

Causalidad y simulación. Comunicación de un caso y breve revisión de la literatura

Causality and simulation. A case report and brief review of the literature

Rodrigues V¹, Nikolić D^{1,2}, Pinto Ribeiro I^{3,4}, Costa Santos J^{1,2,3,4}

¹ Servicio de Clínica Forense de la Delegación del Sur del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Portugal.

² CENCIFOR - Centro de Ciencias Forenses/ FCT. ³ Servicio de Patología Forense de la Delegación del Sur del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Portugal. ⁴ Facultad de Medicina de la Universidad de Lisboa, Portugal.

Resumen

Presentamos una revisión sobre la simulación laboral, seguido de un caso práctico en el cual no fue posible el establecimiento de la causalidad médico-legal para los déficits permanentes.

Palabras clave:

Causalidad, simulación, caída.

Abstract

We establish the medical-legal causality between injury and damage inflicted by a doctor, an important step in medico legal expertise, for which guiding criteria exist. The no establishment of the causality may lead to a reflection on this subject and it is in this case that simulation might become important.

Key words:

Causality, simulation, fall.

Introducción

La responsabilidad médica, específicamente lo que se denomina causalidad médico-legal, se entiende como la relación entre el daño psicofísico de una persona y un evento, por lo general traumático. El establecimiento de dicha correlación la hacen los médicos forenses y es una parte importante en el desarrollo pericial. Sin perjuicio de lo anteriormente indicado, le compete al tribunal efectuar o probar la relación de causalidad, que también ha sido mencionada como una causalidad jurídica [1][2]. La simulación es un aspecto importante y un tema de interés, no sólo porque ocurre con cierta frecuencia en el ejercicio forense, sino porque es un problema que tiene claras consecuencias económicas por la indemnización pecuniaria por el daño asociado [3][4].

Presentamos una revisión sobre la simulación, seguida de un caso práctico basado en tres acontecimientos traumáticos ocurridos en el periodo de tres años. La evaluación pretendía, de acuerdo al Derecho Civil, buscar una indemnización de los daños corporales por las consecuencias clínicas

del tercer episodio traumático y no estaba claro qué lesiones resultaron de cada uno de los episodios.

Simulación

La simulación supone la existencia del comportamiento consciente del fraude, la imitación u ocultación de una enfermedad y el propósito de obtener un beneficio, por lo general económico [5-7]. La simulación es relevante para las distintas jurisdicciones del Derecho, pero es más frecuente en el campo del Derecho laboral [3] y se ha sistematizado de diversos modos. Gisbert Calabuig [6] clasifica la simulación según las motivaciones o la naturaleza del fraude (Tabla 1) (Tabla 2). El contexto médico-legal favorece la simulación, pues se ha observado que la simulación-exageración es más frecuente que la simulación-mentira, ya que resulta más sencillo apoyarse en documentación clínica, comprobando una patología existente, y exagerar los síntomas que confabular una patología sin refuerzo documental que la compruebe [7][8].

Aunque se recomienda conocer el punto de vista psicológico o psiquiátrico, en la evaluación siempre se debe considerar el coste-beneficio, dado el retraso que puede conllevar para el procedimiento. Sin embargo, debe sospecharse la simulación ante una actitud exagerada, ausencia de ante-

Correspondencia

V. Rodrigues
Rua Manuel Bento de Sousa, 3. 1169-201 Lisboa, Portugal
E-mail: vanessasrod@gmail.com

Tabla 1. Clasificación de la simulación de acuerdo con las motivaciones del fraude

Simulación defensiva	Cuando persigue rehuir una sanción o condena
Simulación ofensiva	Cuando la enfermedad se finge para vengarse de alguien atribuyéndole su origen
Simulación exonerativa	Para eludir, sobre todo, el servicio militar
Simulación lucrativa	Para explotar la caridad pública
Simulación adulatora	Para imitar a maestros o poderosos
Simulación ambiciosa	Para obtener honores y prebendas
Simulación afectiva	Motivada por razones afectivas o sentimentales

Tabla 2. Clasificación de la simulación de acuerdo con la naturaleza del fraude

Enfermedad provocada	Enfermedad inducida por el mismo individuo
Enfermedad alegada	Alegación de los síntomas, sin que haya manifestaciones objetivas de ellos
Enfermedad imitada	Reproducción de la enfermedad o de sus síntomas
Enfermedad exagerada	Exageración de síntomas reales
Enfermedad imputada	Distorsión del origen de los síntomas reales

cedentes, escasa gravedad, inconsistencia o incoherencia de los síntomas, y también por la rebeldía al tratamiento [4]. Incluso con sospecha de simulación para evitar la especulación se debe mantener la metodología clínica, pues no hay signos patognomónicos y es el conjunto de elementos, como la anamnesis, la observación directa y los exámenes complementares de diagnóstico, lo que permite un análisis basado en hechos [3][5]. Sin embargo, no es función de los peritos médicos encontrar la razón de la simulación [3].

