

JORNADAS MÉDICO-LEGALES DE FORMACIÓN EN EL BAREMO DEL NUEVO SISTEMA DE VALORACIÓN LEY 35/2015

Capítulo I Sistema Nervioso: Neurología y Psiquiatría y Psicología Clínica

Dr. Daniel Sanroque



SOCIETAT CATALANO BALEAR DE
VALORACIÓ MÈDICA DEL DANY CORPORAL

Capítulo I

Sistema Nervioso: Neurología y Psiquiatría y Psicología Clínica

- ┆ Fusión de los capítulos I, VI y VII de la Tabla VI de la Ley 34/2003 – RDL 8/2004.
- ┆ Cambio en la denominación.
- ┆ La puntuación se ve incrementada en casi todas las secuelas.



Capítulo I

Sistema Nervioso: Neurología y Psiquiatría y Psicología Clínica

Neurología:

- Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular.
- Secuelas motoras y sensitivomotoras de origen periférico.
 - ┆ Nervios craneales
 - ┆ Miembro superior
 - ┆ Miembro inferior
- Trastornos Cognitivos y Daño Neuropsicológico
- Trastornos Anatomo-Funcionales

Psiquiatría y Psicología Clínica

- Trastornos Neuróticos
- Trastornos Permanentes del Humor
- Agravaciones



Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular:

- La valoración no se puede hacer por escalas de lesiones medulares: ASIA, Frankel, etc.

La clasificación ASIA (American Spinal Injury Association) establece las definiciones básicas de los términos usados en la valoración de la lesión medular y establece una clasificación de acuerdo a cinco grados determinados por la ausencia o preservación de la función motora y sensitiva, indicando la severidad de dicha lesión y su posible pronóstico.

GRADO A	Ausencia de función motora y sensitiva que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5.
GRADO B	Preservación de la función sensitiva por debajo del nivel neurológico de la lesión que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5 y con ausencia de función motora.
GRADO C	Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico tienen un balance muscular menor de 3.
GRADO D	Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico tienen un balance muscular de 3 o más.
GRADO E	Las funciones sensitiva y motora son normales.

Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular:

Clasificación de Frankel para lesiones medulares.

- ▮ A completa: No esta preservada ninguna función motora o sensitiva por debajo de la zona de preservación parcial.
- ▮ B incompleta: Sensibilidad preservada, únicamente preservación de cualquier sensación demostrable, reproducible, excluyendo sensaciones fantasma. Función motora voluntaria esta ausente.
- ▮ C incompleta: Actividad motora no funcional, preservada la función motora voluntaria la cual es mínima y no es útil funcionalmente. Los músculos clave están a menos de 3 en la escala de gradación motora.
- ▮ D incompleta: Actividad motora funcional preservada, la función motora voluntaria esta preservada y es útil. La mayoría de los músculos clave están un grado igual o mayor de 3.
- ▮ E normal: Las funciones motora y sensitiva son normales, aunque pueden persistir reflejos anómalos.



Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular:

Escala de Ashworth modificada

Graduación	RESPUESTA AL MOVIMIENTO
0	Tono muscular normal
1	Aumento ligero en el tono del musculo, resistencia mínima en los últimos grados del rango de movimiento
1+	Aumento ligero en el tono del musculo, resistencia mínima a lo largo de menos de la mitad del rango del movimiento (signo de navaja)
2	Aumento del tono mas marcado en la mayor parte del rango de movimiento, pero la extremidad puede moverse fácilmente
3	Considerable aumento del tono muscular, el movimiento pasivo es dificultado (signode rueda dentada)
4	La parte afectada esta rígida en flexión o extensión

Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular:

- Sigue la misma exposición de las secuelas de la Tabla VI de la Ley 34/2003. Aunque tenemos diferencias:
 - | Paraplejia:
 - D1
 - D2-D5
 - D6-D10
 - D11-L2
 - | Síndrome Medular Transverso L3-L5



Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular:

- Sigue la misma exposición de las secuelas de la Tabla VI de la Ley 34/2003. Aunque tenemos diferencias:
 - | Síndromes extrapiramidales / Síndrome cerebeloso / Ataxia: según compromiso funcional, motor, nivel de marcha, equilibrio y manipulación:
 - Leve: marcha sin ortesis
 - Moderado: marcha con ortesis
 - Grave: imposibilidad de marcha
 - | Dolores por desaferación:
 - Concurren con amputaciones o lesiones de nervios periféricos
 - Excepcionales
 - Informadas y tratadas en Unidades espaciales
 - Descartadas otras causas



Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular:

Se ha de valorar por exploración clínica y cuando están agotadas las posibilidades de rehabilitación.

