

Latigazo Cervical. Diagnóstico y Tratamiento Precoz. Grupo de Trabajo de la Sociedad Sueca de Medicina, 2006

WHIPLASH INJURIES. The Swedish Society of Medicine and the Whiplash Commission Medical Task Force. Stockholm, 2006 /// “Coup du lapin”. Société Suédoise de Médecine et Groupe de Travail de la Commission Whiplash///.

El **Latigazo Cervical** (LC / Whiplash) continúa siendo fuente de numerosas investigaciones, y extensivamente en lo que se alcanza a sus trastornos asociados, Trastornos Asociados al Esguince Cervical (TAEC) o Whiplash Associated Disorder (**WAD**). No pierde actualidad. Todo lo contrario. Está justificado pues aplicarse una vez más ante un problema *de Salud Pública*, que, como se ha dicho repetidamente, es reconocido como tal en los países en los que se respeta el trabajo de la comunidad científica.

La región cervical es una encrucijada sumamente sensible, potencialmente muy vulnerable ante diversas sollicitaciones mecánicas y patomecánicas. Lo es obviamente, entre otras, cuando se ve sometida a fuerzas de aceleración y deceleración que, no se olvide, hay que considerar que actúan en los tres planos del espacio, como en los accidentes de tráfico y más en concreto en el caso del Latigazo Cervical. Toda agresión directa o indirecta que se proyecte en región anatómica tan delicada, a la vez comprometida en tan altas funciones, ha de ser tomada con todo el rigor profesional que se merece.

Dicha encrucijada anatómica se podría entender que se materializa como un *interface* que establece la conexión física y funcional entre el “ordenador central” (alojado en el cráneo) y el resto del organismo, poniéndolos en comunicación, voluntaria o no, consciente o inconsciente, con diferentes y complejos mecanismos y automatismos, muchos de ellos todavía mal conocidos o desconocidos. Si se quiere también es, con un esfuerzo de imaginación, soporte de la estructura que en vida alimenta el alma. *Sería injusto que los humanos, antes o después, quizá ya en su inmaterialidad, no conociese la razón de su existencia, su destino.*

Grupo de Trabajo de la Sociedad Sueca de Medicina. Comisión del Latigazo Cervical. Stockholm, 2006

Suecia siempre se ha comportado con especial diligencia ante esta patología. Si ya se destacó su *enorme esfuerzo investigador* que en materia de seguridad desde hace muchos años realiza, en especial los fabricantes de automóviles SAAB y VOLVO, en el terreno médico, hay que decirlo igualmente, no se quedan atrás. Con el fin de que cuantos leen esta página tengan la oportunidad de enriquecerse con los conocimientos que interesan a la disciplina, se van a transcribir los aspectos que se han estimado como más relevantes y que corresponden a la monografía que se ocupa del **Diagnóstico y Tratamiento precoz de las lesiones por LC / Diagnosis and Early Management of Whiplash Injuries**, Sociedad Sueca de Medicina / *The Swedish Society of Medicine and the Whiplash Commission Medical Task Force* (Stockholm, Sweden, 2006). Dicho trabajo, demuestra sin dudas como existe una permanente preocupación y el aludido esfuerzo investigador, ahora particularizado en la vertiente médica.

En efecto, en la primavera 2004, la **Sociedad Sueca de Medicina** nombró, en colaboración con la Comisión de Latigazo Cervical, un **Grupo de Trabajo, representantes de nueve secciones de la Sociedad Sueca de Medicina**, que comprende: medicina general, neurología, ortopedia, psiquiatría, radiología, medicina de rehabilitación, tratamiento del dolor y anestesia, medicina social y otorrinolaringología.

Björn Rydevik Chairman	Gunilla Brodda Jansen Rehabilitation Medicine	Curt Edlund Social Medicine	Per Grane Radiology
Christer Hildingsson Orthopaedics	Mikael Karlberg Otorhinolaryngology	Hans Link Neurology	Ulf Måwe General Medicine
Kamilla Portala Psychiatry	Ylva Sterner Anaesthesia/Pain Management		

El mismo grupo médico ha desarrollado un documento "para crear pautas para el cuidado de la salud en Suecia en relación con la forma de definir el término de "lesiones relacionadas con el latigazo cervical" y proponer criterios diagnósticos para este tipo de lesiones".

Resumen de los aspectos más destacados (*)

1.- Pacientes heterogéneos cuyo tratamiento ha de ser individualizado

“Los pacientes con lesiones cervicales, como las provocadas por el mecanismo del Latigazo Cervical comprenden un grupo heterogéneo en cuanto a su gravedad, problemas clínicos y los hallazgos objetivos, por lo que el tratamiento debe de ser individualizado”.

“La vaga definición del término latigazo ha dado lugar a una amplia gama de interpretaciones, que probablemente han causado considerable malentendido con los consiguientes efectos negativos para los pacientes”.

“El mecanismo de trauma indirecto sobre la columna cervical se asemeja a la de un látigo, es decir, una fuerza relativamente menor en el mango del látigo que lleva a un movimiento mucho más grande y más rápido al final del látigo, el término latigazo cervical se utiliza también para describir tanto el patrón de movimiento y el mecanismo de lesión asociada con un trauma indirecto de la columna vertebral cervical”.

N.A.- el par cabeza/cuello, pues, es el punto extremo en la canalización del impulso cinético, no pudiendo olvidar las posibles lesiones de la masa encefálica por el mecanismo golpe/contragolpe.

(*) Los textos entrecomillados reproducen el contenido de este documento referido. Las siglas N.A. se remiten a observaciones, notas y comentarios del autor de esta exposición.