El examen físico puede dar pistas por la inconsistencia de la presentación de los síntomas y signos. Por su parte, el examen clínico debe repetirse tantas veces como sea necesario para seguir la evolución de la lesión o de los síntomas supuestos [3]. Lloret *et al.* [7] constataron que la simulación es más frecuente entre las mujeres y entre los 50 y los 59 años de edad; también vieron que se encuentra con mayor frecuencia entre las víctimas de accidentes de tráfico que entre las de agresiones, y que la probabilidad de la presencia de un simulador aumenta con la gravedad de la lesión y con el periodo de incapacidad.

I Caso práctico

Mujer de 59 años, caucásica, que acudió a consulta para la evaluación de las consecuencias, según el Derecho civil, de una caída ocurrida durante un viaje en autobús. Como antecedentes personales destacaban la obesidad (IMC = 33 kg/m²) y otras dos caídas anteriores, siendo este accidente, por lo tanto, la tercera caída. Conviene señalar que el perito no tuvo acceso a todos los elementos de la información

clínica de los episodios anteriores. Aun así, fue posible reconstruir, de acuerdo con la anamnesis, y con el apoyo de la documentación clínica aportada, que la primera caída fue el 7 de junio de 2005, en un viaje en tren, de la que resultó una contusión en la rodilla izquierda; el 21 de agosto de 2006 fue intervenida de menisectomía parcial externa, seguido de un tratamiento protocolizado de fisioterapia. Por continuidad del dolor en la rodilla izquierda y gonartrosis, documentada el 19 de diciembre de 2007 mediante RMN, se propuso una nueva intervención de menisectomía parcial interna, efectuada el 3 de julio de 2008, seguida de tratamiento de fisioterapia, encontrando alivio de los síntomas aunque persistía el dolor.

La segunda caída se produjo en un viaje en autobús el 5 de abril de 2008, y su consecuencia fue una contusión del hombro izquierdo con fractura del cuello del húmero izquierdo, siguiendo tratamiento conservador.

El acontecimiento que motiva el tercer accidente ocurrió, por caída, el 14 de agosto de 2008, en otro viaje en autobús. Acudió a urgencias un día después del accidente por dolor en la rodilla derecha, sin documentación de las lesiones. Fue dada alta el mismo día con tratamiento analgésico. Sin embargo, volvió al siguiente día a urgencias, aquejada de dolor en el hombro izquierdo y en la rodilla izquierda. Se realizaron radiografías, en las cuales se documentó una secuela de la fractura subcapital del húmero izquierdo (no especificada) y gonartrosis izquierda. Fue dada de alta el mismo día, una vez más, con tratamiento analgésico.

El examen forense se realizó el 19 de septiembre de 2011, estando aquejada la paciente de omalgía izquierda y gonalgía bilateral. Presentaba edema de la rodilla izquierda, sin limitación funcional de los miembros, y caminaba sin claudicación ni apoyo.

Para establecer la causalidad médico-legal se siguen siete criterios. 1) naturaleza de la lesión adecuada para producir lesiones evidenciadas; 2) naturaleza de las lesiones apropiada a la etiología en cuestión; 3) adecuación del área del trauma y la sede de la lesión; 4) adecuación temporal entre el traumatismo y las lesiones; 5) encadenamiento anatómico entre el traumatismo y las lesiones; 6) exclusión de una causa pre-existente, y 7) exclusión de una causa extraña. Ninguna norma doctrinal establece que la verificación de un determinado número de estos criterios permita concluir con seguridad su establecimiento, siendo la conclusión clínico-pericial. Sin embargo, es cierto que la verificación de algunos es absolutamente obligatoria (naturaleza de la lesión adecuada para producir lesiones evidenciadas, naturaleza de las lesiones apropiada a la etiología en cuestión, exclusión de una causa pre-existente y exclusión de una causa extraña), siendo admisible que los demás varíen con la condición de que se trate [1][2].

