA, que tenga por presentado este escrito y por cumplimentado el requerimiento efectuado a la lesionada, D^a María del Valle

3	DATOS DE ACCIDENTE
LUGAR, FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE:	
CÓRDOBA 03-12-2018	
INFORMES APORTADOS:	
INFORMES MEDICOS QUE SE APORTARAN EL DIA DE LA VALORACIÓN, SALVO QUE SEAN REQUERIDOS CON ANTERIORIDAD.	

DESDE EL PUNTO DE VISTA PERICIAL

Año	Solicitudes de reconocimiento
2016	52
2017	97
2018	138
2019	76
Totales	363

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Los datos del año 2019 corresponden solo al primer semestre

DESDE EL PUNTO DE VISTA PERICIAL

	JUDICIALES	EXTRAJUDICIALES
Año	Episodios por accidentes de tráfico	Solicitudes de reconocimiento
2014	2.571	
2015	2.438	
2016	364	52
2017	175	97
2018	177	138
2019	87	76

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Los datos del año 2019 corresponden solo al primer semestre



ACEPTACIÓN

Año	Solicitudes presentadas	Solicitudes aceptadas	Porcentaje de aceptación
2016	52	21	40,38%
2017	97	59	60,82%
2018	138	104	75,36%
2019	76	56	73,68%
Totales	363	240	66,12%

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Los datos del año 2019 corresponden solo al primer semestre

TRAUMATISMO MENOR DE COLUMNA EXCLUSIVAMENTE

Año	TMC	TMC y otros	Otros	Solicitudes aceptadas
2016	18	0	3	21
2017	41	7	11	59
2018	70	15	19	104
2019	34	7	15	56
Totales	163	29	48	240

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Los datos del año 2019 corresponden solo al primer semestre

TRAUMATISMO MENOR DE COLUMNA EXCLUSIVAMENTE

Año	Traumatismo menor columna	Solicitudes aceptadas	Porcentaje
2016	18	21	85,71 %
2017	41	59	69,49 %
2018	70	104	67,31 %
2019	34	56	60,71 %
Totales	163	240	67,92 %

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Los datos del año 2019 corresponden solo al primer semestre

Diagnósticos (163 casos)

Cervicalgia	40
Cervicalgia y lumbalgia	2
Cervicalgia y dorsalgia	2
Contractura cervical	1
Contusión cervical	1
Contusión lumbar	1
Contusión cervical, dorsal y lumbar	1
Dolor cervical	2
Dolor lumbar	2
Dolor cervical y lumbar	1
Dolor dorsal	1
Esguince cervical	78

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Diagnósticos

Esguince cervical y contusión dorsal	1
Esguince cervical y lumbar	2
Esguince cervical. Dorsolumbalgia	1
Esguince cervical. Lumbalgia	1
Esguince cervicodorsal	5
Esguince cervicolumbar	1
Esguince lumbar	1
Latigazo cervical	15
Lumbalgia	1
Policontusión cervical y espalda	1
Rectificación cervical	1
Traumatismo cervical	1

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Compañías aseguradoras (21)

Allianz	22
Ama	1
Axa	7
Consortio	1
Dekra Claim	1
Eco-Insurance	1
Generali	16
GES Seguros	2
Helvetia	5
Liberty	3

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Compañías aseguradoras

Línea Directa	7
Mapfre	40
Mutua Madrileña	6
Pelayo	16
Plus Ultra	9
Reale	9
Segur Caixa	2
Seguros Bilbao	2
Seguros Generales	1
Verti	3
Zurich	9

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Documentación

Informe médico definitivo	97	59,51 %
Oferta motivada	163	100 %

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Valoración de las aseguradoras



Valoración del IMLCF

Valoración de las aseguradoras (163 casos)

Incapacidad temporal	Media de días	Moda	Rango
PPB	30,81	7 días (11 casos)	0-119
PPP Moderado	10,49	Ningún día (93 casos)	0-90
PPP Grave	-	-	-
PPP Muy grave	-	-	-
Días totales	41,30	7, 30 y 45 (9 casos)	5-124

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Valoración de las aseguradoras (163 casos)

Secuelas		13 casos (7,98 %)
Cervicalgia	1 punto	4 casos
Cervicalgia	3 puntos	1 caso
Agravación artrosis	1 punto	2 casos
Algias	1 punto	2 casos
Traumatismo menor columna	1 punto	2 casos
Acúfenos	1 punto	1 caso
Sin especificar	2 puntos	1 caso

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Valoración del IMLCF

Valoración del IMLCF (163 casos)

Se hace valoración de lesiones	145	88,96 %
No cumple criterios	10	6,13 %
No tiene lesiones	1	0,61 %
No acude el lesionado	2	1,22 %
Desiste tras acuerdo con la aseguradora	1	0,61 %
No está aún hecho el informe	4	2,44 %

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

No cumple criterios: 10 casos

1	Cronológico
2	Exclusión, intensidad
3	Topográfico
4	Intensidad
5	Exclusión
6	Exclusión, cronológico, topográfico, intensidad
7	Intensidad
8	Exclusión, cronológico, intensidad
9	Exclusión, cronológico, topográfico, intensidad
10	Exclusión

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Criterios que no se cumplen

Exclusión	6
Cronológico	4
Topográfico	3
Intensidad	6

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Valoración IMLCF

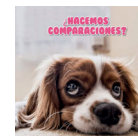
Incapacidad temporal	Media de días	Moda	Rango
PPB	24,70	7 días (11 casos)	0-127
PPP Moderado	13,13	Ningún día (47 casos)	0-105
PPP Grave	-	-	-
PPP Muy grave	-	-	-
Días totales	37,83	7 días (11 casos)	4-150

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Comparativa incapacidad temporal (media de días)

	Aseguradoras	IMLCF	Diferencia
PPB	30,77	24,70	- 6,07
PPP Moderado	10,56	13,13	+ 2,57
PPP Grave	-	-	
PPP Muy grave	-	-	
Días totales	41,33	37,83	-3,5

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA



Valoración IMLCF

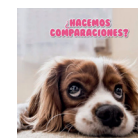
Secuelas		29 casos (20 %)
Algias postraumáticas	1 punto	17 casos
Algias postraumáticas	2 puntos	4 casos
Agravación artrosis	1 punto	5 casos
Agravación artrosis	2 puntos	2 casos
Hernia discal	3 puntos	1 caso

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Comparativa secuelas

	Aseguradoras	IMLCF	Diferencia
Casos con secuelas	13	29	+ 16 casos
Puntos	16	37	+ 21 puntos

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA



Casos extremos

	Valoración aseguradora	Valoración IMLCF
Días totales	28	
PPB		
PPP moderado	28	
Secuelas	No	



DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Casos extremos

	Valoración aseguradora	Valoración IMLCF
Días totales	30	
PPB		
PPP moderado	30	
Secuelas		



DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Casos extremos

	Valoración aseguradora	Valoración IMLCF
Días totales	60	
PPB	60	
PPP moderado		
Secuelas	2 puntos	



DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Casos extremos

	Valoración aseguradora	Valoración IMLCF
Días totales	97	
PPB	97	
PPP moderado		
Secuelas		



DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

Conclusiones

- En el 6,74 % de los casos que nos llegan no se hace valoración porque se establece que no existe relación de causalidad o que no se han producido lesiones.
- En la incapacidad temporal se valora de media:
 - 3,5 días totales menos
 - 6,07 días de PPB menos
 - 2,57 días de PPP moderado más
- En secuelas se han valorado 21 puntos más en 16 casos más.

DATOS DEL IMLCF - CÓRDOBA

**EVOLUCIÓN DE LA LEY
ORGÁNICA 2/2019, DE 1 DE MARZO, DE
MODIFICACIÓN DEL CÓDIGO PENAL,
EN MATERIA DE IMPRUDENCIA
EN LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS
A MOTOR O CICLOMOTOR Y SANCIÓN
DEL ABANDONO DEL LUGAR
DEL ACCIDENTE**

JOSÉ A. BADILLO ARIAS

Fundación
MAPFRE

Sumario

- I. El procedimiento de oferta y respuesta motivada
- II. 1.^a etapa: desde 2007 hasta la despenalización de 2015
- III. 2.^a etapa: desde 2015 hasta la LO 2/2019
 - 1. La despenalización de las faltas
 - 2. Modificación de artículo 7 LRCSCVM
 - 3. Resultado de estas modificaciones
- IV. 3.^a etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019
 - 1. Justificación de la reforma
 - 2. Graduación de las imprudencias
 - 3. Reforma del delito de homicidio por imprudencia grave
 - 4. Reforma del delito de lesiones por imprudencia grave
 - 5. Agravación de las penas de los delitos de homicidio y lesiones por imprudencia grave
 - 6. Reforma del delito de homicidio por imprudencia menos grave
 - 7. Reforma del delito de lesiones por imprudencia menos grave
 - 8. Nuevo delito de abandono del lugar del accidente

I. El procedimiento de oferta y respuesta motivada

- La **Cuarta y Quinta Directiva** del seguro de RC de la circulación introdujeron el procedimiento de oferta y respuesta motivada.
- Lo que se pretende es **proteger a las** víctimas de los accidentes de circulación, instaurando unos **mecanismos para que las entidades aseguradoras atiendan rápidamente a los lesionados**, mostrando en todo momento una conducta diligente respecto a la cuantificación del daño y la liquidación de la indemnización.
- El objetivo de este procedimiento es **fomentar e incrementar los acuerdos extrajudiciales** entre entidades aseguradoras y las víctimas de los accidentes de circulación.

II. 1.ª etapa: desde 2007 hasta la despenalización de 2015

- El **procedimiento de oferta y respuesta** motivada **quedó marginado** por el juicio de faltas.
- La **mayoría de los accidentes se sustanciaban en la jurisdicción penal**:
 - Faltas de imprudencia.
 - Delitos de imprudencia.
 - Delitos contra la seguridad vial.
- El **juicio de faltas** tenía **ventajas**: forense, atestados, gratuito, podía terminar con sentencia e **inconvenientes**: se utilizaba la jurisdicción penal para pretensiones civiles, pena de banquillo, no había una respuesta penal que satisficiera a las víctimas.

III. 2.ª etapa: desde 2015 hasta la LO 2/2019

1. Despenalización de las faltas

- El 1 de julio de 2015 entra en vigor la despenalización de las faltas:
 - Respetar el principio de intervención mínima del derecho penal (solo las imprudencias más graves).
 - Evitar la pena de banquillo.
 - Reducir la litigiosidad.
- Quedan penalizados:
 - Las **imprudencias graves** con resultado de muerte o lesiones 147.1, 149 y 150 (delitos menos graves. PA).
 - Las **imprudencias menos** graves con resultado de muerte o lesiones 149 y 150 (delitos leves. Procedimiento de delitos leves).
- La mayoría de los accidentes de circulación quedan despenalizados.

III. 2.ª etapa: desde 2015 hasta la LO 2/2019

2. Modificación art. 7 LRCSCVM

- En paralelo, *para paliar los efectos de la despenalización*, se modifica por la Ley 35/2015 los artículos 7, 13 y 14 LRCSCVM:
 - Reclamación previa como requisito de procedibilidad.
 - Posibilidad de obtener los atestados.
 - Facultad de acudir a los IMLCF.
 - Se regula la mediación en el artículo 14.
 - Se modifica el artículo 13, limitando los casos en los que se puede dictar auto de cuantía máxima.
- Parecía que todo estaba ensamblado: *los beneficios que tenía el JF se trasladan, en teoría, a la vía extrajudicial* del art. 7 LRCSCVM.

III. 2.ª etapa: desde 2015 hasta la LO 2/2019

3. Resultado de estas modificaciones

- Se plantearon problemas respecto a la exigencia o no de **reclamación previa**.
- Los **IMLCF**, por diferentes motivos, no funcionan adecuadamente.
Solo ven a los lesionados al final del proceso y solo tras ofertas motivadas.
- Los atestados son caros.
- Los jueces archivan casos de imprudencias graves y apenas se incoan procedimientos por delitos leves (memoria de las Fiscalía).
- Las **entidades aseguradoras**, sobre todo al principio, no cumplen con lo establecido en el artículo 7 LRCSCVM.
- No existe un **mecanismo fácil para finalizar el proceso**, como ocurría con el JF.
- Los **abogados** no acuden al procedimiento civil por los costes que conlleva.

III. 2.ª etapa: desde 2015 hasta la LO 2/2019

3. Resultado de estas modificaciones

- Esta situación origina una **desprotección de las víctimas**.
- Se interponen **quejas y reclamaciones** ante la DGSFP y el Ministerio de Justicia.
- A primeros de 2017, tras el archivo producido por el atropello de un ciclista y huida, **se tramita una Proposición de LO de Modificación del CP**, para penalizar la imprudencias graves y regular el delito de huida.
- Mientras tanto, la **Comisión de Seguimiento** del baremo establece recomendaciones para mejorar, sobre todo el procedimiento del art. 7 LRCSCVM.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

1. Justificación de la reforma

- La reforma se justifica en la exposición de motivos de la LO por “el **incremento de accidentes** en los que resultan afectados **peatones y ciclistas** por imprudencia en la conducción de vehículos a motor o ciclomotor”.
- Sin embargo, **la reforma tuvo como origen la presión y debate social protagonizado por concretas asociaciones de ciclistas**, que habían encabezado campañas dirigidas a conseguir el endurecimiento de las penas para los supuestos más graves de imprudencia relacionada con accidentes de tráfico, y por la necesidad de cubrir lagunas punitivas que impedían que se dieran a la fuga.
- **No había en el texto de la proposición la más mínima referencia a la necesidad de modificar el tratamiento penal de la imprudencia menos grave.**
- La importantísima introducción de la referencia explícita a las **lesiones del art. 147.1** –lo que supone dar un paso atrás en la despenalización de la faltas–, se incluyó a última hora.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

1. Justificación de la reforma

- “Como el legislador ha sido incapaz de reaccionar dentro del ámbito de la responsabilidad exclusivamente civil, la mejor solución que se le ha ocurrido ha sido la de **volver a saturar a los juzgados de** instrucción con la tediosa labor de tener que tramitar aquello que las aseguradoras no pudieron o quisieron asumir con la celeridad y eficacia que les era legalmente exigible”.
- **Rodríguez Lainz, J.L.**, “Los nuevos delitos leves de imprudencia menos grave en materia de tráfico: aspectos sustantivos y procesales”, *Diario La Ley*, n.º 9392, 8 de abril de 2019.
- “La nueva regulación de la imprudencia menos grave **no se ha hecho para penalizar las conductas**, sino para dar mayor protección a las víctimas”.
- **Magro Servet, V.** XXXV Congreso de Derecho de la Circulación. INESE, 8 y 9 de abril de 2019.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

1. Justificación de la reforma

- “La redacción actual del artículo 152.2 del Código Penal en cuanto a la configuración de la imprudencia menos grave no supone ninguna novedad con respecto a la que se encontraba vigente desde la reforma introducida por la L.O. 1 / .015, más allá del matiz sobre las lesiones que pueden resultar producidas”.
(auto del JI nº 4 SC Tenerife 16/4/2019).

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

1. Justificación de la reforma

- Se estaban **archivando** hechos que podrían ser “imprudencias graves”, las cuales estaban penalizadas, aunque fueran lesiones leves (147.1).
- **Apenas se incoaban procedimientos por delitos** leves (imprudencias menos graves).
- El **procedimiento extrajudicial del art. 7**, pese a observarse ciertas mejoras (guía de buenas prácticas), **no satisfacía a las víctimas**, que, en la mayoría de los casos, no tenían acceso a la vía penal (IMLCF, atestados, ofertas a la baja, etc.).
- **Presión por parte de asociaciones de ciclistas, víctimas, abogados.**

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

1. Justificación de la reforma

- Esta LO dará lugar a la derivación a la vía penal de la siniestralidad vial de los hechos que son calificados como imprudencia menos grave cuyo resultado determine lesiones del art. 147.1 CP.
- Tras la presentación de la denuncia penal por accidente con imprudencia menos grave y lesiones del art. 147.1 CP podrá el perjudicado ser reconocido otra vez por el forense.
- Esta ley orgánica también regula:
 - el delito de homicidio y lesiones por imprudencia grave (considera, en todo caso, imprudencia grave, las conductas del art. 379 CP),
 - agrava las penas del delito de homicidio y lesiones por imprudencia grave y regula el nuevo delito de abandono del lugar del accidente.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

2. Graduación de las imprudencias

- Debe indagarse la intensidad en la infracción del deber de cuidado según circunstancias de todo orden (conductor, vehículo, vía, tráfico, climatológicas, etc.)
 - **Grave:** implica la omisión de las precauciones más elementales. Se infringen las normas de cuidado que respetaría el menos diligente de los ciudadanos. Sería la conducta “irracional”.
 - **Menos grave:** excede el simple descuido pero no alcanza la omisión de precauciones básicas, se infringen las normas de cuidado que respetaría un ciudadano medio.
 - **Leve:** simple despiste o descuido momentáneo o infracción de un deber de escasa relevancia. Se infringen las normas de cuidado que solo observaría el ciudadano más cuidadoso.