La patología del Latigazo Cervical (LC) **“es en gran parte desconocido por qué ciertos individuos expuestos a latigazo cervical desarrollan síntomas pronunciados a largo plazo.”** Muchas explicaciones se han presentado en los últimos años, desde los modelos de por lesiones de las estructuras orgánicas, hasta las explicaciones psicológicas y psicosociales... Algunos autores tienen en cuenta las diferencias étnicas y culturales, así como las diferencias entre los sistemas de seguro médico, y consideran que estos factores tienen una influencia importante y como explica en gran parte la considerable diferencia en la incidencia de lesiones cervicales de un país a otro... Hoy en día, **la mayoría de los médicos e investigadores** en el campo parecen coincidir en que **muchos factores pueden conducir al desarrollo de problemas a largo plazo después de la lesión.** Los síntomas psicológicos y psiquiátricos se pueden dar en asociación con un traumatismo como latigazo cervical”.

N.A.- **La mayoría de la gente no conoce la trascendencia que para su integridad personal cierto tipo de accidentes,** más aún cuando se le pone etiquetas como “impacto menor” “colisiones a baja velocidad”. No hay cultura sanitaria para ello. No se inculca una *Educación para la Salud* desde la Escuela. ..Y todavía igualmente en este país los accidentes a las entidades aseguradoras les salen muy baratos. Se dijo en otra ocasión: “también ellos, ellas, las víctimas de los accidentes de tráfico, alguna vez habrán querido sentirse americanos/as”. “Contrariamente a la **CREENCIA POPULAR** de que el whiplash no es más que un traumatismo en flexoextensión...(Ref.- NICOLAÏ BOGDUK, BRIAN McGUIRK, Chapitre 16: WHIPLAST (pp. 145-146); Mecanismos lesionales (pp- 147-157). Elsevier-Masson, 2007). Distintos sectores se han encargado de “vender” la idea de que esos “pequeños golpes de chapa” no tienen trascendencia para el ocupante. *Es cosa es de unos cuantos pícaros que quieren estafar a las pobres entidades aseguradoras.* Tal prejuicio frena al sufridor, tantas veces víctima también de la esquizofrenia de la moralidad manipuladora del púlpito y la coacción del confesionario *¿Cómo vas a ir al médico por esa chorrada?* (Ref. Latigazo Cervical y Fraude(I) punto 4.- El cultivo de la ignorancia del pueblo, www.peritajemedicoforense.com, 03/septiembre//2012. // “Aconsejan una revisión neurológica tras sufrir un accidente de tráfico leve”. Alicante, 31 octubre 2014. Este texto, distribuido por la agencia EFE, apareció en diversos medios de prensa de nuestro país. No debiera de ser noticia. Pero al serlo supone muestra un bajo nivel de cultura sanitaria en el ámbito en que se difunde.

2.- Nexo causal: no hay evidencia científica de un plazo definitivo en para la aparición de los síntomas

“**En ciertos contextos,** incluso se ha dicho que la aparición de los síntomas debe ser dentro de las 72 horas de la lesión para ser considerado como relacionado con latigazo cervical. Aunque **no hay evidencia científica para un plazo definitivo,** es razonable que los síntomas y los hallazgos clínicos deben ocurrir en los pocos días que siguen al trauma para estar relacionado con un latigazo cervical”.

3.- El examen médico inicial es básico junto a un médico responsable en la coordinación

Se indica la **“importancia del examen médico inicial y el tratamiento en el desarrollo de los síntomas a largo plazo”.** “Las circunstancias y la experiencia de esta primera consulta médica, probablemente también influyen en el pronóstico de una lesión de latigazo cervical aguda. Si el paciente siente que él, o ella, ha sido examinado cuidadosamente, confía en el médico, y cree que el médico está tomando en serio sus

trastornos (quejas / dolores) con la probabilidad de que aumente un resultado favorable”.

“No sólo es importante documentar los hallazgos somáticos y psiquiátricos, sino también las expectativas del paciente, creencias y miedos. **Los registros médicos deben indicar quién tendrá la responsabilidad constante como médico coordinador**”.

“La **información y el asesoramiento al paciente** ha de ir dirigida hacia un rápido retorno a la actividad normal, ya que la mayoría de las personas se recuperan **con un atención médica adecuada**”. “Estrategias *adaptativas* propias y activas de los pacientes, como ejercitar todos los días movimientos regulares de cabeza y hombros hasta el umbral del dolor, así como alentar la realización de ejercicios de relajación”. “El uso de un collar cervical, sin embargo, no tiene ningún papel en el tratamiento”. “El temor o la evitación del movimiento y otras reacciones psíquicas/psiquiátricas han ser identificados desde el principio”.

“Principios generales en el tratamiento de los pacientes con lesión LC aguda”

* **“Reunión del paciente.-** Es importante que al paciente se le permita describir la historia sin preguntas que le distraen, y que el médico demuestre que está prestando una atención completa”.

* **“Historial médico. • * Descripción del Accidente.-** Siempre debe tenerse en cuenta la relación con el accidente: fecha, velocidad y **dirección del impacto** en el automóvil, el tipo y la antigüedad, **si el tenía un gancho de remolque**, si los cinturones de seguridad y/o reposacabezas estaban presentes y utilizables, si hubo tiempo para la preparación o **si el paciente no estaba preparado...**”

N.A. **Factor SORPRESA:** -> ocupante desprevenido. -> no puede poner en marcha los mecanismos fisiológicos de retención (falta de tensión muscular y otros) -> especial repercusión en el impacto trasero -> AUMENTO DEL POTENCIAL LESIVO. “El riesgo de lesión se incrementa si el ocupante no se da cuenta de la inminencia del accidente” (RYAN et al., 1994).

“En los **casos de latigazo cervical se produce en situaciones distintas en los diferentes accidentes de tráfico**. Los datos que pueden ser relevantes para la comprensión de cómo se lesionó el cuello han de ser registrados...” “Hay muchos **factores que complican la evaluación** y aplicación de los hallazgos los patológicos. No sólo hay **diferencias entre los pacientes** en términos de anatómica de pre-trauma y condición fisiológica, pero también por la magnitud y dirección del impacto, **así como la posición exacta de la columna vertebral cervical en el momento del efecto traumático**, aspectos que todos ellos son significativos, para el grado de impacto en las diversas estructuras de la columna cervical”.

