

## LA ESTABILIZACIÓN LESIONAL DESDE EL PUNTO DESDE LA PERSPECTIVA DEL MÉDICO FORENSE:

**Dr. D. José Antonio Menéndez de Lucas.**

Médico Forense especialista en Oftalmología y Medicina del trabajo  
de la Clínica Médico Forense de Madrid.  
Prof. de Medicina Legal de la Universidad San Pablo CEU.

Una de las funciones habituales de los médicos forenses es el control periódico de la evolución de lo lesionados y la valoración de los daños corporales que sean objeto de actuaciones procesales (1). Nos corresponde emitir el oportuno informe de sanidad, en el que se fijan los días de curación, así como las eventuales secuelas, al objeto de que el Tribunal pueda calificar penalmente los hechos así como fijar la correspondiente indemnización civil derivada de la infracción penal.

Algunas veces, las menos, asistimos a un proceso en el cual el lesionado, tras aplicar una medidas terapéuticas llega a una curación completa de las lesiones alcanzando lo que en Medicina denominamos "*restitutio ad integrum*". En estos casos, el lesionado se ha curado completamente de las lesiones sufridas, no quedando menoscabo alguno anatómico o funcional. Ha recuperado el estado que presentaba previamente al traumatismo.

La mayoría de las veces, cuando el lesionado finaliza el periodo curativo quedan algunas **secuelas**, es decir menoscabos anatómicos o funcionales de carácter permanente o definitivo, en relación a su estado previo al traumatismo, que suponen un daño corporal en muchos casos indemnizable.

Durante el periodo de curación se aplican las medidas terapéuticas y rehabilitadoras necesarias para que el paciente se recupere del daño sufrido, pero algunas veces llega a una situación de consolidación o **estabilización lesional**, en la que ya no es esperable una mejoría significativa de su situación. A partir de ese momento fijamos a efectos médico legales la fecha teórica de curación por estabilización lesional con secuelas, y procedemos a emitir el oportuno informe de sanidad del lesionado, en el que constarán las lesiones sufridas, si ha precisado para su curación, además de la primera asistencia, tratamiento médico o quirúrgico, los días de curación (impeditivos o no) y las secuelas que han quedado, con su correspondiente valoración y puntuación.

Es posible que a partir del momento en el que hemos fijado la fecha de curación por estabilización lesional con secuelas, el lesionado se someta a **nuevos tratamientos** farmacológicos, quirúrgicos o rehabilitadores, cuya finalidad no es curativa, ya que las secuelas están establecidas, y por definición tienen carácter permanente, sino tratar de mitigar el efecto de la secuela o evitar su empeoramiento. Pongamos como ejemplo el caso de un lesionado que consecutivamente a un esguince cervical, alcanza el alta por estabilización lesional a los cuarenta y cinco días del accidente, contemplando como secuela un síndrome postraumático cervical (cervicalgia, contractura muscular

paravertebral cervical, vértigos y mareos relacionados con los movimientos del cuello,...). Es posible que en el futuro sufra periodos de reagudización de sus molestias cervicales que requieran tratamientos farmacológicos (analgésicos, miorrelajantes, antiinflamatorios,...), nuevas sesiones de rehabilitación e incluso puede requerir nuevos periodos de baja laboral. Estos tratamientos que eventualmente pueden ser requeridos en el futuro, en la evolución de las secuelas, debieron ser tenidos en cuenta al valorar y puntuar la secuela, cuando se procedió a dar el alta al lesionado. Por lo tanto, no deben variar los términos en los que se emitió el informe de sanidad en su momento.

### **CRITERIOS MÉDICO FORENSES PARA ESTABLECER EL ALTA POR ESTABILIZACIÓN LESIONAL:**

Establecer el momento concreto en el que se produce la estabilización lesional es complejo, ya que la mayoría de las veces no se hace de forma brusca, sino progresivamente, y puede ser motivo de discusión. Habitualmente seguimos una serie de criterios: (2)