(ver STS 805/2017, de 11 de diciembre, FJ Decimotercero. Delimita los conceptos de imprudencia grave y menos grave. Madrid Arena).

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

2. Graduación de las imprudencias

- La **imprudencia menos grave** puede ser definida como la constitución de un riesgo de inferior naturaleza, a la grave, asimilable en este caso, la menos grave, como la **infracción del deber medio de previsión ante la actividad que despliega el agente** en el actuar correspondiente a la conducta que es objeto de atención y que es la causalmente determinante, única o plural, con el resultado producido, de tal manera que puede afirmarse que la creación del riesgo le es imputable al agente, bien por su conducta profesional o por su actuación u omisión en una actividad permitida social y jurídicamente que pueda causar un resultado dañoso.
- Así, mientras la **imprudencia grave** es la **dejación más intolerable** de las conductas fácticas que debe controlar el autor, originando un riesgo físico que produce el resultado dañoso, en la **imprudencia menos grave**, el acento se debe poner en tal consecuencia pero operada por el despliegue de la omisión de la diligencia que debe exigirse a una persona en la infracción del deber de cuidado en su actuar (u omitir).

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

3. Reforma del delito de homicidio por **imprudencia grave** en la circulación.

Artículo 142.1 CP

- El que por imprudencia grave causare la muerte de otro será castigado como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años.
- Si el homicidio imprudente se hubiera cometido utilizando un vehículo a motor o un ciclomotor, se impondrá asimismo la pena de privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores de uno a seis años. **A los efectos de este apartado, se reputará en todo caso como imprudencia grave la conducción en la que la concurrencia de alguna de las circunstancias previstas en el artículo 379 determinara la producción del hecho.**

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

4. Reforma del delito de lesiones por **imprudencia grave** en la circulación.

Artículo 152.1 CP

El que por imprudencia grave causare alguna de las lesiones previstas en los artículos anteriores será castigado, en atención al riesgo creado y el resultado producido:

- 1.º Con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a dieciocho meses, si se tratare de las lesiones del apartado 1 del artículo 147.
- 2.º Con la pena de prisión de uno a tres años, si se tratare de las lesiones del artículo 149.
- 3.º Con la pena de prisión de seis meses a dos años, si se tratare de las lesiones del artículo 150.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

4. Reforma del delito de lesiones por **imprudencia grave** en la circulación.

Artículo 152.1 CP

- Si los hechos se hubieran cometido utilizando un vehículo a motor o un ciclomotor, se impondrá asimismo la pena de privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores de uno a cuatro años. **A los efectos de este apartado, se reputará en todo caso como imprudencia grave la conducción en la que la concurrencia de alguna de las circunstancias previstas en el artículo 379 determinara la producción del hecho.**

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

5. Agravación de las penas de homicidio y lesiones por **imprudencia grave**.

Nuevos artículos 142 bis y 152 bis

- **En los casos previstos en el número 1 del artículo anterior (142 o 152), el juez o tribunal podrá imponer motivadamente la pena superior en un grado, en la extensión que estime conveniente, si el hecho revistiere notoria gravedad, en atención a la singular entidad y relevancia del riesgo creado y del deber normativo de cuidado infringido, y hubiera provocado la muerte de 2 o más personas o la muerte de una y lesiones del 152.1. 2.º y o 3.º en las demás, y en dos grados si el número de fallecidos fuera muy elevado.**

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

Valoración crítica de la reforma de la **imprudencia grave**

- **Desvalor de la acción:** introduce criterios de valoración de la imprudencia como grave en casos de conducción en las circunstancias previstas en el art. 379 CP, elevando a criterio legal lo que ya decía de forma unánime la jurisprudencia y doctrina FGE. (También darían lugar a imprudencia grave las conductas de los arts. 380 y 385 CP).
- **No se puede ligar automáticamente la gravedad de la imprudencia a la comisión de alguno de los delitos del art. 379.** La presunción iuris *et de iure* “se reputará en todo caso imprudencia grave...” resultaría contraria a la Constitución y a todo sistema de culpabilidad.
- Esto obliga a corregir mediante la **aplicación de los principios penales (imputación objetiva del resultado)** pues no faltan supuestos en la práctica judicial en que, aun concurriendo alguna de estas circunstancias, los resultados no son imputables por ruptura del nexo causal o bien, por degradación de la gravedad de la imprudencia ante la presencia de otras circunstancias concurrentes como la culpa de la propia víctima o de terceros.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

Valoración crítica de la reforma de la **imprudencia grave**.

- Junto al desvalor de la acción se atiende al **desvalor del resultado** en la constitución de lo injusto: agravación punitiva 142 bis y 152 bis.
- **Se amplía el marco de individualización de la pena:** demanda social de incremento de la penalidad. El máximo de sanción estaba por debajo del derecho comparado y la gravedad del injusto en casos de imprudencia muy grave y número elevado de víctimas.
- **Puede afectar no solo al tráfico viario**, sino también a los riesgos derivados de los medios de transporte aéreos, marítimos y ferroviarios.
- El **margen de discrecionalidad en la determinación de la pena** es demasiado amplio y puede afectar al principio de seguridad jurídica e igualdad ante la ley, para ello se ha diferenciado la subida en uno (de 4 a 6 años: 2 o más fallecidos o 1 fallecido y 1 o más heridos graves) o dos grados (de 6 a 9) en función del número de víctimas y se ha sustituido la expresión “pluralidad de personas”.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

6. Reforma de la **imprudencia menos grave** (homicidio)

Artículo 142.2 CP

- El que por imprudencia menos grave causare la muerte de otro será castigado con la pena de multa de tres meses a dieciocho meses.
- Si el homicidio se hubiera cometido utilizando un vehículo a motor o un ciclomotor, se podrá imponer también la pena de privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores de tres a dieciocho meses.
Se reputará imprudencia menos grave, cuando no sea calificada de grave, siempre que el hecho sea consecuencia de una infracción grave de las normas sobre circulación de vehículos a motor y seguridad vial, apreciada la entidad de esta por el juez o el tribunal.
- El delito previsto en este apartado solo será perseguible mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

7. Reforma de la **imprudencia menos grave** (lesiones)

Artículo 152.2 CP

- El que por imprudencia menos grave causare alguna de las lesiones a que se refieren los artículos **147.1**, 149 y 150 será castigado con una pena de multa de tres meses a doce meses.
- Si los hechos se hubieran cometido utilizando un vehículo a motor o un ciclomotor, se podrá imponer también la pena de privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores de tres meses a un año.
Se reputará imprudencia menos grave, cuando no sea calificada de grave, siempre que el hecho sea consecuencia de una infracción grave de las normas sobre circulación de vehículos a motor y seguridad vial, apreciada la entidad de esta por el juez o el tribunal.
- El delito previsto en este apartado solo será perseguible mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

Valoración crítica de la reforma de la **imprudencia menos grave**

- En una enmienda, el grupo Unidas Podemos proponían la supresión del inciso de la imprudencia menos grave al considerar que supone una objetivación excesiva del juicio de imprudencia, un **injustificado regreso a la ya superada imprudencia simple antirreglamentaria** y una inasumible equiparación de conductas de muy diversa gravedad visto el catálogo de infracciones contenido en los arts. 76 y 77 LSV [conducta tan heterogéneas como: conducción sin cinturón de seguridad, estacionamiento en carril bus, adelantamiento indebido, obras en la vía pública sin comunicación previa o conducción con tasa de alcohol superior a la reglamentariamente establecida.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

Valoración crítica de la reforma de la **imprudencia menos grave**

- La remisión del art. 152.1.1.º al art. 147.1 CP puede suponer recuperar la incriminación de todas las lesiones que conlleven tratamiento médico o quirúrgico.
- **Consecuencias que pudiera haber:**
 - Incoación de atestado e informe técnico sobre determinación de causas.
 - En todo caso, valoración de los hechos a la luz de las infracciones de la legislación vial detectadas.
 - Informe forense sobre la entidad de las lesiones.
 - Determinación de las indemnizaciones en el proceso penal: sin asumir los costes de la vía civil.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

Valoración crítica de la reforma de la **imprudencia menos grave**

- Se reputará imprudencia menos grave...
 - a. Cuando no sea calificada de grave.
 - b. Siempre que el hecho sea consecuencia de una infracción grave de las normas sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial.
 - c. Apreciada la entidad de esta por el juez o tribunal.
- a) Cuando no sea calificada como grave...
 - No cabe identificar la imprudencia menos grave con las infracciones graves del art. 76 LSV, ya que buena parte de tales infracciones pueden justificar la apreciación de imprudencia grave. Ej. no respetar la luz roja de un semáforo o no respetar la señal de stop.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

Valoración crítica de la reforma de la **imprudencia menos grave**

- b) Siempre que el hecho sea consecuencia de una infracción grave de las normas sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial...
 - A fin de dotar de **mayor seguridad jurídica** a la práctica se fija como parámetro de la imprudencia menos grave que la acción peligrosa generadora del riesgo no permitido sea constitutiva de una infracción grave de las normas sobre tráfico...
 - Siempre que el resultado dañoso sea consecuencia de dicha infracción: **no basta una causalidad física o natural**, sino jurídica: el resultado ha de ser la realización de la acción peligrosa (teoría de la imputación objetiva).

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

Valoración crítica de la reforma de la **imprudencia menos grave**

c) Apreciada la entidad de la infracción por el juez o tribunal...

- Es preciso depurar si la infracción va referida a los deberes elementales al alcance del conductor menos diligente (imprudencia grave) o cautelas que adoptaría el conductor medio (menos grave) o incluso aquellos que no tendrían relevancia causal en producción del resultado dañoso.
- La imprudencia menos grave exige una vulneración de una cierta entidad de los deberes normativos de cuidado y la nueva redacción legal ayuda en la selectivización de los comportamientos punibles: siempre que se constate una infracción grave se ofrecerá un expreso indicio de que nos hallamos ante un supuesto de imprudencia menos grave.
- No obstante, sería improcedente establecer una correlación automática entre la gravedad de la infracción administrativa y la gravedad de la imprudencia a efectos penales.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

Valoración crítica de la reforma de la **imprudencia menos grave**

- c) Apreciada la entidad de la infracción por el juez o tribunal...
- Las previsiones reglamentarias no se corresponden “per se” con las **normas de cuidado**. Los delitos imprudentes son tipos “relativamente abiertos” no vinculados estrictamente a las infracciones extrapenales, sino fundados en una norma prohibitiva de resultado que es la norma de cuidado. La valoración de la gravedad de la imprudencia no puede quedar vinculada a criterios reglamentarios ni a exigencias más o menos formales (entre otras muchas, STS 1185/1999).
 - Requiere examinar la **relevancia del riesgo creado en el concreto ámbito de que se trate**, examinando todas las circunstancias concurrentes (ámbito urbano o interurbano, conductor profesional, conocimiento de la zona, etc.).

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

Valoración crítica de la reforma de la **imprudencia menos grave**

- Existen infracciones graves o muy graves de los arts. 76 y 77 de la LTSV no subsumibles en el tipo:
 - Negativa a someterse a pruebas de detección de alcohol o drogas por los implicados en accidentes.
 - Conducir vehículos con inhibidores de radares.
 - Titular de vehículo que no identifica al conductor infractor.
 - No verificar que las placas de matrícula son legibles o estacionar en plazas reservadas a discapacitados.
 - Circular con un vehículo cuyo permiso de circulación está suspendido.
 - Arrojar a la vía o en sus inmediaciones objetos que puedan producir incendios o accidentes, o que obstaculicen la libre circulación...

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

Valoración crítica de la reforma de la **imprudencia menos grave**

Imprudencias graves de tráfico:

- Conductas constitutivas de los delitos de riesgo arts. 379, 380 y 385: velocidad punible, alcohol, drogas, temeridad manifiesta, creación grave riesgo circulación (si nexa causal). La conducción sin permiso no siempre es equivalente a absoluta impericia.
- Indiciariamente las **violaciones graves de la normativa vial** indicativas de los riesgos más graves:
 - Adelantamientos en zonas prohibidas o sin visibilidad. Desatender totalmente semáforos o stop: puntos máximo peligro.
 - Circular de noche o con niebla sin iluminación. Piques o circular a distancia excesivamente corta del vehículo precedente.
 - Marcha atrás en autopistas o autovías. Somnolencia, fatiga extrema: infracción del deber de abstención de conducir en tal estado. Distracción: móvil, auriculares.
 - No velar por la integridad de menores a cargo (sistemas de retención). Atropellos en pasos de peatones.
 - Giros a la izquierda: interrumpe súbitamente la trayectoria de un vehículo. Velocidad inadecuada según circunstancias: alcances, salidas de vía, vuelcos, no acomodarla a la luz de cruce.
 - No respetar prioridad de paso: ceda paso, incorporaciones. Cambios de carril.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

Valoración crítica de la reforma de la **imprudencia menos grave**

Imprudencias menos graves de tráfico:

- Conductas imprudentes de la víctima o terceros que minoran la vinculación causal del resultado desde el punto de vista de la imputación objetiva:
 - Alcanzar a vehículo que se detiene súbitamente por irrupción intempestiva de peatón en la calzada.
 - Seguir conduciendo pese a ser deslumbrado por la luz larga de otro conductor.
 - Circular a velocidad inadecuada con luz de cruce atropellando a peatón que cruza antirreglamentariamente.
 - Velocidad en casco urbano entre 101 y 109 km/h (auto del JI n.º 4 SC Tenerife 16/4/2019).
- Errores de cálculo:
 - Atropello a operario en calzada por pasar demasiado cerca.
 - Sobrepassar ligeramente la línea de detención ante señal de stop.
 - Camionero que alcanza a peatón que hace autostop de noche no desviándose suficientemente habiéndose apercebido de su presencia.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

Valoración crítica de la reforma de la **imprudencia menos grave**

Imprudencias menos graves/leves de tráfico:

- Colisiones por alcance.
- Se despista al salir de una rotonda cerrando al motorista que circula a su lado.
- Mientras comprueba que no viene nadie por la vía que quiere incorporarse no advierte que el coche que circula delante ha frenado.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

8. Nuevo delito de **abandono del lugar del accidente**

Artículo 382 bis CP

1. El conductor de un vehículo a motor o de un ciclomotor que, fuera de los casos contemplados en el artículo 195, voluntariamente y sin que concurra riesgo propio o de terceros, abandone el lugar de los hechos tras causar un accidente en el que fallecieran una o varias personas, o en el que se le causare lesión constitutiva de un delito del artículo 152.2, será castigado como autor de un delito de abandono del lugar del accidente.
2. Los hechos contemplados en este artículo que tuvieran su origen en una **acción imprudente** del conductor serán castigados con la pena de prisión de seis meses a cuatro años y privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores de uno a cuatro años.
3. Si el origen de los hechos que dan lugar al abandono fuera **fortuito**, le corresponderá una pena de tres a seis meses de prisión y privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores de seis meses a dos años.

IV. 3.ª etapa: Reforma de las imprudencias LO 2/2019

Valoración crítica del delito de **abandono del lugar del accidente**

Enmienda del GP Unidas Podemos:

- “No se considera respetuoso con la esencia del Derecho Penal ni con su necesaria intervención mínima la creación de un delito de antijuridicidad material indefinida o, lo que es lo mismo, de un delito que protege un **bien jurídico de difícil definición**”.
- No se contempla la **comisión dolosa** del hecho (solo la imprudente y el caso fortuito).
- Fallecimiento y lesiones del art. 152.2. También las del 147.1.
- ¿Hasta cuándo se tiene que quedar el conductor causante? Hasta la llegada de las fuerzas de seguridad...

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL PREJUICIO ESTÉTICO FACIAL

DRA. VICTORIA BARES JALÓN

Fundación
MAPFRE

Valoración daño estético

“Mide lo que se puede medir y lo que no se puede medir, hazlo medible”.

Galileo Galilei

Valoración daño estético

- **Introducción y conceptos**
- Valoración del daño estético
- Descripción del daño: alteraciones estáticas
alteraciones dinámicas
- Cuantificación del daño
- Baremo

Introducción

Estética:

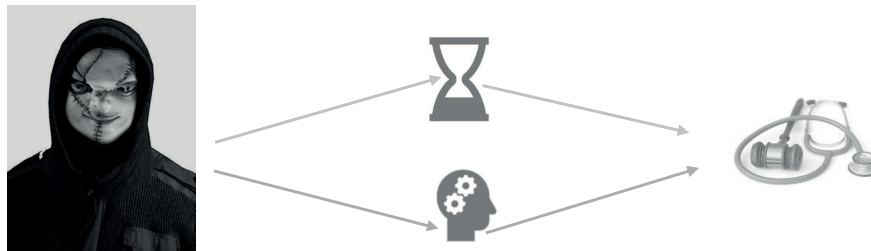
“Rama de la filosofía que estudia la esencia y la percepción de la belleza”.