NA.- En efecto la **“posición exacta de la columna vertebral cervical” en el momento del impacto es de suma importancia.** “Un aumento significativo en la duración de lesión se produjo cuando la cabeza del ocupante esta a más de 4 pulgadas (10.16 cmts) de distancia del reposacabezas”. Olsson, I. 1990. International Conference on Biomechanics of Impacts, Bron-Lyon, France- /// La Postura del Conductor, Inclinación del Respaldo Asiento, Distancia de las Extremidades Superiores al Volante, Posición de la Mano/s (y otros factores) Influyen en **posiciones del hombro y curvatura de la columna.** Basics for developing a female occupant model for investigating Cervical Spine

Distortion injury (CSD). Chalmers, 2010 S Schick¹, A Kullgren², E Tomasch³, L Jakobsson⁴, A Linder⁵, N Gales¹, W Hell¹, K-U Schmitt⁶. Y dado que “**hay muchos factores que complican la evaluación y aplicación de los hallazgos los patológicos**” las solicitudes a las que pudieron ser sometidos los ocupantes con ocasión de un accidente en la vida real resulta imposible su determinación, pensando en la reconstrucción del accidente. Frente a las injerencias de algunos ingenieros atrevidos (sólo algunos) al emitir opinión sobre algo que les resulta ajeno, como lo es la patogénesis lesional (causa y mecanismo de la lesiones) hay acuerdo general en la comunidad científica de que no se puede predecir la probabilidad o la gravedad de una lesión solo calculando el Delta V (Alan M. Immerman, D.C. Clinical Biomechanics of Whiplash Injuries Review of Care of Trauma Victims. 2009). Esto quizá sea objeto de tratamiento por separado más adelante, pero sepan ya los abogados de las víctimas que cuando les pretendan colar eso del “delta V”, **pueden responder ¿Delta-V? Eso ya no se lleva.**

* **“Síntomas.-** Pregunte si el paciente estaba inconsciente, o como alternativa, aparece cualquier otro signo de alteración de la conciencia, déficit de memoria y amnesia. Examine la distribución del dolor, rigidez, parestesias, debilidad y otros síntomas neurológicos, tales como vértigo, deterioro de la visión, y la deficiencia auditiva. Compruebe si el paciente muestra signos de ansiedad o pensamientos catastróficos, y pregunte si hay signos de deterioro del sueño”.

* **Enfermedades anteriores y actuales**

N.A.- **“no hay que confundir el estado anterior con la predisposición patológica. Esta última, la predisposición patológica, no es en absoluto minorativa de la imputabilidad. La fragilidad no es una patología y sostener lo contrario es el reflejo de una filosofía eugenista”** (GULLERMOU, E. 2011, *Expertise après traumatismo crânien*, Sauramps Medicales, Montpellier-Paris, 2010). Se insiste. Es importante retenerlo.

* **“Condiciones sociales.-** ¿Trabaja el paciente, y si es así, qué tipo de trabajo hace? ¿Es un trabajo físicamente exigente, en particular, del cuello y de los hombros? ¿El paciente está de baja por enfermedad? Es importante para el tratamiento tener una comprensión clara del estilo de vida del paciente en general, la educación, y las circunstancias de trabajo, y lo es especialmente si el paciente no mejora o empeora.

* **Hallazgos físicos....** Durante el examen, el **médico debe describir y explicar los resultados al paciente**, lo que va a construir la comprensión del paciente de la enfermedad, y hacer que el paciente que toma un papel activo en su tratamiento”.

* **“Evaluación:**

- ¿La descripción del paciente corresponde con los hallazgos clínicos?
- ¿El paciente tiene una lesión de latigazo cervical, los síntomas son debidos a otras causas o una combinación de ambos? Indique el grado TAEC .
- ¿El paciente experimenta dolor de intensidad alta o baja?
- ¿Muestra el paciente síntomas psicológicos? Si es así, se indican y clasifican como **reacción de estrés agudo (RSA)**, trastorno de estrés agudo (TEA) o trastorno de estrés postraumático (TEPT).
- ¿Existen indicios de la necesidad de una exploración radiológica?
- ¿Existen indicios de una necesidad de la evaluación por otro especialista?”.

“El paciente necesita continuidad de contacto con el médico y la clínica. A tal efecto, preguntar si el paciente ya tiene un contacto establecido con un médico particular. Si no es así, asegúrese de que se establezca un contacto tal. Considere si es necesario remitir al paciente a otro especialista o a un fisioterapeuta”.

4.- Eliminación de los grados 0 y IV WAD de la clasificación QTF

“Al eliminar grados 0 y IV WAD de la clasificación QTF, el diagnóstico de la lesión por latigazo adquirirá un significado más exacto y realista, lo que reducirá los riesgos de malentendidos y una interpretación excesivamente amplia”.

N.A.- WAD o TAEC, Trastorno Asociados al Esguince Cervical / Latigazo Cervical (whiplash). QTF, Grupo de Trabajo de Quebec

5.- Reevaluación del paciente después de la impresión inicial

“Hay que tener en cuenta que una clasificación (valoración) hecha poco después de un trauma, ha de ser reevaluada en el exámenes de seguimiento, uno o varios días más tarde, ya que la sintomatología y los hallazgos clínicos pueden cambiar”.

