



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA

Alessio Garro Donini*

RESUMEN:

La edad es una condición fisiológica del individuo que puede influir de forma importante en la evolución de las lesiones padecidas, por lo tanto la evolutividad frente a los mismos cuadros patológicos, la capacidad de adaptación y los mecanismos de compensación no es igual en los niños y jóvenes que en las personas de edad avanzada, que sufren respecto a las primeras recuperaciones mas lentas y no tan favorables (Criado del Río, 2011). Las lesiones traumáticas en los niños tienen una gran importancia en la sociedad actual, dando lugar a situaciones que generan uno de los mayores problemas de salud pública de mayor trascendencia. Los (as) adultos (as) mayores presentan siempre un estado anterior, determinado por sus por todo su historial clínico (patologías anteriores), o por las características propias del envejecimiento, o deterioro involutivo de sus estructuras anatómicas y capacidades funcionales que se suma a una menor capacidad de adaptación y de respuesta a la alteración de la salud (Gisbert, 2001).

PALABRAS CLAVE:

Daño corporal, infancia, adulto mayor, estado anterior, estado posterior, fracturas óseas.

ABSTRACT:

Age is a physiological condition of the individual who can significantly influence the evolution of the injury suffered, so the scalability compared to the same pathological conditions, adaptability and compensation mechanisms is not the same in children and young people in the elderly, who suffer respect to the first slower and not so favorable recoveries (Criado del Río, 2011). Traumatic injuries in children are of great importance in today's society, giving rise to situations that create one of the biggest public health problems of major importance. Adults higher always have an earlier state, all determined by your medical history (previous diseases), or by the characteristics of aging or deterioration of involution anatomical structures and functional capabilities in addition to a reduced ability to adapt and change in response to health (Gisbert, 2001).

KEY WORDS:

Bodily harm, children, elderly, former state later stage, bone fractures.

* Médico residente del Departamento de Medicina Legal, Poder Judicial, Costa Rica.
Correo electrónico: agarrod@poder-judicial.go.cr



Introducción

El Daño corporal podría definirse como toda alteración anatómica o funcional causada por agentes externos, y desde un punto de vista médico-legal toda alteración física, mental o psíquica, causada por agentes mecánicos, físicos, químicos o biológicos, derivados de una de causa exógena, tenga o no carácter doloso.

Un niño se considera aquella persona que tiene una edad comprendida entre el nacimiento y hasta el final de la adolescencia

La valoración Médico Legal del daño corporal en los extremos de la vida debe de incluir: evolución probable de la enfermedad anterior sin el accidente, las características del estado anterior patológico o no patológico, evolución probable del traumatismo sin el estado anterior, las consecuencias de la asociación entre el estado anterior y el trauma. Y con estos puntos se deberá de realizar una valoración médica completa con el fin de determinar incapacidad funcional y/o incapacidad para la vida autónoma.

El objetivo de la presente revisión es poder enmarcar las consideraciones especiales a tomar en consideración al realizar la valoración Médico Legal durante la infancia y en la adultez mayor, tomando en cuenta tanto los parámetros intrínsecos como extrínsecos, para así poder determinar incapacidades temporales y/o permanentes

Valoración del Daño Corporal en la Niñez

Según el Comité de Prevención de Accidentes en la Infancia en España se determinó que hay unos 200 mil niños accidentados por año, en el 33% de los casos se dieron en el domicilio, el 38% en la calle y solo el 7% en la escuela. Existiendo predominio en verano entre las 14 y las 20 horas. La proporción según el sexo, es del 71 % de niños, frente al 29% de las niñas.






a) Lesiones óseas

En cuanto a lesiones óseas la angulación y los desplazamientos corrigen mucho mejor en los niños más pequeños, los trastornos de rotación no se corrigen nunca.

Uno de los problemas más importantes es la producción de una lesión traumática a nivel del cartílago del crecimiento. La lesión completa del cartílago lleva, inevitablemente, al acortamiento evolutivo del hueso. La lesión de la diáfisis es la más benigna por que no se afectan los cartílagos del crecimiento.



Clasificación de Salter y Harris (fracturas epifisarias):

				
Tipo I: Separación de la fisis.	Tipo II: Separación de la fisis asociada a una fractura de la metáfisis.	Tipo III: Separación de la fisis junto a una fractura de la epífisis con afectación articular.	Tipo IV: Lesión de la fisis con fractura de la metáfisis y de las epífisis.	Tipo V: Aplastamiento del cartilago de crecimiento.
Pronóstico favorable.	Es el tipo más frecuente. Pronóstico bueno ya que su reducción precoz es fácil.	Requiere reducción anatómica. Pronóstico grave.	Requiere reducción quirúrgica abierta. Mal pronóstico.	Pronóstico muy grave.