Introducción

Daño estético

Alteración, **menoscabo** que empeora la imagen de la persona, que **se puede objetivar**, medir y valorar, pero con un **gran componente de “subjetividad”** tanto por parte del **lesionado**, que así lo siente, como del **perito**, que lo valora.

Es un concepto amplio, supone **menoscabo del “patrimonio estético”** de la persona, y así lo debe sentir el lesionado; este sentimiento de afectación es la base del daño.



Valoración daño estético

- Introducción y conceptos
- **Valoración del daño estético**
- **Descripción** del daño: alteraciones estáticas, alteraciones dinámicas
- Cuantificación del daño
- Baremo

Valoración del daño. Descripción

Descripción del daño:

- Alteraciones **estáticas**:
 - Cicatrices, quemaduras, pigmentaciones.
 - Modificaciones morfológicas (atrofias, asimetrías).
 - Pérdidas de sustancia de órgano o estructura, amputaciones.
- Alteraciones **dinámicas**:
 - Parálisis y paresias.
 - Alteraciones de la marcha.
 - Alteraciones de la voz y el habla.

Descripción del daño. Cicatrices

Cicatrices

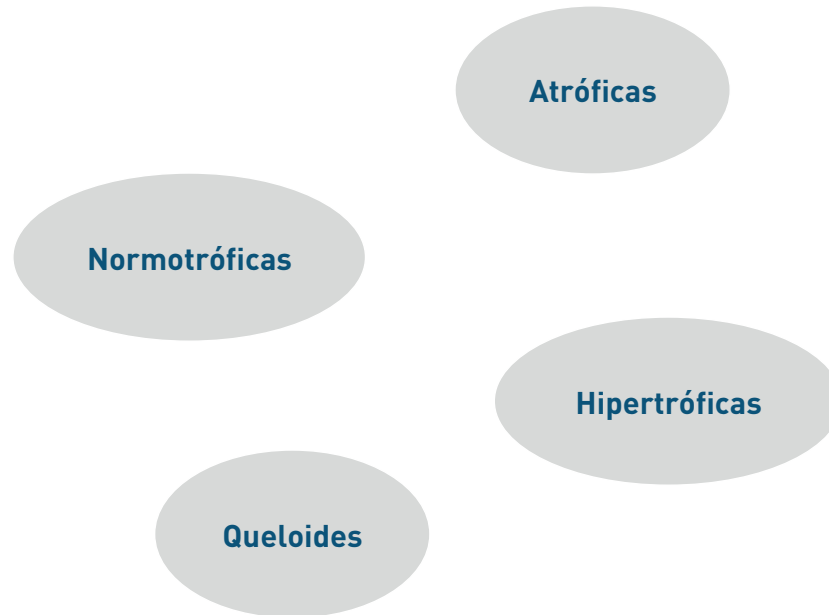
Lesión traumática → solución de continuidad → fracaso de regeneración normal → si afecta 1/3 del grosor piel → [6 meses - 1 año] → → CICATRIZ

Alteración morfogenética, por fracaso en la regeneración de la estructura normal de la dermis, más que cambios en la composición bioquímica.

Variables que influyen:

- Tamaño (grandes/pequeñas)
- Localización (tronco/mucosas)
- Sexo (mujeres fértiles/varones)
- Edad (jóvenes/mayores)
- Raza (negroides-mongoloides/caucásicos)
- Ambiental (contaminación, exposición al sol)
- Genética (predisposición individual, agregación familiar)

Descripción del daño. Cicatrices. Clasificación general



Descripción del daño. Cicatrices hipertróficas y queloides

Son formas patológicas de cicatrización en individuos genéticamente predispuestos tras sufrir una lesión o secundarios a procesos dermatológicos.



5-15% total

15 veces más
frecuente en raza
negra



Mujer joven
12-30 años

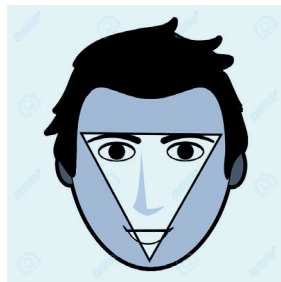
¿Pérdida de calidad de
vida asociada?

Componente
genético

Descripción del daño. Cicatrices

ASPECTOS a tener en cuenta en la descripción de las **cicatrices**:

1. **Número, coloración, morfología, tamaño.**
2. **Visibilidad** permanente o no.
3. **Localización:** triángulo facial, resto cara, cuello...
4. **Distancia a la que son visibles:** íntima (hasta 50 cm) y social (hasta 3 m).
5. Relación con pliegues naturales/arrugas.
6. Alteración de la mímica.
7. Tiempo de maduración.



Descripción del daño. Cicatrices faciales



Valoración daño estético

- Introducción y conceptos
- **Valoración del daño estético**
- Descripción del daño: alteraciones estáticas, alteraciones dinámicas
- **Cuantificación del daño**
- Baremo

Cuantificación del daño

Es el **existente a la finalización** del proceso de curación.

Factores a tener en cuenta en su valoración:

1. Grado de visibilidad.
2. Atracción a la mirada de los demás.
3. Reacción emotiva que provoque.
4. Posibilidad de que ocasione alteración en la relación interpersonal.

La **imposibilidad de corrección** del perjuicio estético constituye una circunstancia que incrementa su intensidad.

NO se tienen en cuenta ni EDAD ni SEXO para medir la intensidad.

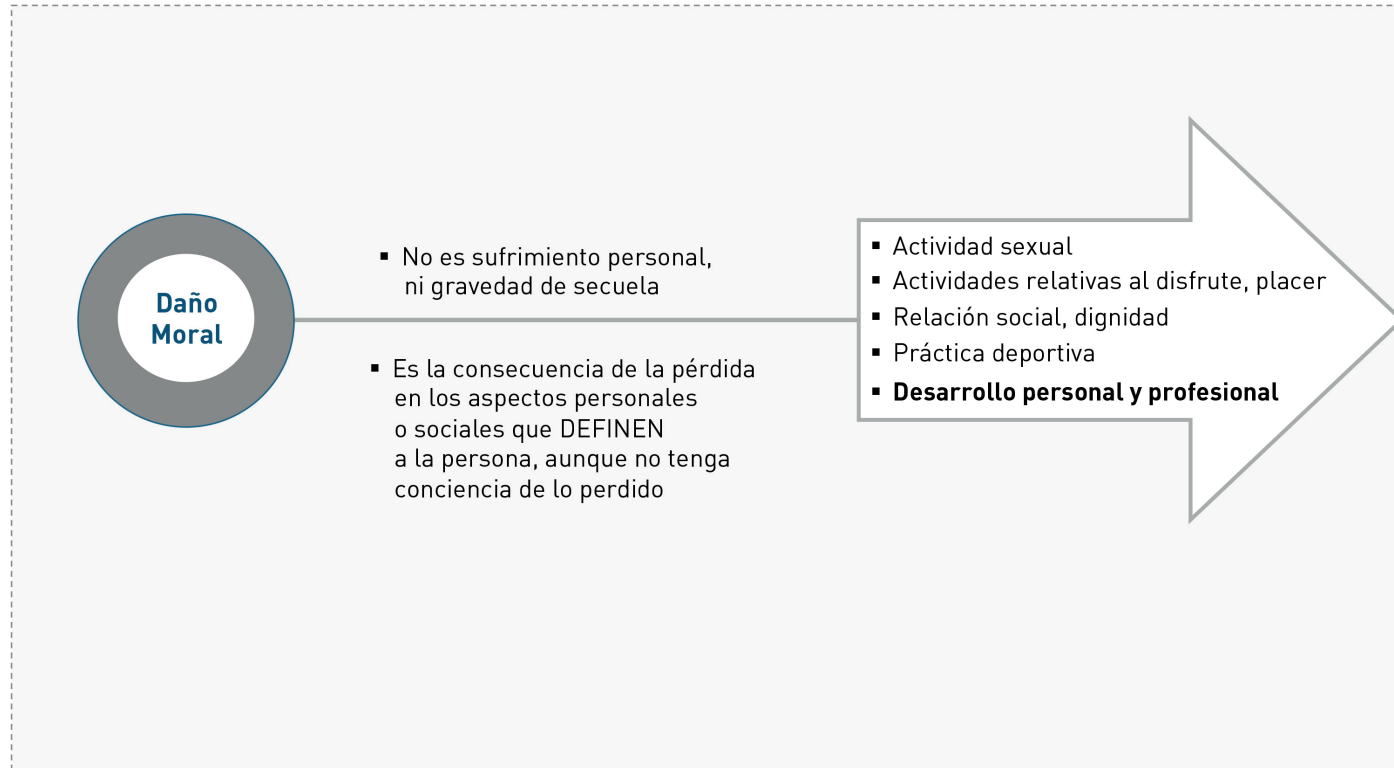
Cuantificación del daño

Otros factores a tener en cuenta en la **valoración** del perjuicio estético:

1. La **medición** del perjuicio estético se realiza mediante un porcentaje de menoscabo expresado en puntos, con un **máximo de 50**, que corresponde a un porcentaje del cien por cien.
2. El resarcimiento del daño estético es compatible con el del **coste de las intervenciones** de cirugía plástica necesarias para su corrección.

Si >36 PUNTOS: **DAÑO MORAL COMPLEMENTARIO**
(extensión, intensidad, edad; NO actividades)

Cuantificación del daño. Pérdida de calidad de vida



Valoración daño estético

- Introducción y conceptos
- Valoración del daño estético
- Descripción del daño: alteraciones estáticas, alteraciones dinámicas
- Cuantificación del daño
- **Baremo**

Baremo. Grados del perjuicio estético

GRADOS DE PERJUICIO ESTÉTICO					
	O.M 1991	ley 30/95	RD 8/2004	Tabla 2.A.1	
	Hombre	Mujer			
Ligero	1-3	1-4	1-4	1-6	1-6
Moderado	4-6	5-7	5-7	7-12	7-13
Medio	7-9	8-10	8-10	13-18	14-21
Importante	10-13	11-14	11-14	19-24	22-30
Muy importante*	14-16	15-20	15-20	25-30	31-40
Considerable**	>16	>20	>20	31-50	41-50

*El perjuicio estético “muy importante” en el RD 8/2004 pasa a llamarse “bastante importante” y en la tabla 2.A.1. del nuevo baremo médico, de nuevo “muy importante”.

**El grado considerable en el RD 8/2004 pasa a nominarse “importantísimo” y se mantiene igual en la tabla 2.A.1. del nuevo baremo médico.

Baremo. Grados del perjuicio estético



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 228

Miércoles 23 de septiembre de 2015

Sec. I. Pág. 84496

2. Los grados de perjuicio estético, ordenados de mayor a menor, son los siguientes:

a) Importantísimo, que corresponde a un perjuicio estético de enorme gravedad, como el que producen las grandes quemaduras, las grandes pérdidas de sustancia y las grandes alteraciones de la morfología facial o corporal.

b) Muy importante, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que produce la amputación de dos extremidades o la tetraplejía.

c) Importante, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que produce la amputación de alguna extremidad o la paraplejía.

d) Medio, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que produce la amputación de más de un dedo de las manos o de los pies, la cojera relevante o las cicatrices especialmente visibles en la zona facial o extensas en otras zonas del cuerpo.

e) Moderado, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que producen las cicatrices visibles en la zona facial, las cicatrices en otras zonas del cuerpo, la amputación de un dedo de las manos o de los pies o la cojera leve.

f) Ligero, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que producen las pequeñas cicatrices situadas fuera de la zona facial.

3. Los perjuicios estéticos no mencionados en los distintos grados señalados en el apartado anterior se incluyen en el grado que corresponda en atención a su entidad, según criterios de proporcionalidad y analogía.

¿Qué ocurre en el día a día?

IMPRECISIÓN Y DIFICULTAD valoración
vs
SIMPLICIDAD baremo (grados y puntos)

Situaciones como esta...

Expansión Jurídico	PAÍS: España	FRECUENCIA: Semanal
	PÁGINAS: 10	O.J.D.: 22811
	TARIFA: 17400 €	E.G.M.: 134000
	ÁREA: 1073 CM² - 100%	SECCIÓN: JURIDICO

9 Julio, 2019

RECLAMACIONES | TRÁMITES Y DISPARIDAD DE CRITERIOS

Cómo se calcula la indemnización tras sufrir un accidente de tráfico



8.000 euros a un niño de tres años por un rasguño en la frente

Desde LegalCar explican que han tenido casos con fracturas de brazo –radio y cúbito–, que han supuesto una indemnización de 8.000 euros y de más de 25.000 euros por la rotura de la meseta tibial. Sin embargo, la ley contempla que los discapacitados y los niños cobren siempre. Es el caso de un niño de tres años que, jugando en la calle, salió corriendo detrás de la pelota y le atropelló levemente un coche. El niño tuvo una herida en la frente por la que recibió una indemnización de 8.000 euros. Mucho en comparación a los 30.000 euros que obtuvo la joven ocupante de un vehículo accidentado y que tuvo una disección en el Intestino grueso. Se le intervino de urgencia por el peligro que corría su vida. Además, lo anterior degeneró en peritonitis y supuso un perjuicio psicológico y estético importante. Aun así, no recibió más de 30.000 euros.

Bibliografía

1. Alcorta Álvarez, J. "Propuesta de valoración objetiva de la pérdida de calidad de vida en secuelas y lesiones temporales". *XII Jornadas de Valoración del Daño Corporal. Aspectos Médicos Prácticos*. Fundación MAPFRE. Madrid, 23 y 24 de noviembre de 2017.
2. Aparicio Redondo, M.C. "A vueltas con la pérdida de calidad de vida. Primeras resoluciones judiciales al respecto. *Revista de Responsabilidad Civil y Seguro* 2018; 65: 9-20.
3. Aso escario, J. y Cobo Plana, J.A. "Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidente de circulación: análisis médico-forense del anexo a la Ley 30/95, 2.ª ed. Editorial Masson, 2001: 315-331.
4. Bares Jalón, V.; Arnáiz Seco, M.D.; García Espinosa, C.: "El perjuicio estético en el nuevo baremo". *Revista Española de Medicina Legal*, vol. 41, n.º 4, octubre-diciembre de 2015.
5. Clínica Sanza. Artículo de Cirugía Estética. Corrección o eliminación de cicatrices [26/07/2016].
6. Herranz, P.; Santos Heredero, X. "Cicatrices. Guía de valoración y tratamiento". Publicidad Just in time S.L. Meda Pharma. Diciembre de 2012.
7. Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 228, de 23 de septiembre de 2015: 84473-84979.
8. Pujol Robinat, A.; Barbería Marcalain, E.; Medallo Muñiz, J.; Vidal Gutiérrez ,C. "Valoración del daño estético: criterios evaluadores". *Controversias en valoración del daño corporal*. Instituto de Medicina Legal de Cataluña, 2014: 103-115.

LESIONES METAFISARIAS EN MMII Y CRITERIOS DE ESTABILIZACIÓN

DR. JAVIER MUR MARÍN

Fundación
MAPFRE

En los traumatismos es difícil separar las epífisis de las metáfisis, por lo que estudiaremos de forma conjunta su comportamiento mecánico y traumático y su estabilización: fracturas metafiso-epifisarias.

La zona metafiso-epifisaria se describe:



Las fracturas del cartílago de crecimiento (fisis) es una lesión exclusiva de los niños, con una gran frecuencia y potencial gravedad de sus secuelas.

La fisis está constituida por tres capas principales: la germinal, la proliferativa y la hipertrofica.

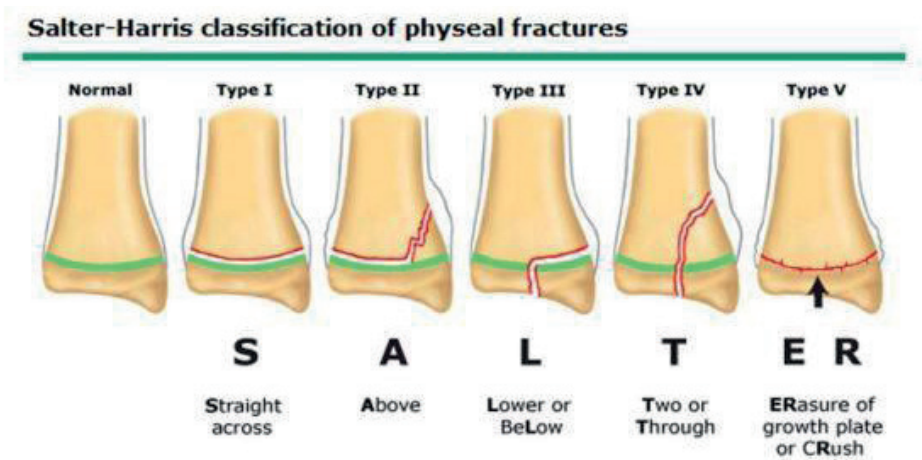
El plano de separación metafiso-epifisario se produce en la unión entre el cartílago sin calcificar y el calcificado.