N.A.- En los Servicios de Urgencia Hospitalarios, y establecimientos sanitarios asimilados, no se puede pretender que se haga en esa primera asistencia un diagnóstico concreto, y en todo su alcance, del proceso que surge a raíz del accidente de tráfico. Un proceso con un juicio pronóstico inicial de “leve”, juicio que muchas veces se formula como “impresión diagnóstica”, puede evolucionar no pocas veces hacia una mayor severidad. Es por eso que en la práctica clínica siempre se usa al clásica y prudente fórmula se “leve salvo complicaciones”. Tal entender ha sido recogido por los tribunales en más de una ocasión. Así, el Juzgado Contencioso nº 8 de Sevilla absolvió en 2007 al Servicio Andaluz de Salud ante la demanda interpuesta por una paciente por retraso en el diagnóstico en el servicio de urgencia, precisamente argumentando que en urgencias no hay diagnóstico definitivo, tan sólo una impresión diagnóstica (ver *Diario Médico*, 05.11.2007).

“Los síntomas neurológicos agudos es importante tenerlos en cuenta... **Los síntomas neurológicos se pueden dar con o sin hallazgos objetivos de tipo neurológico en el examen neurológico.** Desviaciones menores de hallazgos normales en la evaluación clínica aguda pueden ser fácilmente olvidadas”.

N.A.- Este documento de la Sociedad de Medicina Sueca se aplica con especial énfasis en el seguimiento de pacientes víctimas de las consecuencias de un Latigazo Cervical, con una atención correcta y un estrecho control, y hay que hacerlo así, entre otras cosas, para evitar secuelas y trastornos crónicos. “Hasta la fecha no hay un método de predicción evolutiva suficientemente fiable como para hacer un pronóstico de este tipo de lesiones...” (ver punto 8.-). El paciente en ningún caso puede quedar abandonada a su suerte. La pasividad por parte de algunos facultativos suponen una forma de mala práctica, y, en su caso habrá que plantearse su responsabilidad. Poniéndolo ahora en relación con “*Latigazo cervical y fraude (IV) Protocolo de los Indecentes*” www.peritajemedicoforense.com, 17/septiembre//2013, es preciso desde aquí instar la intervención del Ministerio Fiscal, por si el contenido de ese protocolo “marca España” fuera constitutivo de delito. Quizá podría inscribirse en el tipo de *inducción al delito*. Se alerta también a las Asociaciones de Víctimas de los Accidentes de Tráfico. Recuerden, el protocolo de los indecentes dice: la actuación médica (con diagnóstico de Esguince Cervical) en los procesos entendidos como leves será: “Visita única. Sin asistencia sanitaria. Sin pruebas complementarias. Sin interconsultas./ Valoración máxima: IT (incapacidad temporal) 20 días, sin secuelas”. Y en los moderados “Visita inicial + visita final → ALTA. Sin pruebas complementarias. Sin interconsultas. Valoración máxima: IT 45 días”. Perverso y ¡Terrible! Sr. Fiscal

“Hay muchos factores que complican la evaluación y aplicación de los hallazgos los patológicos. No sólo hay diferencias entre los pacientes en términos de anatomía de pre-trauma y su condición fisiológica, pero también por la magnitud y dirección del impacto, **así como la posición exacta de la columna vertebral cervical en el momento del efecto traumático**, aspectos que todos ellos son significativos, para el grado de impacto en las diversas estructuras de la columna cervical” / “También hay **incertidumbre en la extrapolación de los hallazgos patológicos en la cirugía de la patología inicial después de latigazo cervical**, ya que sólo una minoría de pacientes con trastornos asociados al latigazo cervical se somete a cirugía, y eso es por lo general mucho tiempo después de la traumatismo”.

* **Vértigo agudo y sordera después de un Latigazo Cervical.** “... el trauma menor indirecto del cuello por ejemplo es una causa común de la afectación de la arteria vertebral (Norris et al 2000; Beletsky et al 2003; Dziewas et al 2003).

“La clasificación QTF establece: los síntomas y trastornos que **pueden manifestarse en todos los grados** incluyen sordera, mareos zumbido de oídos, dolor de cabeza, pérdida de memoria, disfagia y dolor de la articulación temporomandibular”. “**Nuestra opinión** es que la mayoría de estos síntomas son más propensos a que se produzcan en pacientes con sintomatologías más pronunciados, y no en asociación con WAD grados 0 y I. Por ejemplo, sordera aguda es poco común después de latigazo cervical, **pero en los casos en que se produce la sordera**, que es a la vez un síntoma y un resultado clínico y debe por lo tanto ser clasificados como **WAD grado III**. “Si hay discapacidad auditiva o tinnitus pronunciado está presente en la fase aguda después de latigazo cervical, se recomienda **un examen de audición**”.

N.A.- el texto anterior alienta a una interpretación flexible y abierta de la clasificación del Latigazo Cervical (grados WAD / TAEC) tanto que con independencia de los síntomas/signos clínicos que en principio la configuran (dolor, contractura...) la presencia de ciertas manifestaciones, sordera por ejemplo, como en el caso arriba descrito, llevan a variar el grado TAEC, aún cuando otras síntomas/signos no tuvieran suficiente relevancia para ello por si solos. En tal sentido la presencia de vértigo ha de ser considerada. Esto es, un grado I con ciertos determinado TAEC puede pasar a un grado III.

“Varios estudios han demostrado que **se pueden producir deterioro de los movimientos oculares voluntarios en la fase aguda**, así como entre los pacientes con quejas persistentes después de latigazo cervical (Hildingsson et al. 1989; Hildingsson et al 1993; Gimse et al 1996; Heikkila y Wenngren 1998; Prushansky et al. 2004)”. “Un reciente estudio prospectivo de 40 pacientes con latigazo cervical (SLC grados II y III) describen dos pacientes con **desviaciones pronunciadas en los movimientos oculares voluntarios**. Los hallazgos en estos pacientes se determinaron que es causada por el deterioro en el cerebro y en el tronco cerebral (Wenngren et al. 2002)”.