Tomado de : Esteves A, García C: *Fracturas en la edad pediátrica. Diagnóstico radiológico. Pediatría al Día* 1993

La fase de crecimiento es un estado previo fisiológico que puede influir sobre las consecuencias de un traumatismo, que si no es patológico no debe de considerarse como factor concausal, sino como un factor ocasional (no concausal), de acuerdo con los mismos criterios expuestos en la relación de causalidad Médico Legal.

La consolidación Médico Legal en este extremo de la vida en general se encuentra acortada pero no siempre sucede así. Por regla general esta alargado en los neonatos respecto a los lactantes, y éstos respecto a los niños de mas de dos años. Los adolescentes suelen tener el período de consolidación acortado respecto a los tiempo medios de curación (García Blasquéz, 2004).

Cuando se sabe que las lesiones son susceptibles de mejorar con el paso de los años, no se esperará para establecer la consolidación Médico Legal hasta el final del crecimiento o desarrollo, ésta se fijará dentro de un plazo "razonable". La mejora previsible y esperada explicará y se tendrá en cuenta en las conclusiones de la valoración.

La determinación de la consolidación médico legal y, por lo tanto el período de incapacidad temporal plantea problemas, porque la evolución de las lesiones, se ve afectada por el crecimiento o desarrollo, porque las secuelas verdaderamente no se pueden determinar hasta la finalización del crecimiento, y por que tampoco se puede esperar a valorar e indemnizar a la edad 18 años.

Y además se está estableciendo una consolidación temporal o provisional a la espera de la consolidación Médico Legal (Creusor, 2006).

Si se considera que existe la probabilidad de que la incapacidad permanente final sea algo mayor o menor, porque no se ha esperado al final de crecimiento en la determinación de la consolidación médico legal, la tasa de IT se ampliará o reducirá sin necesidad de esperar al final del crecimiento, argumentado cuál es la tasa actual y el porqué de la tasa final que estimamos (Beuji-Hugues, 2005).

Esta forma de actuar ni impide en absoluto que, si pensamos que en un futuro pueden existir variaciones de los daños personales , por lo que se podría señalar el concepto de daños futuros, señalando la necesidad de una nueva valoración futura al final del desarrollo, 18-20 años. (Steinbach, 1997)



b) Trauma Cráneo encefálico

Son las lesiones que se encuentran más frecuentemente en los accidentes de la infancia.

La existencia de fontanela, que permite una cierta distensión en casos de hipertensión es un caso de mejor pronóstico en la infancia, por lo contrario la relación volémica y de elementos formes de la sangre los vuelve más susceptibles a un shock hipovolémico.

TABLA 1. Causas del traumatismo craneoencefálico en niños y adolescentes.

Edad (años)	Causa
0 – 2	caídas cuna /malos tratos
2 – 5	caídas columpios, parques
6 – 12	atropellos (peatón/bicicleta)
14 – 18	motocicletas
18 – 21	motos / coche

TABLA 2
Escala de Glasgow modificada para pacientes pediátricos

Apertura ocular	
Espontánea	4
A la orden	3
Al dolor	2
Ninguna	1
Respuesta verbal	
Balbuceo, sonríe, llora	5
Llora continuamente	4
Grita al dolor y llanto exagerado	3
Gemido al dolor	2
Ninguna	1
Respuesta motora	
Movimientos espontáneos normales	6
Retirada al contacto	5
Retirada al dolor	4
Respuesta en flexión patológica	3
Respuesta en extensión patológica	2
Ninguna	1

Tomado de : Esteves A, García C: *Fracturas en la edad pediátrica. Diagnóstico radiológico. Pediatría al Día* 1993

Valoración del Daño Corporal en la adultez mayor

El envejecimiento es un Proceso heterogéneo e irreversible que se inicia partir del momento que el organismo alcanza la capacidad funcional máxima. Cursa con disminución progresiva de la reserva fisiológica en la mayoría de órganos y sistemas.

En la mayoría de tejidos hay una disminución del número de células, con consiguiente disminución de su peso, la masa ósea se pierde hasta en un 20%.

La piel se atrofia con propensión a formar úlceras de presión en pacientes con trastornos de movilidad. La marcha se modifica con presencia de una mayor base de sustentación, disminución del braceo y a una mayor flexión del tronco



A nivel del sistema respiratorio es probable encontrar disminución y entecimiento de los cilios, además de disminución reflejo de la tos. A nivel del corazón con pérdida progresiva de células musculares, sobre todo en el tejido de conducción (nódulo sinusal), lo que podría causar alteraciones del ritmo.

Los (as) adultos (as) mayores presentan siempre un estado anterior, determinado por sus por todo su historial clínico (patologías anteriores), o por las características propias del envejecimiento, o deterioro involutivo de sus estructuras anatómicas y capacidades funcionales que se suma a una menor capacidad de adaptación y de respuesta a la alteración de la salud. En cuanto a la consolidación Médico Legal y el estudio del periodo de incapacidad temporal, cuando las lesiones finalizan con la curación no puede pretender que el evaluado vuelva a su estado previo que tenía antes de producirse la lesión.