En la epifisiolisis la capa germinal fisaria permanece siempre unida al hueso epifisario.

Esta es la zona más frecuentemente lesionada en el niño y de esta lo es la fisis y la metáfisis, más que la epífisis. La epífisis raramente se lesiona ya que en el momento del traumatismo toda la tensión es absorbida por la zona más frágil que la fisis y sobre ella recaen prácticamente todas las lesiones.

El desprendimiento epifisario (epifisiolisis) sigue varios patrones y Salter y Harris presentaron una clasificación que se continúa utilizando actualmente. Rang añade un tipo VI en que la parte lateral de la fisis está cizallada o arrancada por un golpe directo (5,3 %).

Clasificación de Salter y Harris de la epifisiolisis





FRACTURAS

- **FRACTURAS EN EL NIÑO:**
 - **CLASIFICACIÓN DE SALTER HARRIS:**
 - I: Epífisis separada de la diáfisis.
 - II: Epífisis separada y contiene un fragmento metafisiario triangular.
 - III: Epífisis separada y diástasis de un fragmento.
 - IV: Epífisis fracturada cuyo trazo se prolonga hasta la metáfisis.
 - V: Lesión por compresión de parte o de toda la epífisis.

Las dos primeras representan el 75 % de las epifisiolisis y son las más benignas ya que la placa germinal no está afectada.

Las cuatro últimas lesionan la placa fisaria y pueden frenar su crecimiento provocando una epifisiodesis.

Para el tratamiento es importante reestablecer la integridad fisaria sobre todo en las fracturas III y IV ya que, de no hacerlo, lo más probable será la aparición de un puente óseo misario (epifisiodesis). Hay que reducir el desplazamiento intraarticular para evitar los cambios degenerativos en el futuro. Independiente del hueso afectado, el tratamiento será siempre el mismo. Se debe identificar la lesión mediante buena radiología y proceder a su perfecta reducción.

Las tipo I y II no dejan secuela ya que no alteran el crecimiento.

- Tipo I: El cartílago de crecimiento y la epífisis se separan en bloque de la metáfisis (15,6 %).
- Tipo II: La epífisis arrastra un fragmento triangular de la metáfisis (59,2 %).
- Tipo III: La fractura transcurre a través de la epífisis y fisis y se separa de la metáfisis sin lesionarla (11 %).
- Tipo IV: Es una fractura a través de epífisis, fisis y metáfisis (8,6 %).
- Tipo V: Es una lesión por compresión de la fisis sin fractura (0,3 %).

Las tipo III y IV requieren frecuentemente la cirugía para efectuar la estabilización con agujas o mejor con tornillos.

La lesión tipo V tiene el inconveniente de que no se detecta en una primera radiografía. Cuando existe la sospecha se debe efectuar un seguimiento, y ante la presencia de una desviación, efectuar una desepifisiodesis.

La incidencia de las fracturas fisarias con respecto al total de las fracturas de los niños se encuentra alrededor del 15 %; el 30 % y se producen alrededor de la pubertad, algo antes en las niñas que en los niños. Son más frecuentes en niños.

El miembro superior se afecta con mucha más frecuencia que el inferior. Las del tipo II son más frecuente seguidas de los tipos I, III y IV. La de tipo V es muy rara.

Las secuelas más graves son: la incongruencia articular y, en consecuencia, artrosis, la falta de unión de los fragmentos y los trastornos del crecimiento. De ellas, la más grave y con repercusión inmediata son los trastornos del crecimiento.

Las dos fracturas metafisarias más habituales en los niños son la distal de radio, la fractura supracondílea (la más delicada) y la distal de húmero.

RESULTADOS A LARGO PLAZO

Las fracturas del cartílago de crecimiento deben controlarse cuidadosamente para asegurar resultados adecuados a largo plazo.

En algunos casos, un puente de tejido óseo se formará cruzando la línea de la fractura, lo que impide que el hueso se alargue o provoque que el hueso se curve. Se han desarrollado técnicas para quitar el puente óseo e insertar tejido graso o cartílago, u otros materiales, para impedir que el puente se vuelva a formar.

En otros casos, la fractura realmente estimula el crecimiento y así el hueso lesionado es más largo que el hueso no lesionado. Hay técnicas quirúrgicas que pueden ayudar a lograr un largo más parejo.

Las visitas de seguimiento regulares al médico deben continuar por lo menos durante un año después de las fracturas complicadas.

Las fracturas complicadas (tipos III, IV y V) y también las fracturas de fémur y tibia pueden necesitar revisiones hasta que el niño alcance la madurez esquelética.

Dismetría relativa

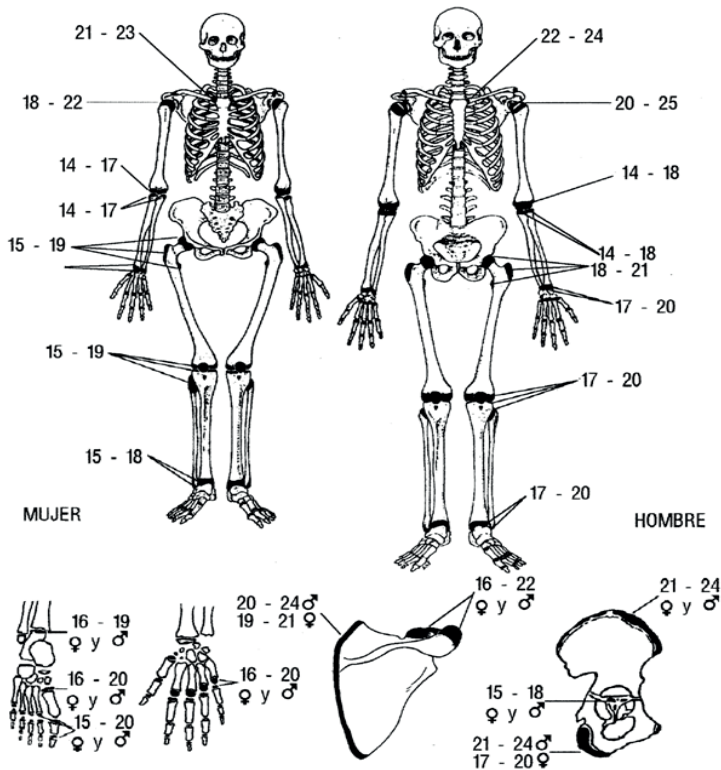
La altura y longitud relativas del fémur y tibia en relación con la edad esquelética son factores importantes para determinar la predicción del crecimiento. La altura de padres y hermanos mayores también ayuda a calcular el tamaño futuro.

Madurez relativa

Determina por la edad esquelética el aspecto radiológico de los huesos de manos y muñecas de niños/as desde el nacimiento hasta los 18 años. A todos los efectos, la edad

esquelética es un parámetro cierto de la madurez, que debe considerarse en las predicciones del crecimiento del niño. Otro dato clave de la madurez esquelética es el desarrollo de caracteres sexuales secundarios (aparición de vello púbico, cambios de la voz, etc.).

EDADES DE FUSION DE LAS PARTES DE LOS HUESOS



Clasificación de las dismetrías

La observación es fundamental para identificar una posible dismetría, pero no es suficiente para poder valorar si se trata de un acortamiento verdadero o aparente.

Acortamiento verdadero

Es aquel que existe realmente una menor longitud ósea. Varias causas pueden producirlo:

- Epifisiólisis: la lesión traumática de la placa fisaria puede alterar la capa de células en columna y paralizar el crecimiento del miembro.

De las cinco variantes de Salter y Harris, la más grave, en el sentido en que se están planeando, es el grado V (lesión por aplastamiento).

- Fracturas metafisarias: las fracturas que afectan a las metáfisis fértiles (distal del fémur y proximal de la tibia) pueden activar o inhibir la fisis por los trastornos circulatorios que trae consigo esta situación.
- Fracturas diafisarias: es conocido el hipercrecimiento femoral que suele producir en las fracturas diafisarias de este hueso.

Probablemente este hecho se produce por trastornos circulatorios metafisarios distales que terminan activando la fisis distal del fémur de la que depende el 70 % del crecimiento en longitud del fémur y el 40 % de la longitud total del miembro inferior.

VALORACIÓN SECUELAR Y ESTABILIZACIÓN

En las fracturas metafisoepifisarias se puede realizar una adecuada valoración a los ocho meses en las fracturas complicadas (tipos III, IV y V).

La fase de mayor aceleración del crecimiento óseo se localiza en los primeros meses tras la fractura (fase acelerada); a los ocho meses, a contar desde la fecha del traumatismo, se puede evaluar el resultado, ya que ha finalizado la fase acelerada y podemos tener bases suficientes para valorar la evolución presente y futura, ya que no se esperan grandes cambios. (A los 18-24 meses se estabiliza de forma completa).

La mayor frecuencia de lesiones metafisarias ocurren en la pubertad y más en niños.

Es muy importante tener en cuenta en las disimetrías para su adecuada valoración en su estabilización:

- La medición de la disimetría.

- La edad esquelética del niño.
- La localización de la lesión.

A menor disimetría y mejor localización, mejor pronóstico. Como ejemplo, ante dos niños de diez años con edades esqueléticas de 8 y 12 años, el mismo traumatismo puede producir diferentes repercusiones, ya que el de 12 años tendrá menos tiempo para corregir y menor tiempo para producir deformidades epifisarias.

También pueden producirse angulaciones que suelen corregirse con el crecimiento.

Las disimetrías no compensadas con tratamiento producen alteraciones permanentes en la columna vertebral: principalmente escoliosis, que puede llegar a estructurarse y constituir una deformidad permanente.

Para una buena valoración es preciso realizar adecuados estudios radiológicos, comparativos con el lado contralateral. Realizar una buena exploración de la disimetría tanto en decúbito supino con mediación con cinta métrica, como bipedestación y sedestación. Hay que tener en cuenta el preestado por angulaciones, escoliosis, coxa vara, etc.

Como debemos valorar los días de impedimento: como norma genérica, cuando un niño vuelva a realizar sus ocupaciones habituales, es decir, correr, saltar, realizar deportes o juegos propios de su edad, ya que son coexistentes con el desarrollo psicomotor de un niño siempre que no presente secuelas definitivas que lo impidan, en ese momento se puede considerar no impedido. El tiempo de curación suele coincidir en los niños con el del impedimento. Aun así, podrá tener revisiones anuales dependiendo de la localización de la lesión, el tipo de fractura y la edad esquelética.

Valoración secuelar: puede quedar o no secuela. En las fracturas I y II no suele existir complicaciones ni secuelas. En las fracturas complicadas (tipos III, IV y V) normalmente a los ocho meses desde la lesión podemos estar preparados para realizar una valoración, y si existe una disimetría, teniendo en cuenta la edad, la importancia de la disimetría y la localización, podemos valorarla.

Se considera que si existe o no disimetría, suele ser patente en los primeros meses desde la lesión (fase acelerada) y en un plazo de ocho meses desde la lesión se puede considerar que si no presenta disimetría es muy difícil que la presente, y si es así, sería con mínima repercusión. Si existe disimetría, dependiendo de la edad esquelética y tipo de lesión, la medición a los ocho meses nos da un juicio de valoración claro.

TRATAMIENTO DE LAS DISMETRÍAS

Existen diversas modalidades terapéuticas para compensar una dismetría en función de la magnitud de la discrepancia [actual y prevista en la madurez], etiología, talla y edad del paciente, siendo el primero de estos factores en el que quizá más nos basamos para hacer la indicación de tipo y momento del tratamiento.

Dismetrías inferiores a 1,5-2 cm

Son con mucho las más frecuentes. No precisan tratamiento dado que el propio paciente las compensa bien sin necesidad de alzas ni, por supuesto, cirugía y, además, no provocan repercusiones clínicas significativas en el paciente (lumbalgia, cojera, etc.).

Dismetrías de hasta 3 cm

El tratamiento recomendado en estos casos es la colocación de un alza ortopédica en la extremidad corta que, como decimos, no es necesaria hasta 1,5-2 cm, pero que algunos pacientes pueden necesitar. Solamente cuando el paciente no acepta este tratamiento se podría plantear el tratamiento quirúrgico como segunda alternativa, generalmente mediante frenado fisario contralateral en niños con crecimiento remanente suficiente o acortamiento agudo (también llamado extemporáneo) diafisario o metafisodiafisario si se trata de un paciente ya maduro. Los alargamientos para estas DEI son una opción menos indicada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balthazar, D.A.; Pappas, A.M. "Acquired valgus deformity of the tibia in children". *J Pediatr Orthop* 1984; 4(5): 538-541.
2. Bassey, L.O. "Valgus deformity following proximal metaphyseal fractures in children: Experiences in the African tropics". *J Trauma* 1990; 30(1): 102-107.
3. Ben Itzhak, I.; Eiken, E.H.; Malkin, C. "Progressive valgus deformity after juxta epiphyseal fracture of the upper tibia in children". *Injury* 1997; 18: 169-173.
4. Brougham, D.I., Nicol, R.O. "Valgus deformity after proximal tibial fractures in children". *J Bone Joint Surg (Br)* 1987; 69(3): 482.

5. Canale, S.T. "Fracturas y luxaciones en la infancia". En: Campbell. *Cirugía ortopédica*. 10ª edición en español, tomo II, Madrid: Elsevier, 2004: 1437-1451.
6. Cozen, L. "Fracture of the proximal portion of the tibia in children followed by valgus deformity". *Surg Gynecol Obstet* 1953; 97(2): 183-188.
7. De Pablos, J.; González Herranz, P. *Apuntes de fracturas infantiles*. 2ª edición. Madrid: Ediciones Ergon, 2002.
8. De Pablos, J.; González Herranz, P. *Fracturas infantiles conceptos y principios*. 2ª edición. Editorial MBA, 2005.
9. Delgado Martínez, A.D. *Cirugía ortopédica infantil práctica para pediatras de atención primaria*, Editorial Médica panamericana, 2016.
10. Delgado Martínez, A.D. *Cirugía ortopédica y traumatología*. 3ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2015.
11. Dimeglio, A. *Ortopedia infantil cotidiana*. 1ª edición. Masson, 1991.
12. Herring, J.A. *Tachdjian's Pediatric Orthopaedics*. 5th Ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders, 2014.
13. Jackson, D.W.; Cozen, L. "Genu valgum as a complication of proximal tibial metaphyseal fractures in children". *J Bone Joint Surg (Am)* 1971; 53: 1571.
14. López Mondéjar, J.A.; Alonso Güemes, S.; Gómez Santos, H. "Fracturas del miembro inferior". En: Martínez Caballero, Ignacio. *Ortopedia y traumatología infantil*. Majadahonda (Madrid). Ed. Ergon, 2015: 313-326.
15. Moraleda Novo, L. "Fracturas del miembro superior". En: Martínez Caballero, I. *Ortopedia y traumatología infantil*. Majadahonda (Madrid): Ergon, 2015: 337-346.
16. Rivas García, A.; Mora Capín, A. "Traumatismos y quemaduras en Atención Primaria". *Pediatría Integral* 2014; XVIII (5): 291-301.
17. Robert, M.; Khouri, N.; Carlíoz, H.; Alain, J.L. "Fractures of the proximal tibial metaphysis in Children: Review of a series of 25 cases". *J Pediatr Orthop* 1987; 7(4): 444-449.

18. Salter, R.B.; Best, T. "The pathogenesis and prevention of valgus deformity following fractures of the proximal metaphyseal region in the tibia in children". *J Bone Joint Surg (Am)* 1973; 55: 1324.
19. Salter, R.B.; Best, T.N. "Pathogenesis of progressive valgus deformity following fractures of the proximal metaphyseal region of the tibia in young children". *Instr Course Lect* 1992; 41: 409-411.
20. Staheli, L. *Ortopedia pediátrica*. Marbán, 2003.
21. Wilkins, K.E. "Fracturas de la metáfisis proximal de la tibia 265", www.medigraphic.com

NUEVO CONVENIO DE ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

MANUEL MASCARAQUE MONTAGUT

Fundación
MAPFRE

¿Qué **CONVENIOS** **TENEMOS** en 2018?