“Se ha informado de la **disminución de la temperatura de sensibilidad en la piel inervada** por el **nervio trigémino** en pacientes con quejas a largo plazo después de latigazo cervical (Knibestöhl et al. 1990). Un estudio prospectivo estudio con un seguimiento a largo plazo mostró que ciertos pacientes presentan cambios pronunciados, incluso poco después de los traumatismos, los cambios que persistieron a largo plazo en el seguimiento (Sterner et al. 2001b)”.

6.- El seguimiento y evolución de dolor es fundamental

“El Grado de los Trastornos Asociados al Latigazo Cervical (TAE/TALC/WAD) **debe determinarse junto con la intensidad del dolor**, pues de ello depende el tratamiento. **Han de tenerse en cuenta la totalidad de las circunstancias del paciente en los casos de retraso en la recuperación**”.

Dado que “**el dolor agudo da lugar a reacciones fisiológicas, es una señal de advertencia importante que no debe ser ignorada**”

“**El tratamiento precoz de las personas con lesión por latigazo cervical** debe incluir en el historial **la intensidad del dolor** y los posibles síntomas y signos neurológicos, así como el posible estrés, el miedo y la ansiedad”.

“El paciente debe estimar los niveles de dolor recientes utilizando una Escala numérica, Visual Analógica (VAS), en la que 0 representa "ningún dolor" y 10 representa la "peor dolor posible”.

“**Un denominador común de los grupos de pacientes que experimentan estados de dolor a largo plazo es que no se puede con los métodos actuales mostrar cualquier lesión o inflamación en el tejido periférico mediante exploración clínica o pruebas de laboratorio... Los pacientes también demostraron un aumento de la sensibilidad al dolor en otras partes del cuerpo, muy distinta de la zona originalmente dolorosa** (Leffler et al. 2003). En pacientes con latigazo cervical, y también en pacientes con otros estados de dolor crónico, tales como dolor en los músculos del cuello después de la carga mecánica o el **dolor de la articulación temporomandibular** (Curatolo et al. 2001, Sterling et al. 2005)”.

7.- Tratamiento farmacológico temporal y controlado

“El tratamiento farmacológico, en cualquiera de sus formas, ha de ser regular, temporal y **con un seguimiento**. En casos de dolor persistente después de un mes y dificultades con el trabajo y las actividades diarias, la evaluación se recomienda que ha de ser realizada en una unidad de atención primaria, o bien en una **unidad especialista en dolor**”.

8.- Suma diligencia para prevenir la cronicidad

El título de esta monografía de la Sociedad Sueca de Medicina, es muy sugerente en esta exigencia, pues trata del *Diagnóstico y Tratamiento precoz las lesiones por LC*, al mismo tiempo que advierte, hay repetirlo, que “**Los pacientes con lesiones por LC constituyen un Grupo Heterogéneo en términos de gravedad, síntomas clínicos y hallazgos objetivos**” y que “**el tratamiento, por lo tanto, debe ser individualizado**”.

N.A.- En todos los casos es muy importante, ya desde el principio, y para evitar la cronicidad y **que no queden secuelas**, tener un control y seguimiento estrecho del paciente. Tal opinión está unánimemente admitida por quienes se han dedicado

seriamente al estudio del problema. Antes que nada, pues, la atención al paciente, al enfermo (connotación que a veces parece que se olvida) ha de ser correcta, y por lo tanto por quien tenga práctica en el ejercicio médico.

N.A.- “Nosotros pensamos que **en todos los grados**, es extremadamente importante actuar para **prevenir la cronicidad**” “nosotros consideramos igualmente que **después de 45 días**, la presencia de molestias importantes y la incapacidad residual constituyen una **advertencia seria de cronicidad...** justificando **intervenciones clínicas enérgicas** y una consulta clínica interdisciplinaria” **Grupo de Trabajo Québec (1995 / TAEC, Sección 3, pág. 2).**

N.A. Hasta la fecha no hay un método de predicción evolutiva suficientemente fiable como para hacer un pronóstico de este tipo de lesiones. Es pretensioso pronunciarse de otra forma. Las dificultades del problema persisten. Desde distintos sectores se continúan haciendo estudios con el fin evitar la alta tasa de cronicidad por las lesiones provocadas por latigazo cervical. Y para ello se propone una mejor gestión con el fin de identificar indicadores pronósticos que puedan ser de ayuda para la evaluación precoz. Así en trabajo recientemente publicado (*) los puntos clave con los que concluye dicho trabajo son: a) las manifestaciones agudas del latigazo cervical son heterogéneas, lo que sugiere el establecer un sistema de triage para llegar a un diagnóstico individualizado y tomar decisiones en consecuencia; b) es urgente el manejo del dolor moderado o severo; c) es necesaria la información, formación y rehabilitación física y psicológica pero no de forma arbitraria; d) se requiere una investigación adicional sobre los daños que tienen lugar en los tejidos blandos.). (*) Toward Optimal Early Management After Whiplash Injury to Lessen the Rate of Transition to Chronicity. (Hacia una gestión óptima y precoz de las lesiones por latigazo cervical con el fin de reducir su tasa de cronicidad). Ref. SPINE Volume 36, Number 25S, pp S335–S342, ©2011, Lippincott Williams & Wilkins).

N.A.- Los aspectos y **complicaciones psicológicas y psiquiátricas**, como se verá después, se abordan en esta monografía sueca con gran esmero y preocupación. Es más, **los síntomas psicológicos y / o psiquiátricos bajo el común denominador se remiten a los accidentes de tráfico en general. Por ello merecen un detenimiento especial.**

9.- “En la fase aguda, no es necesario el examen de rayos X de los pacientes menores de 65 años con molestias **grado I, excepto en aquellos que concurra enfermedad esquelética, como la enfermedad de Bechterew (espondilitis anquilosante) y la artritis reumatoide...”.**

“En casos de **grado II** se recomienda la **radiografía simple** o la tomografía computarizada (TC). Si hay **síntomas** que indican afectación de la raíz del nervio y de la médula espinal, se recomienda la TC. En el **grado III**, buscando signos objetivos de afectación neurológica, la TC es la modalidad de investigación primaria y con frecuencia se indica la investigación adicional con imágenes de resonancia magnética (MRI)”

“Es difícil evaluar si los cambios radiológicos diagnósticos en pacientes con Latigazo Cervical son parte del desarrollo normal de la espondilosis o son el resultado del trauma de la columna cervical”.