- **Finalización del tratamiento curativo activo:** es decir, que se consideren agotadas las posibilidades terapéuticas y rehabilitadoras tendentes a acortar el tiempo de duración de las lesiones, o disminuir el menoscabo producido (secuela). En aquellos casos en los que el lesionado rechaza algún tratamiento quirúrgico o de otro tipo que eventualmente mejoraría su situación, pero que por diversos motivos prefiere no someterse a él, tomamos como fecha de estabilización lesional el momento de su negativa. (3).
- **Estabilización de la evolución aguda de las lesiones:** Es el momento en el que las lesiones se transforman en secuelas, por la ausencia de evolución de las mismas. En la práctica clínica, se correspondería con el momento en el que el médico asistencial decide que ya no son necesarias nuevas revisiones, ni tratamiento alguno y ya se programan revisiones con una periodicidad anual.
- **Reincorporación a la actividad laboral o propuesta de incapacidad:** En aquellos casos en los que el lesionado no desarrolla una actividad laboral, tomaremos como referencia la reincorporación a sus actividades habituales. La fecha del parte de alta que emite el médico de cabecera, no tiene por qué coincidir con la fecha de alta que establece el forense a efectos médico-legales.
- **Periodos medios de curación de las lesiones:** Nos sirven como referencia y tienen un valor meramente orientativo. Existen múltiples trabajos en los que se recoge el tiempo que habitualmente tardan en curar las lesiones más habituales (4), (5) y (6). Cuando el tiempo de estabilización lesional se aparta significativamente del tiempo estándar de curación de las lesiones sufridas, deberemos aclarar en el informe de sanidad los motivos de este retraso. Suele obedecer a la concurrencia de

concausas (por ejemplo, estado anterior que le hace especialmente vulnerable, complicaciones surgidas, retrasos en aplicar el tratamiento rehabilitador,...).

## **CONTROVERSIAS FRECUENTES EN RELACIÓN A LA ESTABILIZACIÓN LESIONAL:**

La aplicación a la práctica diaria de los criterios anteriormente expuestos no siempre es sencilla, ya que existen diferentes puntos de vista e intereses contrapuestos que van a motivar **impugnaciones del informe de sanidad** que emite el médico forense. Los más habituales suelen ser:

- Impugnar la fecha de alta aportando informes médicos justificativos de **nuevos tratamientos** (sesiones de rehabilitación) o nuevos partes de baja, con posterioridad al alta. Consideramos que cuando se establece la fecha de alta por estabilización lesional con secuelas, éstas tienen por definición carácter definitivo y podrán requerir en el futuro nuevas medidas terapéuticas y rehabilitadoras para mitigar el efecto de la secuela. Estos eventuales tratamientos no tienen carácter curativo, y la posibilidad de que fueran necesarios en el futuro ya ha sido tenida en cuenta a la hora de valorar y puntuar la secuela. No deben, por lo tanto, incrementar los días de curación.
- Alegar que la fecha de alta establecida por el forense es incorrecta, dado que **el médico de cabecera continúa manteniendo de baja** al paciente. Hemos visto que ambas fechas no tienen por qué coincidir, ya que el médico de cabecera puede verse presionado por un paciente demandante con el que mantiene una relación de tipo asistencial. El médico forense tiene una posición mucho más independiente e imparcial con el lesionado, además de asumir la responsabilidad de tener que justificar ante el tribunal las razones estrictamente médicas que han justificado periodos de curación excesivamente dilatados en el tiempo.
- En ocasiones el motivo de la impugnación de la fecha de estabilización lesional se plantea porque **después de esta fecha, el lesionado ha acudido a varias revisiones** médico-forenses. Estos nuevos reconocimientos, podrían interpretarse como una evidencia de que el lesionado aún seguía evolucionando en su proceso curativo. En nuestra opinión, la fecha de alta por estabilización lesional se establece "a posteriori", una vez valorado todo el proceso evolutivo y es posible, que una vez constatado en varias revisiones médico forenses que se mantiene el menoscabo (secuela) de forma estable, se establezca la fecha de alta por estabilización lesional en el momento a partir del cual el proceso curativo finalizó, independientemente que el lesionado haya acudido a revisiones posteriores a esta fecha.