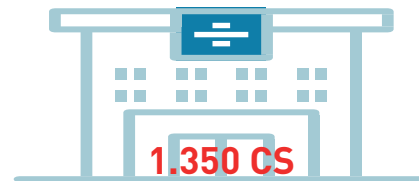
Sanidad
pública



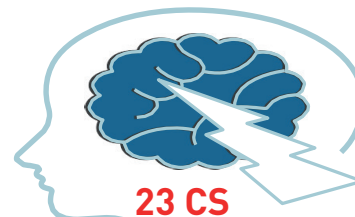
Emergencias
públicas



Gasto
sanitario
futuro



Sanidad
Privada



Daño cerebral

Introducción

Por qué son importantes los convenios sanitarios

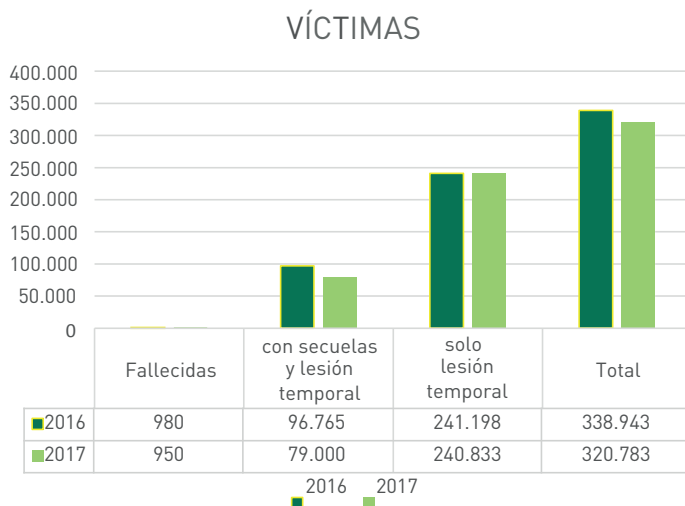
- Elevadísimo volumen de lesionados atendidos y de actos médicos asociados.
- El lesionado no tiene que realizar ningún desembolso por la asistencia médica-hospitalaria recibida.
- No tiene que esperar a la determinación de la entidad aseguradora responsable.
- Existe libertad de elección de CS por el lesionado.
- Cobro inmediato de la facturación sanitaria por los CS.
- Certeza en el coste de la prestación para la EA.
- Amplia red asistencial en todo el territorio.



Lesionados / CS / Fondo de Garantía (CCS) / EA

Introducción

Dimensión del daño corporal por accidentes de tráfico

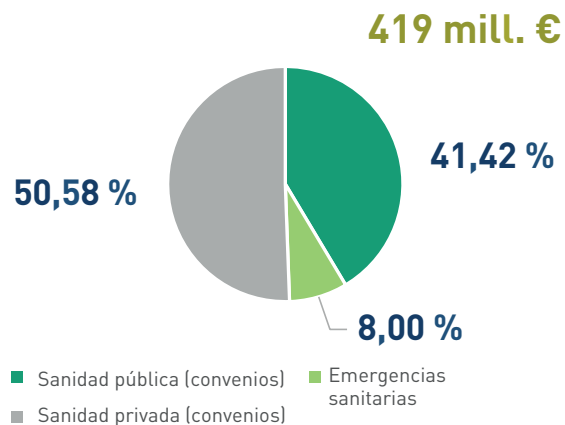


- Las víctimas fallecidas se sitúan en el 0,3 % del total de víctimas.
- Los lesionados con solo lesión temporal representan algo más de 70 % en 2016, subiendo hasta el 75 % en 2017.
- Los lesionados con secuelas representan el 29 % en 2016 y bajan hasta el 25 % en 2017.
- Los lesionados atendidos por prestaciones sanitarias son aproximadamente 500.000 anuales.

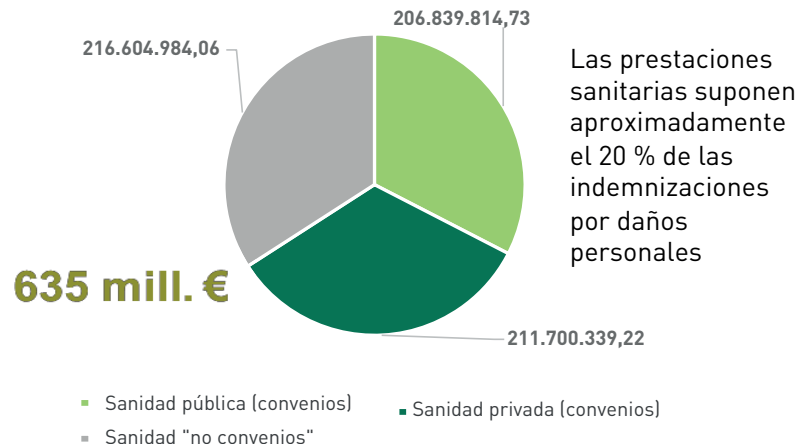
Introducción

Dimensión de los convenios sanitarios

Distribución de prestaciones sanitarias de convenios 2018

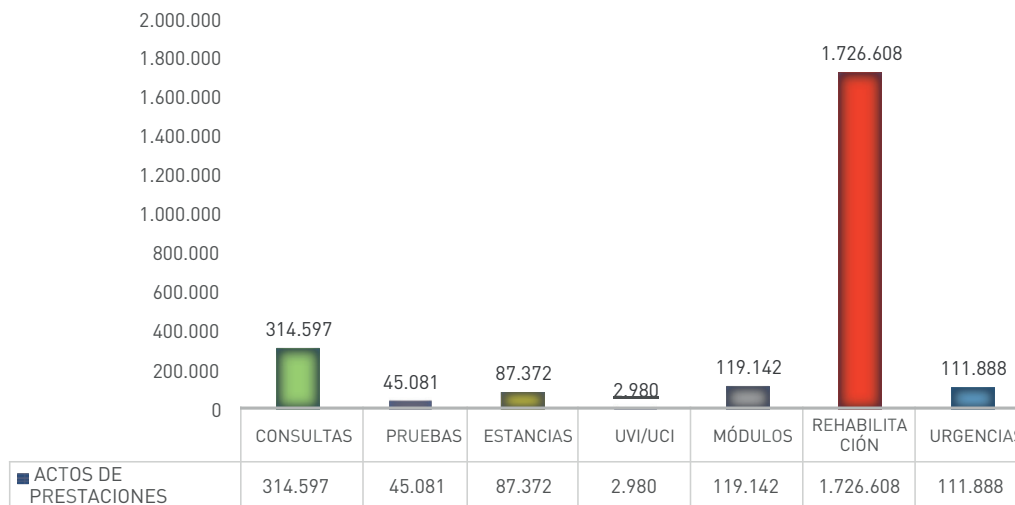


Importe de prestaciones sanitarias 2018



Introducción

Dimensión de los convenios sanitarios



- En 2018 se han producido **2,4 millones** de prestaciones sanitarias según los distintos conceptos facturables.
- Destaca con **1,7 millones** los actos correspondientes a **rehabilitación**.
- Seguidos de **300 mil consultas** y **112 mil prestaciones de urgencias** no ingresados.
- Las prestaciones vinculadas al **módulo de raquis vertebral** fueron **119 mil**.

2. Convenio Sanidad Privada

Objetivos del convenio



- ★ Procurar que los centros sanitarios (CS) cumplan y mantengan unos requisitos técnicos mínimos de calidad asistencial, que han sido objetivamente establecidos con la ayuda y asesoramiento de expertos médicos (evaluación del cumplimiento).
- ★ Realizar un seguimiento de los procesos sanitarios prestados a los lesionados, su adecuación e idoneidad.
- ★ Transparencia y trazabilidad en la actuación tanto de CS como EA (CAS).
- ★ Garantizar la seguridad y agilidad de los pagos derivados de las prestaciones sanitarias.
- ★ Garantizar la libertad de elección del paciente del CS.
- ★ Velar por el buen funcionamiento del convenio (establece un régimen de penalizaciones a las partes para el cumplimiento del convenio).

2. Convenio Sanidad Privada

Objeto, aplicación y vigencia

- Convenio marco de referencia de carácter subsidiario a los acuerdos bilaterales entre CS y EA que se aplica a las prestaciones sanitarias por hechos de la circulación.
- Los convenios asistenciales se rigen por un principio de responsabilidad objetiva (cada entidad aseguradora se hace cargo de la asistencia sanitaria de los ocupantes de su vehículo, independientemente de la “culpa” del accidente).

Vigencia 2019-2022



2. Convenio Sanidad Privada

Determinación del obligado al pago

- En los siniestros en que intervenga un ÚNICO VEHÍCULO A MOTOR



- Se atiende a los ocupantes del vehículo asegurado, EXCEPTO AL CONDUCTOR

- En los siniestros en que intervengan MÁS DE UN VEHÍCULO A MOTOR



- Se atiende a TODOS LOS OCUPANTES INCLUIDO AL CONDUCTOR

- En los siniestros en que se lesionan PEATONES O CICLISTAS



- Se atiende por la entidad aseguradora CAUSANTE MATERIAL DIRECTO DE LAS LESIONES

2. Convenio Sanidad Privada

Novedades del convenio

1. Evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos a los CS
 - Criterios de evaluación (anexo VIII).
 - La evaluación positiva tiene vigencia durante la duración del convenio.
 - En evaluaciones negativas existe un plazo de 3 meses para su subsanación.
 - Para los CS que a 31/12/2018 se encontrasen adheridos al anterior convenio, disponen de un plazo de 12 meses para aportar una evaluación positiva de los requisitos exigidos (CS A, B, C1, C2) (anexo II).
2. Obligatoriedad del sistema CAS de facturación electrónica.
 - Subcomisiones de vigilancia automatizadas.
3. Sistema de penalizaciones por incumplimiento del convenio (anexo II).
 - Corresponde a las subcomisiones de vigilancia en su ámbito territorial su aplicación.
 - No son acumulativas.
 - Las derivadas de incumplimientos de plazo son de aplicación automática por CAS.



2. Convenio Sanidad Privada

Novedades del convenio

4. Nuevas pruebas médicas (CS A, B; C)

- Ecografía, electromiografía (**) y gammagrafía (**) (**). En la facturación a detalle necesitan autorización de la entidad. La gammagrafía no se incorpora en los módulos MRV, MA.

5. Nuevos conceptos de tarifa

- CS C - Módulo ambulatorio (MA) que incluye la primera visita ambulatoria, las sucesivas visitas o de alta médica y todos los tratamientos, sesiones de rehabilitación y pruebas ambulatorias.
- CS C - Asistencia ambulatoria compleja (AAC)
 - Lesiones tratadas quirúrgicamente cuya duración de tratamiento exceda de 90 días.
 - Existe una lista de diagnósticos sin tratamiento quirúrgico (duración del tratamiento exceda de 90 días) (ANEXO IV.7)...
 - Todas las lesiones tienen que ser objetivadas en la exploración desde la asistencia inicial (urgencia o primera asistencia) y confirmada con pruebas diagnósticas.
 - A solicitud de la EA se deben aportar informes mensuales de seguimiento.



2 Convenio Sanidad Privada

Cuáles son los conceptos facturables del convenio

EN RÉGIMEN AMBULATORIO

- Urgencia sin ingreso
- Primera asistencia ambulatoria y consultas sucesivas
- Rehabilitación
- Módulo de raquis vertebral
- Módulo ambulatorio (CS C novedad)
- Asistencia ambulatoria compleja (CS C novedad)
- Pruebas médicas

EN RÉGIMEN HOSPITALARIO

- Módulo quirúrgico
- UVI o UCI
- Estancia en planta según días
- Gastos ortoprotésicos
- Transfusiones de sangre y hemoderivados
- Pruebas médicas

2. Convenio Sanidad Privada

Cuáles son los procedimientos y plazos del convenio (I)



Parte de asistencia de urgencia (PAU)

- CS: 15 días naturales desde la recepción del lesionado enviar a la EA un PAU (anexo III) que se acompañará del informe de alta.
- Novedad: si continua el tratamiento en el mismo centro, no será necesario el envío del PPA (automatismo CAS).
- Novedad: penalización si el PAU se envía trascurrido el plazo. No es causa de rechazo.
- EA: 10 días naturales desde recepción del PAU comunica su aceptación o rechazo. Su silencio administrativo significa aceptación. Causas de rechazo objetivas:
 - No es un hecho de la circulación.
 - No existe obligación al pago según convenio.
 - Falta de aseguramiento.
 - Falta de nexo cronológico (más de 72 horas desde la ocurrencia hasta la asistencia, salvo causa justificada).

2 Convenio Sanidad Privada

Cuáles son los procedimientos y plazos del convenio (II)



**Parte de primera asistencia
ambulatoria u hospitalaria
(PPAAH)**

- CS: 15 días naturales desde el inicio de la asistencia (consulta, rehabilitación, tratamiento, prueba...) a la EA un PPAAH (anexo III bis) que se acompañará del informe de alta.
- Novedad: si continúa el tratamiento en el mismo centro de urgencias, no será necesario el envío del PPAAH (Automatismo CAS).
- Novedad: penalización si el PPAAH se envía trascurrido el plazo.
- EA: 18 días naturales desde recepción del PAU comunica su aceptación o rechazo. Su silencio administrativo significa aceptación.

2. Convenio Sanidad Privada

Cuáles son los procedimientos y plazos del convenio (III)



**Parte de primera asistencia
ambulatoria u hospitalaria
(PPAAH)**

- Causas de rechazo
 - No es un hecho de la circulación.
 - No existe obligación al pago según convenio.
 - Falta de aseguramiento.
 - Fraude acreditado.
 - Inexistencia de relación causal entre las lesiones causadas y los motivos de prestaciones sanitarias.
 - No se podrá rechazar por “no obligación de pago según convenio” ni “falta de aseguramiento” si transcurren los 18 días naturales que tiene la EA.
 - Si EA rechaza, el CS tiene 60 días naturales para llevar el asunto a subcomisión.

2. Convenio Sanidad Privada

Cuáles son los procedimientos y plazos del convenio (IV)



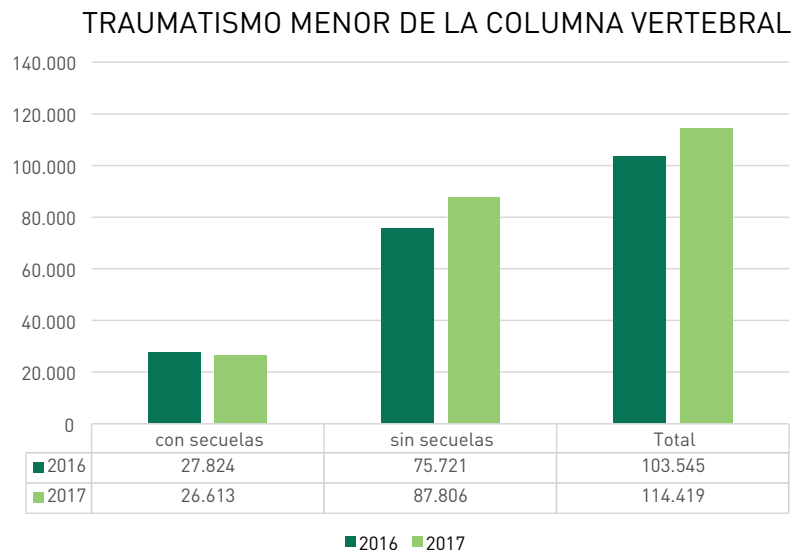
**Parte de primera asistencia
ambulatoria u hospitalaria
(PPAAH)**

- Falta de relación causal (si concurre algún criterio)
 - Cronológico
 - Topográfico
 - De exclusión
 - De intensidad
- Traumatismo menor columna vertebral (TMCV), deberá acreditarse mediante informe biomecánico e informe médico que determine la falta de relación causal.
- Si la EA rechaza por falta de intensidad o exclusión para los CS A,B debe hacerse cargo de las asistencias incurridas “no raquis”. En “raquis” se abonará el importe de una primera asistencia.
- Para los CS C, se abonará el 20 % del módulo ambulatorio (MA).

2. Convenio Sanidad Privada

TMCV

- En 2017 los lesionados con TMCV se situaron en aproximadamente 114.000 de (36 %) del total de lesionados (319.833).
- De los cuales el 75 % no presentan secuelas y el 25 % presenta secuelas.

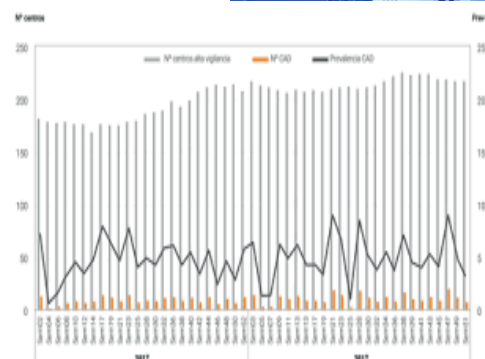


Datos correspondientes a una cuota de mercado del 90 %

2. Convenio Sanidad Privada

Información médica y plazos de facturación

- La facturación se realiza como regla general al vencimiento de las asistencias prestadas del propio mes. Si el envío se realiza en plazo superior a 60 días de su emisión conlleva penalización.
- Tratamientos inferiores a 30 días.
 - Informe médico de alta.
- Tratamientos superiores a 30 días.
 - MRV o MA se remitirá por CS informe médico de evolución a petición de la EA.
 - El resto se remitirá obligatoriamente por CS informe médico de evolución con el estado actual del lesionado.