Escala de Balance Muscular Oxford.

- Escala de Oxford: Grados de 0-5

- | Grado 0 - No contracción muscular. Se toma este si no hay ningún grado de contracción ante la máxima facilitación, porque indicaría una atonía; unaparálisis total.
- | Grado 1 - Leve contracción que se nota sobre todo en tendones de inserción.
- | Grado 2 - Movilidad en todo el arco articular sin gravedad.
- | Grado 3 - Igual pero con gravedad.
- | Grado 4 - Gravedad y ligera resistencia.
- | Grado 5 - Máxima resistencia. Se da este valor solo a los grupos musculares que funcionan bien en todas sus actividades funcionales, y comparando con el lado sano.



Secuelas motoras y sensitivomotoras de origen periférico

Pares craneales:

| Se desarrollan las secuelas de:

- N. Trigémino

- | Afectación primera rama: hipo/anestesia de rama oftálmica
- | Afectación de segunda rama: hipo/anestesia de rama maxilar
- | Afectación tercera rama: hipo/anestesia de rama dento-mandibular
- | Neuralgia intermitente
- | Neuralgia continua
- | Parálisis/Paresia del temporal o del masetero



Secuelas motoras y sensitivomotoras de origen periférico

Pares craneales:

Se desarrollan las secuelas de:

- N. Facial
 - ┆ Tronco:
 - Parálisis (si precisa oclusión permanente por lagofthalmos, añadir 5 puntos)
 - Paresia
 - ┆ Rama fronto-orbitaria:
 - Parálisis (si precisa oclusión permanente por lagofthalmos, añadir 5 puntos)
 - Paresia
 - ┆ Rama mandibular
 - Parálisis
 - Paresia
 - Disgeusia de dos tercios anteriores de la lengua
 - Neuralgia
- N. Glossofaríngeo
 - ┆ Lesión completa bilateral
 - ┆ Lesión completa unilateral
 - ┆ Lesión incompleta – Paresia
 - ┆ Neuralgia
- N. Espinal
 - ┆ Parálisis bilateral
 - ┆ Parálisis unilateral
 - ┆ Paresia



Secuelas motoras y sensitivomotoras de origen periférico

Miembro superior

- | Se desarrollan las secuelas de:
 - N. Mediano
 - | Lesión completa
 - A nivel del brazo
 - A nivel del antebrazo
 - A nivel de la muñeca
 - | Lesión incompleta
 - A nivel del brazo
 - A nivel del antebrazo
 - A nivel de la muñeca



Secuelas motoras y sensitivomotoras de origen periférico

Miembro superior

| Se desarrollan las secuelas de:

- N. Radial

| Lesión completa:

- A nivel del brazo con/sin afectación de tríceps
- A nivel del antebrazo con afectación de extensores de carpo y dedos

| Lesión incompleta:

- A nivel del brazo con/sin afectación de tríceps
- A nivel del antebrazo con afectación de extensores de carpo y dedos
- A nivel del antebrazo sin afectación de extensores o a nivel de muñeca (sólo sensitiva)



Secuelas motoras y sensitivomotoras de origen periférico

Miembro superior

| Se desarrollan las secuelas de:

- N. Cubital

| Lesión completa:

- A nivel del brazo
- A nivel del antebrazo. Con afectación de sus flexores subsidiarios
- A nivel del antebrazo. Sin afección de sus flexores subsidiarios o en muñeca

| Lesión incompleta:

- A nivel del brazo
- A nivel del antebrazo
- A nivel de la muñeca

- N. Torácico largo

| Lesión completa - Parálisis



Secuelas motoras y sensitivomotoras de origen periférico

Miembro inferior

Se desarrollan las secuelas de:

- N. Ciático (N. Ciático común)
 - ┆ Lesión completa – Parálisis
 - Lesión proximal completa con afectación de flexores de la corva
 - Lesión distal completa sin afectación de flexores de la corva
 - ┆ Lesión incompleta – Paresia
 - Lesión proximal: grave, moderada, leve
 - Lesión distal: grave, moderada, leve
 - ┆ Neuralgia
- N. Femoral (N. Crural)
- N. Peroneo común (N. Ciático Poplíteo externo)
- N. Peroneo superficial (N. Musculocutáneo)
- N. Peroneo profundo (N. Tibial anterior)
- N. Tibial (N. Ciático Poplíteo interno)



Trastornos Cognitivos y Daño Neuropsicológico

Síndrome frontal / Trastorno orgánico de la personalidad / alteración de funciones superiores integradas:

- Se establecen los criterios de valoración de gravedad
 - ┆ Leve, Moderado, Grave, Muy grave

Síndrome posconmocional / Trastorno cognoscitivo leve

- CIE-10, DSM-V

Trastorno del lenguaje – Trastorno de la comunicación

- Disfasia. Alteraciones en la denominación, en la repetición. Parafasia. Comprensión conservada.

Amnesia

- Fijación
- Evocación

Epilepsias

- Sin trastorno de la conciencia: parcial o focal simple.
- Con trastorno de la conciencia: generalizadas y parciales complejas.
 - ┆ Bien controladas
 - ┆ No controladas completamente
 - ┆ Difícilmente controladas



En general, se va a precisar un informe neuropsicológico, neurológico, neurofisiológico.

	Síndrome frontal/trastorno orgánico de la personalidad / alteración de funciones cerebrales superiores integradas.
01135	<ul style="list-style-type: none"> • Leve: El síndrome comprende: <ul style="list-style-type: none"> a) Trastornos de la memoria que dificultan la consolidación de lo aprendido. b) Mínima labilidad emocional (episodios aislados de irritabilidad ante frustraciones, de disminución de ánimo o de apatía). Leves alteraciones del sueño. c) Alteraciones cognitivas transitorias. No se detectan prácticamente alteraciones del lenguaje. Es capaz de mantener su situación laboral. d) Reducción de la actividad social manteniendo relaciones sociales significativas. e) Autonomía completa para el cuidado personal.
01136	<ul style="list-style-type: none"> • Moderado: El síndrome comprende: <ul style="list-style-type: none"> a) Trastornos de la memoria que producen limitaciones del aprendizaje y dificultades de evocación. b) Sintomatología emocional moderada: Episodios de irritabilidad habituales antes situaciones de estrés o afecto aplanado con llanto fácil o apatía casi diaria. Episodios ocasionales de euforia o de expresiones inadecuadas de júbilo con descontrol e impulsos. Alteraciones del sueño habituales que inciden en la actividad diaria del paciente. c) Alteraciones cognitivas objetivadas por terceros en los entornos del paciente: alteraciones de la memoria y la concentración. Ideas auto-referenciales o suspicacias ocasionales. Dificultad moderada para llevar a cabo la actividad laboral. Se detectan alteraciones del lenguaje durante el discurso: presencia de lenguaje circunstancial. d) Reducción ostensible de la actividad social con desaparición paulatina de las relaciones interpersonales. e) Precisa cierta supervisión de alguna de las actividades de la vida diaria.
01137	<ul style="list-style-type: none"> • Grave: El síndrome comprende: <ul style="list-style-type: none"> a) Trastornos graves de la memoria de fijación y evocación. Desorientación temporo-espacial. b) No es capaz de llevar a cabo una actividad útil en la mayoría de las funciones sociales e interpersonales; presenta trastornos graves del comportamiento y/o cuadro depresivos significativos. Actúa de forma inapropiada y puede dañar a otros o a sí mismo.