En este caso hay quejas de dolor en el hombro izquierdo y en la rodilla izquierda, argumentando la paciente que el último accidente ha dado origen a estas quejas que ahora se examinan. Sin embargo, consultados todos los elementos dispo-

nibles, se encontró documentación que mencionaba, en el momento de la asistencia médica por la tercera caída, secuelas de la fractura del húmero izquierdo (no especificada) y gonartrosis izquierda, lesiones que justifican las quejas de dolor actuales. La examinanda también refiere dolor en la rodilla derecha sin lesiones documentadas (Figura 1).

Dado que la adecuación temporal es el intervalo entre el accidente y la aparición de lesiones, en este caso las lesiones objetivamente documentadas (la fractura del cuello del húmero y la gonartrosis) no tienen adecuación a la tercera caída, puesto que ya estaban registradas anteriormente. Del mismo modo, al estar ausente la adecuación temporal, estará necesariamente ausente el encadenamiento anatómico, que corresponde a la continuidad evolutiva de las lesiones. Por otro lado, como se ha mencionado, hay dos episodios traumáticos anteriores que parecen explicar o al menos son compatibles con aquellas quejas, pudiendo presentarse como causas no relacionadas con las lesiones en cuestión. De hecho, la gonartrosis izquierda se puede explicar con la primera caída y la fractura del húmero izquierdo se relaciona con la historia del segundo episodio traumático (Figura 1).

El criterio con respecto a la exclusión de la causa pre-existente, que se refiere a la integridad previa de la zona afectada, concretamente a la gonartrosis, presentaba también la vulnerabilidad mencionada anteriormente, teniendo como factores de riesgo el sexo femenino y la obesidad [9-12]. Sin embargo, aunque las secuelas ya estuvieran

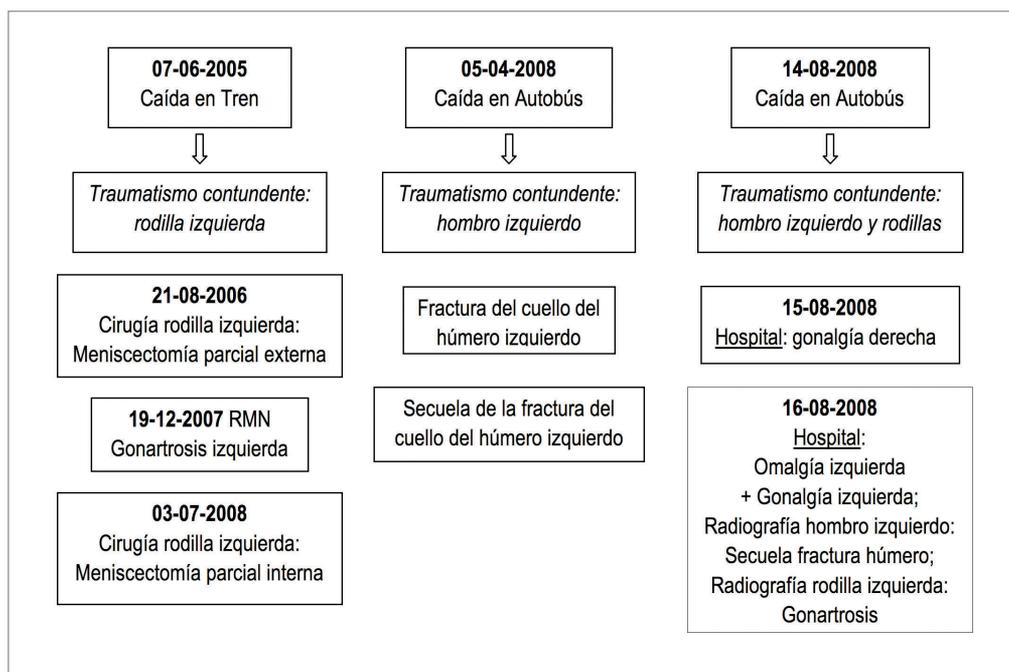


Fig. 1. La correspondencia entre cada evento traumático y sus lesiones asociadas.

presentes, no se puede excluir un empeoramiento de los síntomas (dolor), aunque transitorio, ya que solo entonces podría ser motivo de prescripción de analgésicos, situación que ha ocurrido en las visitas a urgencias posteriores a la caída.