2. Convenio Sanidad Privada

Requisitos de los informes médicos

- Diagnóstico asistencial (CIE-10)
 - Antecedentes médicos personales
- Anamnesis
- Exploración física
 - Pruebas complementarias
 - Evolución asistencial



2. Convenio Sanidad Privada

Seguimiento, control y vigilancia del convenio

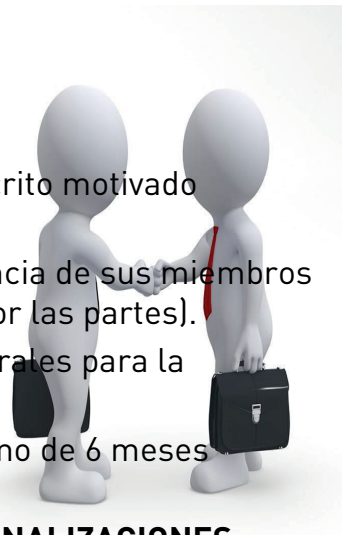
- Comisión nacional.
 - Velar por el correcto cumplimiento de las estipulaciones del convenio.
 - Unificación de criterios de las cuestiones que le hayan sometido.
 - Reunión trimestral o a petición de las partes.
- Subcomisiones de ámbito territorial.
 - Los CS, EA y CCS se obligan a someter sus diferencias en las subcomisiones que las podrán trasladar a la CN. Reunión mensual.
- Compromiso de guardar y respetar las normas de defensa de la competencia y las de protección de datos de carácter personal.



2. Convenio Sanidad Privada

Resolución de incidencias

- Los CS, EA, CCS se obligan a someter sus diferencias mediante escrito motivado a las subcomisiones.
- Las subcomisiones resolverán los asuntos atendiendo a la experiencia de sus miembros y al **MANUAL DE CRITERIOS** (muy avanzado y pendiente de firma por las partes).
- Desde que se presenta la incidencia existe un plazo de 15 días naturales para la presentación de alegaciones.
- La **RESOLUCIÓN** de la subcomisión se realizará en una plazo máximo de 6 meses (12 meses durante el primer año del convenio).
- Las resoluciones son **VINCULANTES** y pueden llevar aparejadas **PENALIZACIONES**.
 - o Si la subcomisión no resuelve en 6 o 12 meses (primer año) desde el final del plazo de alegaciones se podría solucionar fuera del convenio, incluida la reclamación judicial.



**NECESIDADES REALES
DEL TRATAMIENTO
REHABILITADOR DEL
TRAUMATISMO MENOR
DE LA COLUMNA CERVICAL**

DRA. MARÍA ETXANIZ GABILONDO

Fundación
MAPFRE

Necesidades reales del tratamiento rehabilitador del traumatismo menor de la columna cervical

Índice:

- ✓ Definición
- ✓ Introducción
- ✓ Síntomas
- ✓ Clasificación
- ✓ Valoración inicial
- ✓ Evaluación
- ✓ Tratamiento
- ✓ Algoritmo de valoración/manejo
- ✓ Conclusiones

Definición

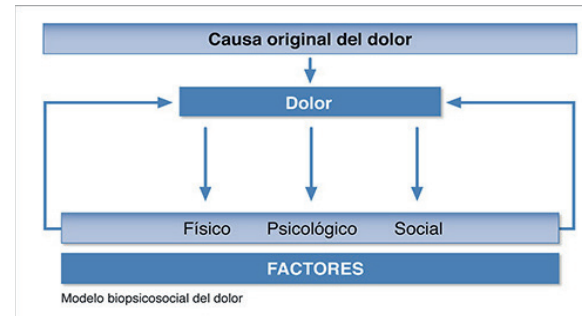
Los traumatismos cervicales menores son aquellos que se diagnostican con base en la manifestación del lesionado sobre la **existencia de DOLOR**, y que **no** son susceptibles de **verificación mediante pruebas médicas complementarias**.

Artículo 135. Ley 35/2015.

DOLOR: Definición

“Experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño”.

“A efectos prácticos, dolor es todo lo que el paciente dice que duele”.
Es una respuesta individual.



Ante el paciente con dolor

“El dolor es lo que el paciente dice que es y no lo que el médico piensa que debe ser o espera que sea”.



Introducción

- La cervicalgia producida por colisiones de tráfico es conocida habitualmente como “whiplash associated disorders”(WAD) o trastornos asociados al latigazo cervical.
- Un 85 % de las personas “lesionadas” en los accidentes de tráfico menores desarrollarán una cervicalgia.
- El Neck Pain Task Force (2000-2010) propone que todas las cervicalgias y sus trastornos asociados incluido “WAD” deberían englobarse en la clasificación de NAD (neck pain associated disorders).
- La recuperación de estas cervicalgias se pueden prolongar en el tiempo y consumir recursos sanitarios (y económicos) elevados.

NAD

WAD



Guías de práctica clínica

1. *Guidelines for the management of acute whiplash associated disorders for health professionals* (2014).
2. ***Management of neck pain and associated disorders: A clinical practice guideline from the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration*** (2016).
3. **“The Treatment of Neck Pain–Associated Disorders and Whiplash–Associated Disorders: A Clinical Practice Guideline”**. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics* 2016.
4. **“Clinical Practice Guideline for Physical Therapy Assessment and Treatment in Patients With Nonspecific Neck Pain”**. *Phys Ther* 2018.

Síntomas WAD/NAD

- **Dolor cervical (88-100 %)**
65 % en las primeras 6 horas, 93 % en las 24 horas y 100 % en las 72 horas siguientes del accidente
- Cefalea (54-66 %)
- Mareo, vértigos
- Inestabilidad
- Parestesias en manos
- Acúfenos
- Sordera
- Dolor en hombro
- Dolor en articulación temporomandibular
- Dolor de pecho
- Disfagia, odinofagia
- Fatigabilidad
- Inestabilidad emocional (ansiedad, depresión, dificultad de concentración)

. *Clinical guidelines for the physiotherapy management of whiplash associated disorder*. Chartered Society of Physiotherapy, London, 2005.
. *Atención del paciente con esguince cervical*. CENETEC-SALUD, 2008.
. "Guía clínica para la rehabilitación del paciente con esguince cervical, en el primer nivel de atención". *Rev Med IMSS* 2005; 43 (1): 61-68.



Clasificación

Nuevo modelo de clasificación de severidad:

NAD (Neck Pain Associated Disorders)

1,2,3,4

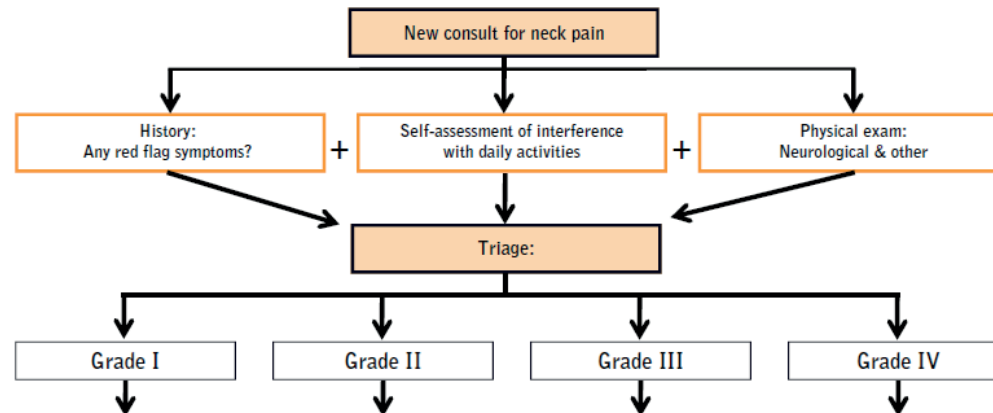
GRADO	PRESENTACIÓN
Grado I	Cervicalgia sin signos de patología estructural mayor que no interfiere o interfiere mínimamente en las actividades de la vida diaria.
Grado II	Cervicalgia sin signos de patología estructural mayor que limita las actividades de la vida diaria.
Grado III	Cervicalgia acompañada de signos y síntomas neurológicos.
Grado IV	Cervicalgia con signos y síntomas de patología estructural mayor, como fracturas, mielopatía, neoplasias o enfermedades sistémicas.

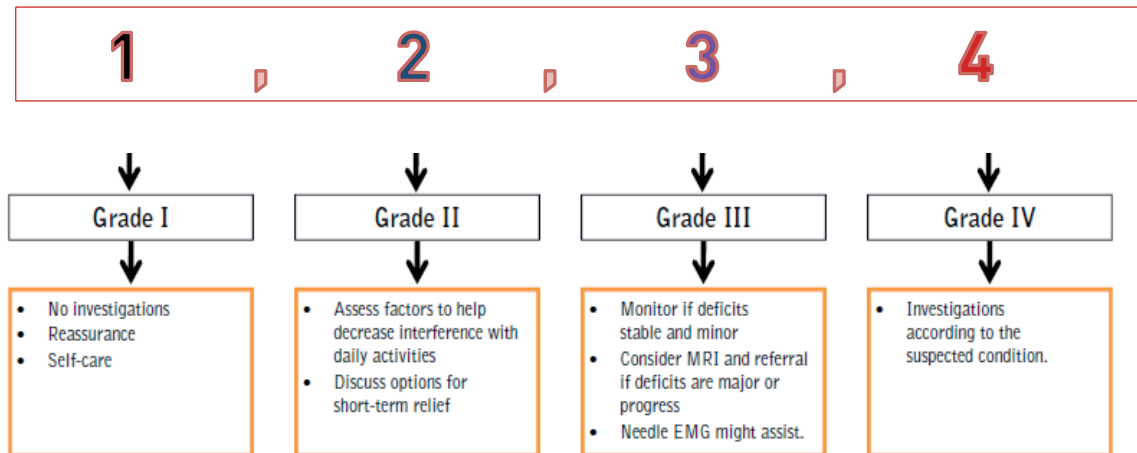
Guzmán J. *et al.* "Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. From Concepts and Findings to Recommendations". *Spine* 2008; 33: S199-S213.



Algoritmo

Assesing Neck Pain (NAD)





Guzmán, J. *et al.* "Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. From Concepts and Findings to Recommendations". *Spine* 2008; 33: S199-S213.



Valoración inicial

Preguntas:

- Desde cuándo.
- Dónde se localiza, irradia hacia algún lado, tiene otros síntomas.
- Cuánto dolor/Interfiere en sus actividades de la vida diaria, laborales...
- Cómo ha sido (circunstancias del accidente relatadas por el paciente).
- Algún antecedente personal o traumático previo a considerar.
- Es la primera vez o anteriormente había presentado un dolor similar.
- Dolor mecánico o inflamatorio.
- Qué tratamiento ha seguido hasta ahora.
- Si le han realizado alguna prueba.



Valoración inicial

Se recomienda:

- EVA (escala visual analógica)[0-10]
- NDI (neck disability index)[10 ítems del 0 al 5][0-50]
- “Expectación de recuperación que tiene el paciente (¿cree que se recuperará pronto?)”

Factores de riesgo:

- Alta intensidad de dolor (EVA >5/10).
- Alta discapacidad por la cervicalgia (NDI >15/50).

Paciente sin riesgo: EVA ≤ 3 y NDI < de 8/50

The Neck Disability Index (NDI)(índice de discapacidad cervical)

Cuestionario que consta de 10 ítems:

1. Intensidad del dolor cervical
2. Cuidados personales: asearse, vestirse...
3. Levantar pesos
4. Lectura
5. Dolor de cabeza
6. Concentrarse en algo
7. Trabajo
8. Conducción de vehículos
9. Sueño
10. Actividades de ocio

Cada ítem consta de 5 puntos de 0 (puedo hacer todo) a 5 (no puedo hacer nada).
Máxima puntuación es 50 (puede expresarse sobre 100).



Banderas rojas

- ✓ Dolor no mecánico
- ✓ Fiebre
- ✓ Historia de cáncer
- ✓ Severidad del traumatismo
- ✓ Tratamiento con esteroides, osteoporosis
- ✓ Pérdida de peso/Sdr. constitucional
- ✓ Síntomas o signos neurológicos
- ✓ Incontinencia de esfínteres
- ✓ Alteraciones de la marcha

TIENE USTED
SÍNTOMAS
PELIGROSOS





Banderas amarillas

Campbell L. "Psychological Factors and the Development of Chronic Whiplash-associated Disorder(s): A Systematic Review". [Clin J Pain](#). 2018 Aug; 34(8): 755-768.

Factores pronósticos consistentes de dolor cervical crónica o discapacidad	Factores no asociados con dolor cervical crónico o discapacidad
<ul style="list-style-type: none">• Pobre expectación de recuperación• Síntomas de estrés postraumático• Estrategias pasivas	<ul style="list-style-type: none">• Ansiedad• Ansiedad del viajero• Depresión• Personalidad• Estrés precolisión• Estrés psicológico general• Habilidades de afrontamiento



Evaluación

Existe poca evidencia de la validez y utilidad de las pruebas diagnósticas de las cervicalgias sin trauma severo y sin manifestaciones radiculares.

Historia clínica y examen físico para excluir “banderas rojas” y lesiones estructurales severas.

Examen físico para descartar compresión nerviosa.

Triage diagnóstico: 1. Banderas rojas 2. Dolor con/sin interferencia con las AVD 3. Síntomas neurológicos.

Clasificación en 4 grupos (NAD/WAD).

- La escala **EVA** y los cuestionarios autoadministrados como **Neck Disability Index (NDI)** son **válidos y fiables**, sensibles a los cambios y tienen valor pronóstico.



Evaluación

- Parece que realizar una evaluación sintomática es suficiente para el tratamiento de la mayoría de las cervicalgias, en lugar de buscar un tejido patológico específico.
- “Canadian C-Spine Rule” es la regla más adecuada para determinar si se requiere Rx c. cervical para confirmar un diagnóstico de fractura/luxación.
- Las RX no están indicadas de inicio en la cervicalgia aguda, subaguda o crónica (sin banderas rojas).
- Considerar RX después de traumatismo directo, y si no hay mejoría después de 4-6 semanas de tratamiento conservador o aumento del dolor.
- Considerar Rx y RMN para síndrome radicular o presencia de banderas rojas.
- RMN urgente para dolor cervical con características adversas: alteración de la marcha o esfínteres, déficit neurológico severo o progresivo, enfermedad sistémica(cáncer, infección), causa vascular o disección arterial cervical.
- Pruebas neurofisiológicas: complementarias a las pruebas de imagen, cuando hay sospecha de afectación de raíces nerviosas.

- Guzmán, J *et al.* “Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. From Concepts and Findings to Recommendations”. *Spine* 2008; 33: S199-S213.
- Université du Québec à Trois-Rivières diagnostic imaging practice guidelines on musculoskeletal complaints in adults (spinal disorders) can be found in [*J Manipulative Physiol Ther* 2008 Jan; 31\(1\): 33.](#)



Evaluación

Estudios de imagen con hallazgos positivos que poco tienen que ver con el dolor cervical:

1. No hay evidencia de que el grado de lordosis o cifosis puede identificar con exactitud “espasmo cervical” o distinguir pacientes con síndrome de latigazo cervical de los que no.
2. No hay evidencia de que la RMN detecte con exactitud los hallazgos específicos relacionados con un traumatismo en la columna cervical en ausencia de fractura o alteración ligamentosa mayor.

Guzmán, J. *et al.* “Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. From Concepts and Findings to Recommendations”. *Spine* 2008; 33: S199-S213.



Tratamiento

- La mayoría de las cervicalgias tras accidente de tráfico pueden ser clasificadas dentro del **grado I o II**.
 - Existen una variedad de tratamientos que pueden ser efectivos.
 - Existen múltiples tratamientos que probablemente no sean beneficiosos.
- Actuar con cuidado en las cervicalgias **grado III**.



Tratamiento

Los mensajes educativos son importantes

► Tranquilizar al paciente y aconsejar mantenerse activo:

Los síntomas que presenta son consecuencia de una reacción normal a la lesión.

El mantener la normalidad de las AVD es un factor importante para su recuperación.

El mantenerse activo es importante en su proceso de recuperación.

La restricción voluntaria de la actividad puede causar un retardo en la recuperación.

Es importante centrarse en la mejora de la actividad.

► Ejercicio:

- ✓ Informar a los pacientes que el ejercicio es efectivo.
- ✓ Proporcionar ejercicios de movilidad, isométricos, de fortalecimiento y resistencia postural.