- La **falta de especialización** del médico forense generalista, ocasionalmente es alegada como motivo de impugnación de su informe, proponiendo la parte afectada una nueva prueba pericial realizada por un médico especialista (traumatólogo, neurólogo, psiquiatra, oftalmólogo,...). Tampoco le vemos mucho fundamento a este tipo de alegaciones, ya que el médico forense tiene a su disposición a los compañeros especialistas de las Clínicas Médico Forenses o los Institutos de Medicina Legal, a los que puede derivar al lesionado para valoración, o solicitar informes complementarios a los especialistas que han tratado al lesionado a través del Juzgado Instructor, o proponer al Magistrado la realización de una prueba pericial por un médico de la especialidad que considere oportuna, incluido en los listados existentes en los Colegios de Médicos Provinciales. Los médicos forenses somos plenamente conscientes de la obligación que tenemos, si no legal, al menos deontológica (7), de abstenernos de realizar actuaciones profesionales que sobrepasen nuestra capacidad (art. 22.1 del Código Deontología Médica).
- Finalmente, para no alargarnos más con el tema, hemos de comentar brevemente como fuente habitual de controversia las, a mi entender incorrectamente denominadas "**secuelas temporales**". Consideramos incorrecto el término, ya que la secuela, por definición, debe tener carácter permanente. Si un menoscabo no es permanente, no debería ser considerado como secuela. Es cierto que con relativa frecuencia valoramos lesionados que una vez finalizado el proceso curativo tienen molestias leves, de carácter recurrente, cuyo pronóstico es favorable con tendencia a mejorar progresivamente con el tiempo. Pongamos por ejemplo, la cervicalgia con contractura muscular paravertebral y vértigos asociados a giros de cabeza que pudiera sufrir de forma esporádica un lesionado de 45 años que ha tenido un esguince cervical. Podemos considerarlo como secuela leve, valorándola como síndrome postraumático cervical (entre 1 y 8 puntos) en dos puntos, por ejemplo; o retrasar la fecha de estabilización lesional, aumentando el número de días no impeditivos. Algunos autores (8) consideran que se obtiene mayor indemnización por una lesión de duración prolongada que cura sin secuelas que por una de corta duración que cure con una secuela de índole menor. Así, en nuestro ejemplo anterior, los dos puntos de la secuela actualmente (9) supondría una indemnización de 1.443 euros. Esta cuantía indemnizatoria se alcanzaría en poco más de un mes y medio, concretamente a los cuarenta y siete días, si optamos por retrasar la fecha de alta. Consideraremos este periodo de tiempo como días no impeditivos, y damos el alta sin secuelas. Es cierto que los médicos forenses tendemos a dar el alta por estabilización lesional con secuelas, en lugar de incrementar los días no impeditivos de curación, en estos casos y el motivo probablemente sea la dificultad de valoración en la práctica pericial diaria de esta sintomatología de tipo subjetivo y recurrente, tendente a la mejoría en el tiempo (secuela temporal) cuando el lesionado es plenamente consciente de la posibilidad de que la

prolongación de la duración en el tiempo de sus molestias subjetivas puede incrementar la cuantía de la indemnización recibida.

### **Referencias Bibliográficas:**

- (1).- RD 296/1996 de 23 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. BOE de 1 de marzo de 1996.
- (2).- Vega Vega C, Bañón González RM. Criterios de estabilización lesional en la valoración del daño corporal. Rev Esp Med Legal. 2012; 38(1): 36-38.
- (3).- Hernandez Cueto C. Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y valoración de lesionados. 2ª ed. Barcelona: masson; 2001.
- (4).- Secretaría de Estado de la Seguridad Social. INSS. Tiempos estandar de incapacidad temporal. Consultado el 16 de octubre de 2012.  
<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/122970.pdf>
- (5).- Aso Escario J, Cobo Plana JA. Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la Ley 34/2003. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2006.
- (6).- Hinojal Fonseca R. Daño corporal: fundamentos y métodos de valoración médica. Oviedo: Arcano Medicina; 1996.
- (7).- Código de Deontología Médica. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Julio de 2.011. Consultado el 16 de octubre de 2.012.  
[https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf)
- (8).- Medina Crespo M. Tratamiento resarcitorio de las secuelas temporales y de los días empleados para la rehabilitación del lesionado. A propósito de la STC 112/2003 de 16 de junio. La conveniencia de una reforma legal estrictamente necesaria.  
<http://www.asociacionabogadosrcs.org/congreso/ponencias3/PonenciaMarianoMedinaCrespo.html>
- (9).- Resolución de 24 de enero de 2.012, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publica la cuantía de las indemnizaciones por los daños causados a las personas en los accidentes de tráfico. BOE núm. 31 de 6 de febrero de 2.012.