Los días totales de incapacidad funcional temporal pueden verse prolongados por el estado de fragilidad previo debido a la senilidad, pero serán valorados en su totalidad como daño resultante de hecho lesivo (Gisbert, 2001).

Se produce una aceleración de la involución senil, también llamado efecto “tobogán” de sus capacidades funcionales o deterioro súbito de su estado general tras la acción de un traumatismo, esto se considera que es debido a la situación de equilibrio frágil e inestable. Otra situación distinta es la del que presenta una patología previa, estado anterior patológico, que interactúa con las lesiones resultantes del hecho lesivo y precipita el deterioro brusco de la capacidad funcional general.

En España la producción de una involución senil tras el accidente o una aceleración del proceso senil se ha llamado: Perjuicio senil (Val, E. 1991). Sin embargo es una situación que se debe valorar dentro de la incapacidad funcional permanente.

Para realizar una adecuada e integral valoración del daño corporal en adultos (as) mayores debemos recurrir a :

a) Valoración clínica, b) Valoración funcional (ABVD, AIVD), Karnofsky, índice Katz, índice de Barthel c) Valoración mental: MMSE, Yesavage, Rating scale for depression y d) Valoración social

La evaluación funcional comprenderá tres grandes áreas: 1) Actividades de la vida diaria (AVD), 2) actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) y 3) movilidad.



Tabla I
Escala de Karnofsky

<i>Puntuación</i>	<i>Situación clínico-funcional</i>
100	Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal pero con signos o síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo.
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto.

Tomado de: Cuadras Lacasa F, Alcaraz Benavides M, Llorc Mateu M et al. Índice de Karnofsky para medir la calidad de vida. *Revista Rol de Enfermería* 1998

Conclusión.

La valoración del daño corporal en los extremos de la vida, siempre plantea una serie de variantes a las cuales el médico forense debe enfrentarse, dado que se debe de realizar una valoración global del peritado tomando en cuenta sus factores fisiológicos según la edad, así como los estado anteriores tanto patológicos como no patológicos.

Es importante antes de realizar una valoración tanto en la niñez como en la adultez mayor retomar conceptos básicos de desarrollo, crecimiento así como de involución, siendo que estos serán actores primordiales en el desarrollo y estabilización de lesiones, y a su vez serán factores determinantes en la producción o no de estados secuelares, que podrían llevar a un severo deterioro de la capacidad para realizar actividades básicas en los adultos mayores, en los (as) niñas podría condicionar su capacidad de integrarse en un futuro de una manera adecuada al ámbito laboral y/o social.

De una forma un tanto simplista, suele señalarse que el problema de la valoración del daño corporal del niño es su futuro, ya que tiene “toda la vida por delante” y no ha concluido aún su desarrollo físico, psíquico ni, por supuesto social.

Por el contrario, la dificultad en la valoración del daño corporal en el adulto mayor proviene de que este arrastra tras de sí un “pasado”, y por ende un “estado anterior” que interactúa con las lesiones determinadas por el evento traumático, de tal modo que resulta importante delimitar el papel de cada uno de los factores.”



Bibliografía

1. Borobia, C. La valoración del daño corporal. *Jano*. 1985; 649:21-9. 14. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.
2. Criado, M. T. (1994). Valoración médico legal del daño personal por responsabilidad civil. Madrid, España: MAPFRE.
3. Gisbert, J. A. (2004). *Medicina Legal y Toxicología*, (6° ed). España: Elsevier.
4. Rodríguez, M. (1991). **Manual el perito médico: Fundamentos jurídico-prácticos**. Barcelona, España: JM Bosch.
5. Hernández, C. (2001). Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados, (2° ed). Barcelona, España: Masson.
6. Villanueva, E. y Hernández, C. (1998). Valoración médica del daño corporal. En: Gisbert, J. A. *Medicina legal y toxicología*, (5° ed). Barcelona, España: Masson. p. 455-65.
7. Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados.
8. Real Decreto Legislativo 8/2004, de 19 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.
9. Borobia, C. (2006). Sistemas de valoración del daño corporal. Concepto, definición y antecedentes históricos. Valoración del daño corporal. Legislación. Metodología y prueba pericial médica. Barcelona, España: Masson. p. 233-49.
10. Lombardía, M. (2006). Derecho Penal. En: Borobia C, editor. Valoración del daño corporal. Legislación. Metodología y prueba pericial médica. Barcelona, España: Masson, p. 31-42. Costa Rica. Código Penal. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre
11. Vicente, E. (2006). Derecho civil y responsabilidad civil. Derechos de los pacientes y deberes de información del médico. En:
12. Borobia C, editor. Valoración del daño corporal. Legislación. Metodología y prueba pericial médica. Barcelona, España: Masson. p. 47-66.
13. Paul, J. M. (1996). Introducción a la responsabilidad jurídica del profesional sanitario. *Cuad Med Forense*, 4, 83-93.
14. Hernández, C. (2005). Valoración del daño en el ámbito laboral. Barcelona, España: Masson. p. 132-45.