Modelo biopsicosocial

- *Medicina centrada en el paciente.*
- La salud y la enfermedad son un continuo.
- Diagnóstico holístico y contextualizado.
- El paciente es un solo organismo interrelacionado.
- Profesional - paciente - familia.
- *El paciente asume un rol activo en su salud.*
- *El profesional como facilitador y mediador: promotor activo de la salud.*

Modelo biomédico

- *Medicina centrada en la enfermedad.*
- Reduccionista sobre un "objetivo".
- División mente / cuerpo.
- Diagnóstico biológico.
- Divide al paciente en partes.
- *El tratamiento se considera generalmente externo al paciente.*
Se supone que los pacientes deben ser *pasivos* y sin responsabilidad en sus problemas y en sus soluciones.

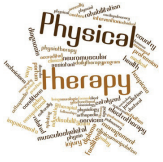
Se puede tener una enfermedad y no sentirse enfermo, tener una enfermedad y no ser reconocido como enfermo, sentirse enfermo y no tener una enfermedad demostrable. Sin embargo, todos estos pueden ser pacientes.

Desde el modelo biopsicosocial las personas han de asumir la responsabilidad que les corresponde en el cuidado y conservación de su salud.

Management of neck pain and associated disorders: A clinical practice guideline from the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration (2016).

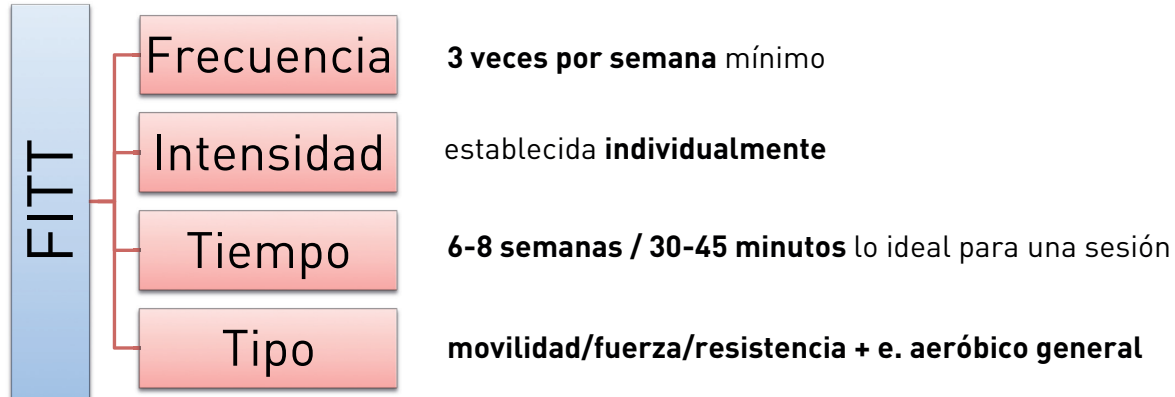
Recomendaciones:

1. Descartar patología estructural mayor u otras patologías como causa de la cervicalgia (NAD). Clasificar NAD en grado I, II y III.
2. Valorar los factores pronósticos que puedan llevar a un retardo de la curación de NAD (dolor y discapacidad inicial elevada y factores psicológicos).
3. Educar y tranquilizar a los pacientes sobre la **naturaleza benigna y autolimitada** del curso evolutivo de NAD I y II. E insistir en la importancia de **mantener la actividad y el movimiento**.
4. **Para NAD grado I-II (≤ 3 meses)** hay que proporcionar **educación estructurada en combinación con ejercicios de movilidad, terapia multimodal (ejercicio de movilidad con movilización o manipulación) o relajantes musculares**.



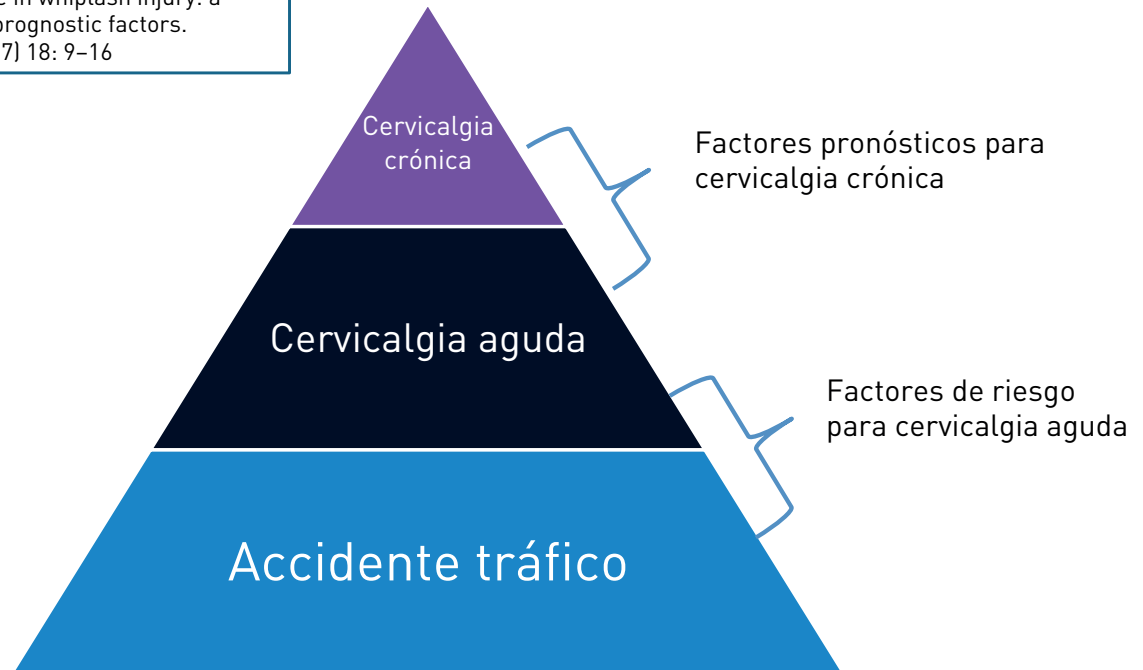
Tratamiento

Terapia multimodal/ejercicio supervisado



La implicación del paciente en su tratamiento es fundamental

"Factors predicting outcome in whiplash injury: a systematic meta-review of prognostic factors.
J Orthopaed Traumatol (2017) 18: 9–16



"Factors predicting outcome in whiplash injury: a systematic meta-review of prognostic factors".
J Orthopaed Traumatol (2017) 18: 9–16

Factores asociados	Factores no asociados	Factores controvertidos o sin evidencia
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor y discapacidad postlesión • Estrés postraumático • Catastrofismo • Compensación y factores legales • Uso temprano de los servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Hallazgos radiológicos o de RMN • Alteraciones motoras • Factores inherentes a la colisión 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • Dolor previo a la lesión • Factores genéticos • Humor depresivo • Estrés psicológico • Habilidades de afrontamiento

Aunque el dolor agudo pueda ser considerado un síntoma de enfermedad o de lesiones, el **dolor crónico** o persistente es un problema de salud concreto, **una enfermedad**

DOLOR CRÓNICO:

- ✓ Estado de alarma permanente.
- ✓ Mecanismos complejos.
- ✓ Múltiples barreras para el abordaje.



Hay que informar adecuadamente Importante la comunicación médico-paciente

- En la actualidad los **problemas de comunicación de la información** sobre la enfermedad y el tratamiento suelen ser la causa más frecuente de **insatisfacción del paciente**.
- Muchos trabajos destacan también, **entre los aspectos más valorados por los pacientes, el recibir una información clara y comprensible, especialmente sobre el tratamiento y sus efectos**, así como que el médico **les aclare dudas** y les facilite el conocimiento y la comprensión de su problema.
- Sentirse informado es pues, cada día más, **una necesidad y una expectativa** irrenunciable de los pacientes y, por tanto, debe ser también un **compromiso** de los responsables y gestores sanitarios.



Tiempo/formación/mensajes semejantes/detectar errores/mejora continua

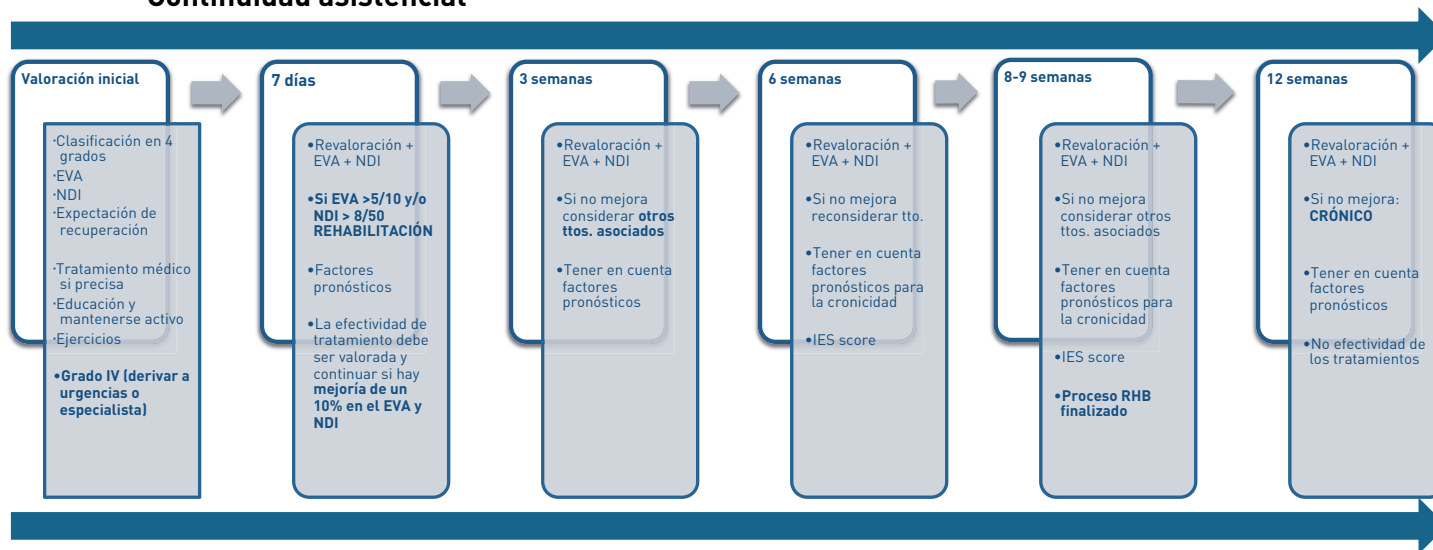
- Los **tratamientos finalizan** una vez conseguidos los objetivos consensuados. Incluso si no se logran los objetivos, el tratamiento ha de finalizar en alguna etapa.
- En la recuperación “normal” el dolor cervical debería disminuir en las 3 primeras semanas y la limitación para las AVD en las primeras 6 semanas.
- **No es útil continuar un tratamiento que no ha sido eficaz** en 6 semanas porque las posibilidades de conseguir mejoría o progresión después de este periodo son pequeñas.
- La efectividad del tratamiento debe ser **evaluada** durante el curso de ese tratamiento.
- Además de **revalorar los objetivos** de tratamiento del paciente, se recomienda a los clínicos utilizar las escalas de medida tanto para poder medir la mejoría como para identificar los factores que pudieran influir en esa recuperación retardada.

Bier JD, Scholten-Peeters WGM, Staal JB, *et al.* "Clinical Practice Guideline for Physical Therapy Assessment and Treatment in Patients With Nonspecific Neck Pain". *Phys Ther.* 2018; 98: 162-171.



Algoritmo de valoración/manejo

Continuidad asistencial



- ✓ **Paciente de riesgo:**
 - Alta intensidad de dolor (EVA >5/10)
 - Alta discapacidad por la cervicalgia (NDI >15/50)
- ✓ **Paciente atable: EVA ≤ 3 y NDI < de 8/50**

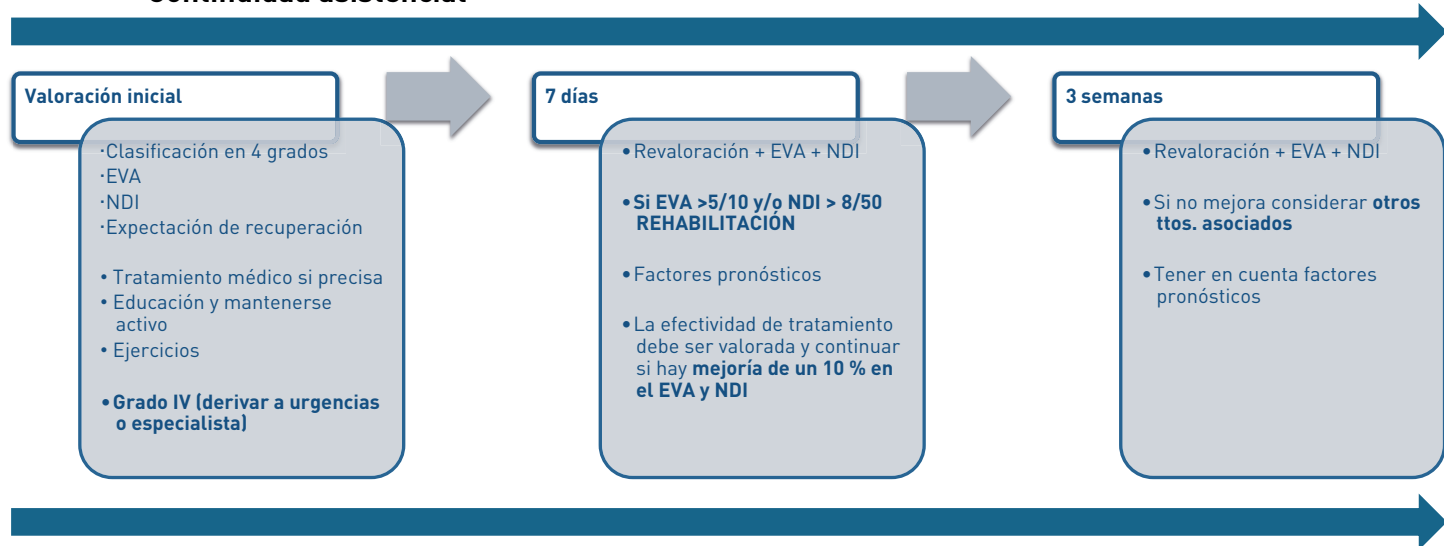
Educación + Mantenerse activo + Ejercicio

IES (Impact of Event Scale):
 >25 moderado
 >43 severo



Algoritmo de valoración/manejo

Continuidad asistencial



- ✓ **Paciente de riesgo:**
 - Alta intensidad de dolor (EVA >5/10)
 - Alta discapacidad por la cervicalgia (NDI >15/50)
- ✓ **Paciente altable:** EVA ≤ 3 y NDI < de 8/50

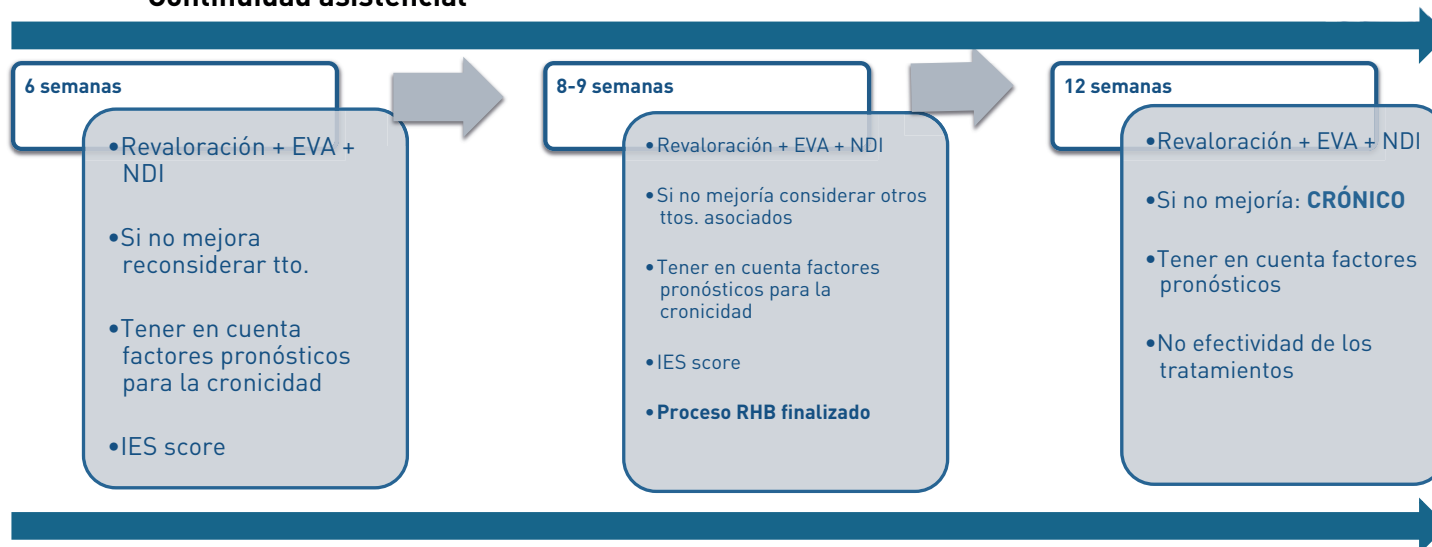
Educación + Mantenerse activo + Ejercicio

IES (Impact of Event Scale):
 >25 moderado
 >43 severo



Algoritmo de valoración/manejo

Continuidad asistencial



- ✓ **Paciente de riesgo:**
 - Alta intensidad de dolor (EVA >5/10)
 - Alta discapacidad por la cervicalgia (NDI >15/50)
- ✓ **Paciente altable:** EVA ≤ 3 y NDI < 8/50

Educación + Mantenerse activo + Ejercicio

IES (Impact of Event Scale):
 >25 moderado
 >43 severo

Impact of Event Scale (IES)(Escala de impacto de sucesos)

- Escala que evalúa el malestar subjetivo que acompaña y sigue a las experiencias estresantes y/o traumáticas en los 7 días previos.
- Consta de 15 ítems (por ejemplo: intento no pensar en ello / sueño con ello / intento no hablar de ello / intento quitarlo de mi memoria...).
- Cada ítem se puntúa de nada en absoluto (0 puntos), rara vez (1 punto), a veces (3 puntos) y a menudo (5 puntos).
- Rango de puntuación de 0 a 75.
- Una puntuación mayor de 25 sería de impacto moderado y mayor de 43 severo.