	c) Deterioro cognitivo importante en todos los entornos del paciente. Ideas auto-referenciales o suspicacias frecuentes. Es incapaz de mantener un empleo y no mantiene relaciones sociales. Alteraciones graves del lenguaje; es irrelevante, incoherente o ilógico.
	d) No se relaciona interpersonalmente.
	e) Restricción en el hogar o en un centro con supervisión continuada.
01138	<ul style="list-style-type: none"> • Muy grave: El síndrome comprende:
	Amnesia anterógrada y retrograda impidiendo cualquier nueva adquisición de información. Incluye: amnesia de fijación, confabulaciones y paramnesias. Falsos reconocimientos. Desorientación temporo-espacial. Dependencia absoluta de otra persona para todas las actividades de la vida diaria. No es capaz de cuidar de sí mismo.
01139	Síndrome Postconmocional / Trastorno cognoscitivo leve (Evaluable clínicamente según criterios CIE-10 y DSM-V) Labilidad de atención, lentificación ideativa, dificultades de memoria, fatigabilidad intelectual, intolerancia al ruido, inestabilidad del humor, cefaleas y vértigos.

Trastornos Anatómo-Funcionales

- | Pérdida de sustancia ósea
- | Fístulas osteodurales
- | Síndromes extrapiramidales
- | Derivación ventrículo-peritoneal, ventrículo-vascular
- | Material de osteosíntesis cráneo

Psiquiatría y Psicología clínica

| Trastornos neuróticos

- Se precisa informe de psiquiatra o psicólogo
- DSM-V, CIE-10
- Criterios de gravedad: leve, moderado, grave.

| Trastornos permanentes del humor

- DSM-V, CIE-10
- Criterios de gravedad del Trastorno Depresivo Mayor crónico.
- Trastorno distímico.
- Necesidad de informes, seguimiento, tratamiento

| Agravaciones

	1. Trastornos Neuróticos
	Secuelas derivadas del estrés postraumático: Es indispensable que el cuadro clínico se produzca como consecuencia de un accidente de circulación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica en el que se hayan producido lesiones graves o mortales, y en el que la víctima se haya visto directamente involucrada.
	Se requiere que haya existido diagnóstico, tratamiento y seguimiento por especialista en psiquiatría o psicología clínica de forma continuada. Para su diagnóstico se deben cumplir los criterios del DSM-V o la CIE10 y sus correspondientes actualizaciones. Asimismo, para establecer la secuela se precisa, tras alcanzar la estabilización del cuadro ansiosofóbico, de un informe médico psiquiátrico o un informe psicológico de estado, con indicación de intensidad sintomática y la repercusión sobre su relación social.
	Los criterios para la determinación de los grados de esta secuela se basarán en la periodicidad de los síntomas, y la gravedad de los mismos.
01158	● Leve: Manifestaciones menores de forma esporádica.
01159	● Moderado: Fenómenos de evocación, evitación e hiperactivación frecuentes.
01160	● Grave: Síntomas recurrentes e invasivos de tipo intrusivo. Conductas de evitación sistemática, entrañando un síndrome fóbico severo. Estado de hipervigilancia en relación con los estímulos que recuerdan el trauma, pudiendo acompañarse de trastornos depresivos y disociativos. Presencia de Ideación suicida.

2. Trastornos Permanentes del Humor	
	En caso de graves lesiones postraumáticas con tratamientos complejos y de larga duración y con secuelas importantes, puede subsistir un estado psíquico permanente, consistente en alteraciones persistentes del humor. Se descartan en este apartado aquellos casos en los que hayan existido antecedentes de patología afectiva previa, que se valorarán como agravación de un estado previo.
	Trastorno depresivo mayor crónico:
01162	<ul style="list-style-type: none"> ● Leve: El síndrome debe cumplir al menos cuatro criterios de los nueve descritos en el DSM-V o y tres de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico o psicológico frecuente por especialista con terapéutica específica
01163	<ul style="list-style-type: none"> ● Moderado: El síndrome debe cumplir al menos cinco criterios de los nueve descritos en el DSM-V o cuatro de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico o psicológico continuado por especialista con necesidad de tratamiento específico con o sin hospitalización en centro psiquiátrico.
01164	<ul style="list-style-type: none"> ● Grave: El síndrome debe cumplir al menos siete criterios de los nueve descritos en el DSM-V o cinco de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico o psicológico continuado por especialista con tratamiento específico y hospitalización en centro psiquiátrico.
01165	Trastorno distímico: Precisa seguimiento médico o psicológico esporádico y tratamiento intermitente, según criterios DSM-V o CIE10



GRACIAS