“Watkinson et al (1991 ha informado, en un estudio con un examen de rayos X simple, de **una mayor incidencia de los cambios degenerativos en los pacientes con síntomas residuales diez años después del latigazo cervical**”.

“Las lesiones tisulares registrados en las **investigaciones post-mortem** de las personas que fallecieron como resultado de **traumatismos de alta energía** también deben ser evaluados desde una perspectiva crítica a la hora de extrapolar los resultados a la situación después de la lesión de la columna cervical indirecta - es decir, las lesiones por latigazo cervical - ya que **el mecanismo de lesión no es comparable**”.

N.A. Decir que “en la **fase aguda**, no es necesario el examen de rayos X de los pacientes menores de 65 años con molestias grado I” (dolor en el cuello con rigidez subjetiva, con hallazgos físicos normales) aún no negando su acierto en lo sustantivo, la verdad es que en la práctica no es fácil aplicarlo, pues, si por un lado no pocas veces *las cosas no son lo que parece*, de otra parte hay que admitir que por lo que se acaba de decir, los médicos, y más en los servicios de urgencias, se ven muchas veces forzados a practicar un medicina “defensiva”. Evidentemente la RX. cervicales funcionales en ese momento no se puedan hacer (esperar unas tres semanas).

10.- Seguimiento estrecho del paciente. “Visita médica dentro de 1-3 semanas siguientes”

“Una nueva evaluación debe ser hecha después de la primera visita. En casos de **síntomas** neurológicos persistentes, se debe realizar un nuevo examen neurológico. Si no se ha obtenido el alivio del dolor, considerar la prescripción de sustancias farmacológicas como la gabapentin o amitriptylina, y ponerse en contacto con una clínica del dolor si es necesario”.

N.A. apréciase que no se dice signos neurológicos, tan sólo síntomas, esto es, vivencias subjetivas del paciente.

“En casos de síntomas pronunciados que persisten durante más de unas pocas semanas, **el examen de rayos x simple con proyecciones de flexión-extensión** de la columna cervical debe considerarse como alternativa. Y ponerse en contacto con un cirujano ortopédico o especialista en una clínica del dolor. Tratar el deterioro del sueño, si está presente, sólo por un tiempo limitado”.

N.A.- S. SINTZOFF advierte que "en el momento de la revolución por la RM -resonancia magnética- la radiología simple falta, llega a faltar, en el examen básico del raquis cervical, para la búsqueda de signos indirectos a veces sutiles". En cuanto a las proyecciones funcionales, que obligan a forzar el desplazamiento del cuello conllevan un riesgo, por eso, , un médico ha de supervisar personalmente la colocación del paciente, dado la posibilidad de que una mala o errónea manipulación. De ahí que en situaciones de urgencia, o cuando el paciente tiene un nivel de baja consciencia, tales proyecciones no se han de realizar, habiendo de pasar 15-20 días, en cualquier caso todo ello condicionado a la evolución post-traumática del enfermo en los primeros dentro de esos días.

“Los pensamientos catastróficos sobre el dolor, el miedo al movimiento, ansiedad, inquietud, y las restricciones para en ocio y en el trabajo deben tenerse en cuenta, ya que tales fenómenos pueden aumentar la experiencia del dolor. ¿Cómo se ve limitado el paciente en su vida diaria y en el trabajo? Proporcionar información y asesoramiento. Considere la posibilidad de contactar con un fisioterapeuta para ejercicios de movimiento y coordinación, ejercicios de relajación, la instrucción en la auto-formación, y seguimiento. No se recomienda la movilización pasiva o manipulación, debido al riesgo de lesión (Haldeman et al 2001; Stevinson et al 2001; Smith et al 2003)”.

“**Todos los tratamientos** en curso, farmacológicos, así como fisioterapia, deben ser **evaluados continuamente**. A algunas personas es posible que se les tenga que llamar la atención para limitar un poco su actividad, mientras que otras pueden haber de ser incitadas a ser más activas. En cualquier caso el uso de collarines cervicales no tiene utilidad en el tratamiento”.

11.- La expectativa de **indemnización no es significativa** en la recuperación del paciente.

“Sobre la forma en que influye la posibilidad de una reclamación ante el seguro en el curso de un latigazo cervical, en general **no hay evidencia de diferencias significativas en los resultados entre los que han hecho tal reclamación y los que no la han realizado**”.

“...En resumen, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la recuperación entre los que recibieron y no solicitaron la indemnización (Mayou 1995). Por otra parte, no hubo diferencias obvias entre los que habían recibido la indemnización desde el principio y los que recibieron sólo después de un período más largo... Los resultados indican que los problemas de salud de los que habían resuelto sus reclamaciones mejoraron algo, en comparación con aquellos que no lo habían hecho, aunque esto podría deberse a que los que habían resuelto sus reclamaciones experimentaron síntomas más leves que los que no lo habían hecho”

“**Términos tales como "exageración", "simulación" y "mentir" rara vez son aplicables, a pesar de que un pequeño número de personas que intencionalmente o no exagerar con el fin de recibir una compensación más elevada**”.