Conclusiones

- ✓ La mayoría de las cervicalgias tras accidente de tráfico pertenecen al grupo I y II.
- ✓ Mensajes positivos. Naturaleza benigna.
- ✓ Mantener la actividad y el movimiento.
- ✓ Se aconseja el **tratamiento multimodal**, con el ejercicio activo como componente principal (movilidad, fuerza-resistencia y aeróbico).
- ✓ No a las terapias pasivas aisladas.
- ✓ La implicación del paciente en su tratamiento es fundamental.
- ✓ Los **tratamientos finalizan** una vez conseguidos los objetivos consensuados. Incluso si no se logran los objetivos el tratamiento ha de finalizar en alguna etapa.
- ✓ El manejo y tratamiento del paciente debe ser estructurado.
- ✓ Hay que revalorar tanto al paciente como los objetivos del tratamiento en una *continuidad asistencial* para evitar la cronicidad.

Necesidades reales del tratamiento
rehabilitador del traumatismo menor
de la columna cervical

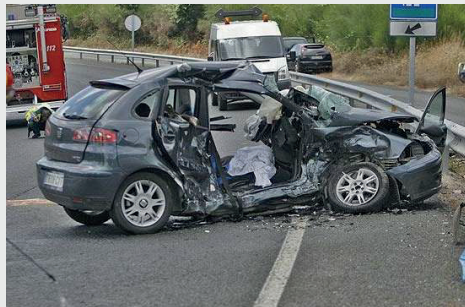
Necesidad de un tratamiento
rehabilitador REAL/ADECUADO en el
traumatismo menor de la columna
cervical

EXPERIENCIAS EN VDC

DR. JAVIER ALONSO SANTOS

Fundación
MAPFRE

ÚLTIMOS DATOS DGT



COMPARATIVO DOS ÚLTIMOS AÑOS DGT

ACCIDENTES CON VÍCTIMAS.....	(-0,16)
FALLECIDOS.....	(+1,10)
HERIDOS GRAVES.....	(-2,19)
HERIDOS LEVES.....	(+6,13)



INDICADORES ESTRATÉGICOS UNIÓN EUROPEA (2011-2020)

- 1. ↓ Heridos graves..... (↓ 35 %)
- 2. ↓ Tasa fallecidos a 37/ millón habitantes (1.739). Actual (1.830)
- 3. Cero niños fallecidos sin sistema de retención infantil
- 4. Cero fallecidos en zona urbana
- 5. Bajar del 1 % los positivos de alcoholemia
- 6. Reducir un 50 % los excesos de velocidad de más de 20 km/h



GRANDES LESIONADOS

- COMAS (EVP)..... 10 %
- NEUROPSICOLÓGICOS GRAVES..... 59 %
- TETRAPLÉJICOS..... 13 %
- PARAPLÉJICOS..... 13 %
- AMPUTADOS..... 2 %
- CIEGOS..... 2 %
- GRANDES QUEMADOS..... 1 %

TCE + MEDULAR
95 %



ACCIDENTES DE TRÁFICO



FACULTAD DE MEDICINA VALLADOLID



CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA ESTRASBURGO





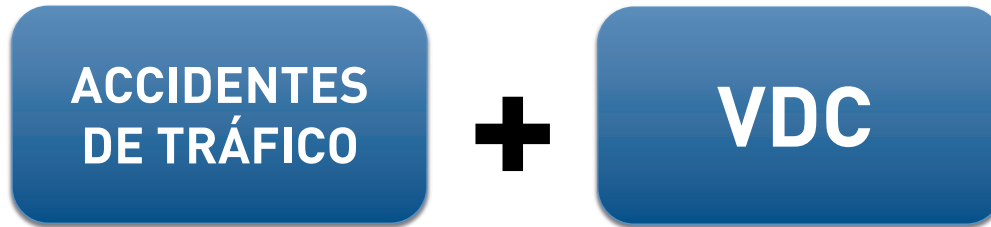
- DR. GROSSE
- DR. KEMPF
- DR. ENDER
- DR. KARGER
- DR. COPIN



Iván Kempf
(1928--**23/07/2018**)



Arsène Grosse
(**b 1938**)



MAPFRE AUTOMÓVILES

TRAUMATÓLOGO



SERVICIOS MÉDICOS
MAPFRE



PRIMER MÉDICO DE LA ENTIDAD (SS.CC.)

1988

1988



ENTIDADES ASEGURADORAS

2 PROBLEMAS:

- **Tratamiento de sus accidentados** → **SÁNIDAD PÚBLICA**
- **Valoración del daño** → **NO REGULADA NI TASADA**

1988



SE PROHÍBE EL TABACO
EN HOSPITALES, COLEGIOS Y
MEDIOS PÚBLICOS DE TRANSPORTE



1988



HUELGA GENERAL
EN ESPAÑA CON PARTICIPACIÓN
DEL 95 %



1988



CAMPEÓN TOUR FRANCIA
PERICO DELGADO



1988



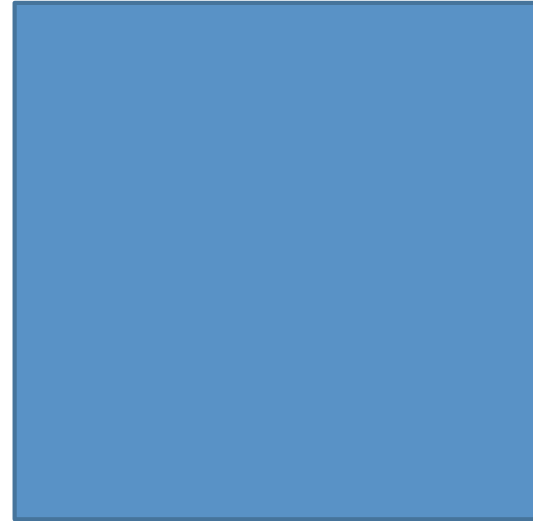
SE CREA LA
CNMV



1988



INCIDENCIA EN LA GALA DE FIN DE AÑO
DE SABRINA



1988



SE INSTAURA LA **VDC** EN ESPAÑA
COMO
DISCIPLINA ACADÉMICA



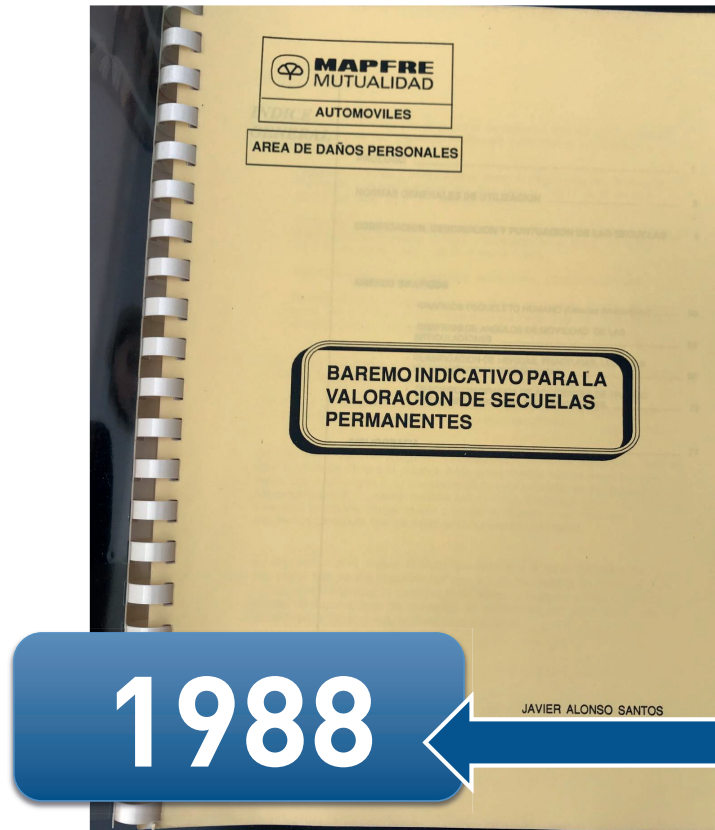
UCM
MÁSTER OFICIAL EN VDC

1988



SE CREA EL GERMEN PARA EL...

**BAREMO INDICATIVO PARA LA VALORACIÓN
DE SECUELAS PERMANENTES**



MAPFRE

Expansión y desarrollo de los SERVICIOS MÉDICOS

Creación de un BAREMO INDICATIVO de uso interno

JUECES

Empiezan a coquetear con el Baremo

- Ayuda para cuantificar.
- Equilibra las diferencias indemnizatorias.

1988



CRISIS



ALTO % DE VEHÍCULOS SIN ASEGURAR



ALTA REPERCUSIÓN CONSORCIO (DGS)



URGENTE NECESIDAD DE REGULACIÓN DE COSTES DE ACCIDENTE DE TRÁFICO

EVOLUCIÓN / REVOLUCIÓN

MÁSTER VDC UNIVERSIDADES

- MADRID
- BARCELONA
- VALLADOLID
- ALICANTE
- MURCIA
- VALENCIA
- ZARAGOZA
- GRANADA
- OVIEDO

BAREMO

PRESENTACIÓN AÑO 1989

- UNESPA
- DGS
- MINISTERIO
- JUZGADOS



SE RECOMIENDA SU USO

EVOLUCIÓN

- 1. **Primer comité** de expertos del Baremo (1989).
- 2. DGS pide **opinión**.
- 3. Primera **transformación** del Baremo.
- 4. Evolución positiva: **si se utiliza**.
- 5. Gran aceptación: juzgados y aseguradoras → **OM 1991**.
- 6. Enorme difusión científica (**jornadas y congresos**).
- 7. Creación **sociedades VDC** (nacional / territoriales).



EVOLUCIÓN

- 1. 1995 → Baremo en forma de LEY.
- 2. 6 reformas.
- 3. Imprescindible.
- 4. Único país con un sistema VDC en una LEY.
- 5. Portugal nos pide ayuda para reformar su Baremo.



SITUACIÓN ACTUAL AÑO 2019

**¡¡¡NO ESTAMOS
BIEN!!!**

MOTIVOS

- 1. Escasa formación académica.
- 2. Poca consideración científica de esta disciplina médica.
- 3. Inmovilismo de las sociedades científicas.
- 4. Poca renovación de profesionales médicos VDC.



POCAS EXPECTATIVAS

FUTURO INCIERTO

¿QUÉ DEBE MEJORAR?

HACER IMPRESCINDIBLE E IMPORTANTE LA FIGURA DEL PERITO MÉDICO

- 1. ¿Modelo francés?
- 2. Titulación obligatoria, mínimo 2 años.
- 3. Suficientes cursos en universidades.
- 4. Regulación título y listas de profesionales por Administración Central.
- 5. Aumento del interés del “Expertise” por médicos jóvenes.
 - Mayor reconocimiento.
 - Mejor remuneración.
- 6. Control de buena praxis.

Y ADEMÁS...

**PROFUNDIZAR EN EL
CONTENIDO DEL SISTEMA
DE VALORACIÓN**

GRANDES LESIONADOS

- 1. Motivo del cambio en 2015: Mejora sistema —> más justo.
- 2. Indemnizaciones —> “Restitutio In Integrum”.
- 3. Ha mejorado —> No ha rematado.
- 4. Sigue sin ser justo.



CAUSAS...

- 1. Demasiados leves (cultura de la secuela).
- 2. Teoría de “vasos comunicantes”.
- 3. Wiplash: la mayor parte.
- 4. Leves: 57 % de lo indemnizado.



**¿NO SON MÁS IMPORTANTES LOS GRAVES
DE VERDAD?**

WIPLASH...

HAY QUE DARLE OTRA VUELTA...



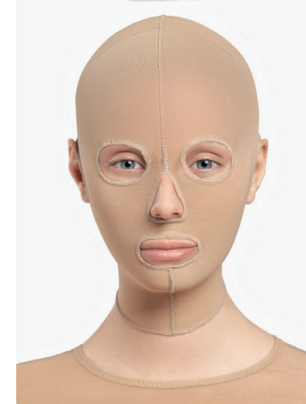
Objetivos

- 1. Demostración de secuela... **de verdad.**
- 2. Según edad y diagnóstico... **limitar tiempos de tratamiento.**
- 3. Dar valor **determinante** al informe del perito médico.
(Informes del médico general o centro de RHB son orientativos)
- 4. Entidades aseguradoras / médico forense: **ser firmes.**
- 5. Seamos **valientes** y trasladémoslo al Baremo.

PERJUICIO ESTÉTICO...

Consideraciones:

- 1. Demasiada importancia en los casos leves.
- 2. Mejor descripción en Baremo.
 - Método clásico, método descriptivo, método Rechar.
- 3. Es una pérdida de atracción y no una alteración del patrimonio biológico.
- 4. Particularidades en el niño.
- 5. Permanencia en el tiempo.
- 6. Congruencia en las valoraciones:
 - Grado medio: hasta 21 puntos (amputación 2 dedos del pie). (Comparar con mastectomía bilateral, amputación primer dedo de la mano, anquilosis de rodilla, amputación 5 dedos del pie).



¿DEMASIADO COMPLICADO EL SISTEMA ACTUAL?...

De algo simple (secuelas, P.E. y días de tratamiento)



- 1. Daños morales por P. fisiológico, funcional y P.E.
- 2. P. moral pérdida calidad de vida (lesionados, familiares...).
- 3. P. personal básico. P. personal por pérdida temporal de calidad de vida.
 - Grados: totalidad actividades, la mayor parte, parte relevante de...
- 4. P. personal particular por I. quirúrgica.



Simplificar o mejorar su graduación.

Seriedad en la praxis

MÉDICO

- 1. Cualidades del perito médico.
- 2. Honorabilidad, ante todo.
- 3. Valoraciones sin desmadre.
- 4. Defensas científicas “en sala”.
- 5. Prestigio.

Anécdota:

“Letrado especializado en VDC”.



Seriedad en la praxis

ABOGADO

- 1. Defensa del cliente para conseguir los derechos, no para explotar el mal negocio.
- 2. No ocultar información.
- 3. Asesoramientos adecuados (leves).
- 4. Gabinetes con “paquetes de oferta”.



Seriedad en la praxis

JUEZ

- 1. Lo mal realizado por las partes → punible.
- 2. Importancia de los careos.
- 3. Sentencias: ¿siempre justas?
 - Ciego que conduce.
 - Conductora tetrapléjica que se convierte en copiloto.
 - Parapléjico que baila.
- 4. Puntuaciones → el médico.



Seriedad en la praxis

LESIONADOS

**ACCIDENTE DE
TRÁFICO → €**

Seriedad en la praxis

**CENTROS DE
CONVENIO → ????**

FRAUDE...

- 1. Cuesta 833 millones de €.
- 2. 6,3 % de accidentes falsos.
- 3. Perfil: joven entre 18-25 años.
- 4. Se ha triplicado desde 2009.
- 5. Obliga establecer maquinaria de defensa.



**INDEMNIZAR MEJOR A GRANDES
LESIONADOS...**

Conclusión

**ME VEO IGUAL QUE
HACE 35 AÑOS**

¿Cómo deseo el futuro?

- 1. Formación académica → **PRESTIGIO VDC, SAVIA NUEVA**
- 2. Entidades aseguradoras → **NO CONFORMARSE**
- 3. IML → **SEGUID LUCHANDO**
- 4. Sociedades científicas VDC → **REAVIVARSE**
- 5. DGS / UNESPA → **CAMBIOS EN EL SISTEMA DE VALORACIÓN**