Teniendo en cuenta lo anterior, se encontró que cuando se trata de secuelas objetivas, como son la secuela de la fractura del húmero izquierdo y la gonartrosis izquierda, se eliminan los criterios de la adecuación temporal, el encadenamiento anatómico-clínico y la exclusión de una causa extraña. Uno de los excluidos es precisamente la adecuación temporal, que se considera esencial para el establecimiento de la causalidad médico-legal. No habría, por lo tanto, resultado de la tercera caída un daño anátomo-funcional, aunque la examinanda dedujese de esta todas las secuelas que presentaba. Se ha considerado, sin embargo, que había empeoramiento temporal del dolor, sea del hombro izquierdo, sea de la rodilla izquierda, así como dolor de nuevo en la rodilla derecha, esto también de naturaleza transitoria.

Nos quedó la posibilidad de una eventual simulación, por hipótesis, con el fin de aumentar el valor monetario de la indemnización de la compañía de seguros responsable del tercer accidente, buscando la imputación de las secuelas de las anteriores caídas (omalgía izquierda y gonalgía izquierda) a la última caída, sin que existiera causalidad médico-legal establecida para los déficits permanentes.

En cuanto a la naturaleza del fraude, se puede reconocer la posible existencia de falsa atribución por simulación o enfermedad imputada. Teniendo en cuenta que el informe del perito se basa en la aplicación del Derecho Civil, el objetivo hipotético sería obtener una indemnización de la compañía de seguros, lo cual constituye una simulación lucrativa, de acuerdo con la motivación del fraude. A modo de reflexión, se plantea la cuestión de la pertinencia de la referencia de la sospecha de la simulación en el informe pericial. En nuestro caso no se mencionó que fuera una posible simulación, restringiéndose las conclusiones al establecimiento de la causalidad médico-legal.

Agradecimientos

Al Dr. Fernando Vieira, anterior (hasta septiembre de 2013) director del Servicio de Clínica Forense de la Delegación del Sur del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Portugal, que ha contribuido con la redacción del trabajo. A la Dr.^a Ana Catia Moraís, médica residente de Medicina Legal en la Delegación del Norte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Portugal, que ha ayudado con la traducción del trabajo del portugués al español. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nuno Vieira D, Corte-Real F. Nexo de causalidade em avaliação do dano corporal. En: Nuno Vieira D, Alvarez Quinteiro J. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Caixa Seguros; 2008. p. 61-83.
2. Oliveira Sá F. Clínica médico-legal da reparação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: APADAC; 1992.
3. Valenzuela Garach MA. Simulación y disimulación de enfermedades y lesiones. En: Hernández Cueto C. Valoración medica del daño corporal. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2001. p. 333-349.
4. Murcia Saíz E. Aspectos que distorsionan la valoración médico-legal de enfermedades y lesiones/Simulación versus neurosis traumáticas. Revista Portuguesa do Dano Corporal 2000; 9: 9-29.
5. Costa Santos J. Simulação e dissimulação em clínica forense. En: Nuno Vieira D, Alvarez Quinteiro J. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Caixa Seguros; 2008. P. 149-156.
6. Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. 5ª ed. Barcelona: Salvat Editores; 1998. p. 1073-1081.
7. Lloret FR, Lloret JBM, Márquez MAV. Simulación y exageración en la valoración del daño corporal. Revista Portuguesa do Dano Corporal 1995; 4:47-59.
8. Muñoz Barús I. Whiplash: Traumatismo cervical leve y simulación. Revista Portuguesa do Dano Corporal. 2006; 15:49-56.
9. Mehin R, O'Brien P. End stage arthritis following tibia plateau fractures: average 10-year follow-up. Can J Surg 2012; 55:87-94.
10. Shiraev T, Anderson SE. Meniscal tear. Presentation, diagnosis and management. Australian Fam Phys 2012; 41:182-97.
11. Buchanan WW, Kean WF. Osteoarthritis I: Epidemiological risk factors and historical considerations. Inflammopharmacology 2002; 10:5-21.
12. Adatia A, Rainsford KD. Osteoarthritis of the knee and hip. Part I: aetiology and pathogenesis as a basis for pharmacotherapy. J Pharm Pharmacol 2012; 64: 617-25.

Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.