12.- Atención especial a los **síntomas psicológicos y / o psiquiátricos** “que se pueden dar asociados con latigazo cervical deben ser diagnosticados por separado de acuerdo a los sistemas de diagnóstico disponibles (CIE- 10 o DSM -IV)”

“Tanto la clasificación del sistema QTF (Grupo de Trabajo de Québec) (Spitzer et al. 1995) como la Junta Nacional Sueca de Salud del Bienestar de 1997, y la CIE- 10 para la clasificación de las enfermedades y problemas de salud (Världshälsoorganisationen y Socialstyrelsen 1996) **definen la lesión de latigazo cervical sin tener en cuenta los síntomas psiquiátricos relacionados**, a pesar de que varios estudios informan sobre su presencia (Radanov et al, 1991; Mayou et al 1993).

“**Esto hay que recalcarlo, ya que uno de los síntomas más comunes asociados con la lesión de latigazo cervical es el dolor, que conduce a las reacciones psicológicas y fisiológicas**. De acuerdo con Eisenberger et al (2003) el dolor emocional y físico se procesan en el cerebro de manera similar. Esto se corresponde con la definición por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) a saber: "el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o

potencial o descrita en términos de dicho daño. El dolor es siempre subjetivo y puede ocurrir en ausencia de lesión de los tejidos".

“Después de un accidente de tráfico como vivencia traumática, las personas pueden experimentar una reacción relacionada con el estrés que persiste durante 2-3 días (**reacción de estrés agudo, ASR**) y / o 2 días 4 semanas (**Trastorno Agudo de Estrés, TAE**). Los síntomas relacionados con el estrés pueden aparecer dentro de 1-3 meses o más después del evento traumático, y pueden persistir durante 3 meses (trastorno postraumático agudo) o a la larga (Trastorno Postraumático Crónico)”.

“Los síntomas psicológicos y / o psiquiátricos que se pueden dar asociados con latigazo cervical deben ser diagnosticados por separado de acuerdo a los sistemas de diagnóstico disponibles (CIE- 10 o DSM -IV)”.

“Síndromes psiquiátricos después de los accidentes de tráfico”

“Varios estudios indican una mayor incidencia de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en personas que han sufrido un accidente de automóvil. Algunos estudios muestran que la combinación de un grave accidente de tráfico y la aparición de los TEA (Trastorno de Estrés Agudo) la depresión o la ansiedad puede acelerar el desarrollo de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Kuch et al 1996; Frommberger et al 1998; Vaiva et al 2003)”

“Varios estudios han llegado independientemente a resultados bastante similares en cuanto a la existencia de trastorno de estrés postraumático (10-30%) en un plazo de 1 año después de un accidente de coche (Hickling et al, 1992; Mayou et al 1993; Blanchard et al 1996; Bryant y Harvey 1999; Feinstein y Doland 1999). **Una prevalencia similar también se ha descrito para las lesiones cervicales** (Mayou et al 1996 ; Mayou y Bryant 2002)”.

Tanto el TEA y TEPT determinan modificaciones importantes en varios sistemas neurobiológicos implicados en la supervivencia y en los mecanismos, por ejemplo, de la catecolamina, serotonina, dopamina y los sistemas endógenos opioides, los sistemas límbico, la hormona de la tiroides, el sistema simpático-suprarrenal (SAM) y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) (McEwen 1999; Drolet et al 2001).

“El manual de diagnóstico psiquiátrico (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) DSM IV (DSM -IV- TR 2000) **define un evento traumático** tanto en términos de sus cualidades objetivas y ciertas capacidades de respuesta al estrés que provoca. De acuerdo con la CIE- 10, la reacción pronunciada al estrés se clasifica en la categoría de diagnóstico F43 y se describe como sigue: *Esta categoría [F43] es diferente de los demás, ya que incluye los trastornos que se caracterizan no sólo por los síntomas, pero también por el factor causal: un evento excepcionalmente traumático que da lugar, por ejemplo, a reacciones de estrés agudo*”.

De acuerdo con el DSM-IV (Mini D-IV 2000) el evento traumático supone:

- “La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que se han dado las dos circunstancias que siguen:

- Ha experimentado, presenciado o le han explicado un evento o eventos caracterizados por muertes o amenazas o lesiones graves, o una amenaza a la integridad física o la de los demás
- La respuesta de la persona involucrada es de miedo intenso, desamparo, u horror.

Nota: en los niños, esto puede ser expresado por un comportamiento desorganizado o agitado.

“Es probable que un estado previo de **mala salud mental** y el estado mental actual del paciente sea importante para el desarrollo clínico y la evolución de la lesión. Para minimizar el **riesgo de problemas a largo plazo** en las personas con lesión de latigazo cervical aguda, que cursa simultáneamente con trastorno de estrés agudo (TEA) y / o trastorno de estrés postraumático (TEPT) **debe ser diagnosticada y tratada**”.

N.A.- El esquema de la exposición del documento sueco para los síntomas psicológicos y / o psiquiátricos es como sigue.

A- “Síntomas psicológicos y / o psiquiátricos consecuencia de un Accidente de Tráfico”

• “Reacciones psicológicas y / o psiquiátricas después de los accidentes de tráfico”

- “Reacciones de estrés agudo (F34.0 según la CIE-10)”
- “Reacción depresiva a corto plazo (F43.2 según la CIE-10)”
- “Ansiedad mixta y reacción depresiva (F43.22 según la CIE-10)”

• “Síndromes psiquiátricos después de los accidentes de tráfico”

- “Trastorno de estrés agudo (TEA: 308.3 según el DSM-IV)”
- “Trastorno de estrés postraumático (TEPT 309.81 según el DSM-IV y F43.1 según la CIE-10)”

N.A.- En los **Criterios diagnósticos de Trastorno estrés postraumático (TEPT)** según DSM- IV (Mini D- IV de 2000) **los niños tienen una consideración especial**. “**Cuando la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que** ha experimentado, presenciado o le han explicado un acontecimiento o acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas o lesiones graves, o una amenaza a la integridad física o la de otros, la respuesta de la persona involucrada es de miedo intenso, desamparo u horror, **en los niños, esto puede ser expresado no por un comportamiento desorganizado o agitado**. · **El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente en una (o más veces) de las siguientes maneras**, recuerdos recurrentes e intrusos que provocan malestar del evento, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones, en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma se expresan. Tratándose de sueños recurrentes angustiantes del evento, **en los niños, puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible**. · Actuar o sentir como si el acontecimiento traumático está ocurriendo (incluye sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen en despertarse o al intoxicarse), **en los niños pequeños, puede darse una recreación específica del trauma...**”. **Tales criterios, han de tenerse en cuenta, entre otras, en las situaciones de accidentes de tráfico, mereciendo los niños una atención competente y especializada.**

B- “Síntomas psicológicos y / o psiquiátricos en reacción al Dolor Agudo”

Síntomas psiquiátricos / trastornos asociados con el dolor agudo

C- “Complicaciones y/o coexistencia de enfermedades psiquiátricas y somáticas con trastornos relacionados con el traumatismo, tales como TEA y el TEPT”

13.- Tratar los trastornos del sueño, la depresión o la ansiedad

“Para minimizar el **riesgo de problemas a largo plazo** en las personas con lesión de latigazo cervical aguda, es importante **diagnosticar y tratar adecuadamente posibles trastornos del sueño, la depresión o la ansiedad**, así como cuando cursa simultáneamente con trastorno de estrés agudo (TEA) y / o trastorno de estrés postraumático (TEPT)”

14.- Una tasa de incapacidad del 10 % o más.

“La incidencia de lesiones de Latigazo Cervical en Suecia varía en función de las investigaciones practicadas en cada caso, y oscila entre 1.0 y 3.2/1000 por año. **Las lesiones de latigazo cervical representan aproximadamente un tercio de todas las reclamaciones presentadas después de las lesiones por accidentes de tráfico a las compañías de seguros en Suecia**, y dan lugar a una tasa de **incapacidad médica de 10 % o más.**

“El latigazo cervical es la lesión más común en accidentes de vehículos de motor y una causa frecuente de discapacidad a largo plazo (Côté et al. 2001)”

15.- Necesidad de continuar con la investigación

“Es preciso mejorar el conocimiento en todas las áreas relacionadas con este trabajo, como el dolor y el deterioro funcional por el Latigazo Cervical, por lo que se ha de continuar con **la investigación para su diagnóstico y el tratamiento**”.

N.A. En la parte final del resumen de la monografía referida se advierte que en el terreno del Latigazo Cervical “hay una necesidad de mejorar el (su) conocimiento” y que “también debemos continuar la investigación en el diagnóstico y el tratamiento...” “a través de continua investigación básica y clínica, se puede crear una plataforma para la mejora de los métodos de diagnóstico y las modalidades de tratamiento en relación con la lesión”.

Epílogo

Lo expuesto revela que la cuestión no es baladí. Su estudio prosigue. No se puede dar por cerrado. El Latigazo Cervical, junto con sus Trastornos Asociados, se insiste, es un problema de *Salud Pública*, admitido plenamente en los países avanzados. Su incidencia en los accidentes de vehículos a motor es considerable, muy ligada a los actuales y modernos estilos de vida.

Para abundar más en la prudencia que en general debe presidir toda actuación médica, téngase presente que cada vez se conocen más aspectos de una patología poliédrica y compleja. Ciertas propuestas, que ponen su mira en un próximo Proyecto de Ley, alimentadas desde *lobbys* interesados, han de ser denunciadas. Entre otras, la que sigue: “inclusión de una nueva secuela derivadas de traumatismos cervicales leves **como** el latigazo cervical o la entorsis cervical leve” (UNESPA, Patronal Aseguradora de España). El “**como**” es tan canalla que quiere dar a entender, al menos a los poco informados, que el Latigazo Cervical es un traumatismo cervical leve. Con redacción tan aberrante, ya tomando cuerpo de Ley, no habrá que esforzarse mucho para enseguida argumentar que *donde la Ley no distingue no procede hacer distinciones*.

Todavía hay facultativos en nuestro país que tienen una actitud titubeante, en ocasiones unido a las actuaciones de unos miserables, que por diversos medios intentan influir en la Administración Pública. Tal aptitud constituye un serio obstáculo para que el pensamiento científico aporte sus beneficios para el bienestar de las personas. Quizá pensando en redimir tanto pecado, a los oscurantistas habrá que imponerles como penitencia, entre otras, que comiencen por aprender sueco.

En muy diversas cuestiones que interesan al conjunto de los ciudadanos que integran la *Comunidad* de nuestra misma *plataforma continental*, es deseable disponer de normas semejantes, cuando no de una regulación única. *La Unión de los Pueblos de Europa* nunca lo será bastante hasta que no se establezca un común denominador en el cual el anclaje localista de cada país se rompa, alcanzando igualmente a sus plurales, para diluirse definitivamente; borrando las fronteras, más allá de lo meramente territorial, esto es, en lo que nublan y pervierten el intelecto. Entonces un sentimiento generoso y solidario crecerá. Llegado ese momento será cuando las gentes de esos pueblos fundirán sus identidades en un mismo y amplio *espacio común*, de todos y para todos. La concordia extinguirá las diferencias entre *los otros* y *los nuestros*, sin síntomas de reflujo, sin añoranzas.... *Utopía*... dirán los escépticos y otros, los enfermos de melancolía. Mas ahora es bueno recordar que tal horizonte es la brújula imprescindible que marca el rumbo del navegante en la singladura del *entusiasmo*, manantial de vida, alimento del espíritu, inteligencia que vislumbra el faro del Progreso.

Miguel Rodríguez Jouvencel
mrjouvencel@gmail.com
16/enero/2013

